

**Processo Administrativo de Concessão de Diária nº: 69/2025**  
**Proposta de Concessão**

**PROPONENTE**

**NOME:** JOÃO BATISTA DE OLIVEIRA

**CARGO/FUNÇÃO:** MOTORISTA DA SAÚDE

**CPF:** 881.902.349-00

**LOCAL: SERVIÇO A SER EXECUTADO E PERÍODO DE AFASTAMENTO:** Transporte de paciente à cidade de Carlópolis e Jacarezinho tratamento de saúde.

**Dias:** 08/01 e 24/01

**Em:** 11 de fevereiro de 2025.

\_\_\_\_\_  
JOÃO BATISTA DE OLIVEIRA  
Proponente

**INFORMAÇÃO**

Existe disponibilidade orçamentária para a concessão da diária, através da dotação orçamentária. Conta de Despesa/Natureza da despesa: \_\_\_\_\_

**Em,** 11 de fevereiro de 2025.

\_\_\_\_\_  
Marcelo Corinth  
Contador

**CONCESSÃO**

Concedo 02 diária de R\$40,00 solicitada. Requisite(m)-se e pague(m)-se;

**Em,** 11 de fevereiro de 2025.

\_\_\_\_\_  
Dartagnan Calixto Fraiz  
Prefeito Municipal

**PAGAMENTO/RECEBIMENTO**

Paga a importância de **R\$80,00** (oitenta reais), referente à concessão de diária, através da conta corrente do Poder Executivo para a conta corrente do solicitante com nº. 03281-0, da agência nº.3882;

\_\_\_\_\_  
Deiziane Rodrigues Escaraber  
Ordenador de Despesa

**PUBLICAÇÃO**

O presente documento está de acordo com as normas regulamentares pertinentes, ficará à disposição de quem possa interessar (em arquivo próprio do município, tesouraria e/ou contabilidade) e será publicado no Portal de Transparência do Município de Ribeirão do Pinhal, anexado o motivo da viagem.

\_\_\_\_\_  
Adilson Martins Inácio  
Assinatura do Responsável



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – RIBEIRÃO DO PINHAL – PR  
DIÁRIA DE MOTORISTAS

NÚMERO DIÁRIA: 69/225

NOME: JOÃO BATISTA DE OLIVEIRA

CPF: 881.902.349-00

Nº do Empenho da Liberação de Diárias:

DATA/HORA SAÍDA	DATA/HORA CHEGADA	TOTAL HORA	VALOR DIÁRIA	SAÍDA KM	CHEGADA KM	PLACA	DESTINO
<u>08/01/2025</u> <u>7:00</u>	<u>08/01/2025</u> <u>15:37</u>	<u>8.37</u>	<u>40</u>	<u>82601</u>	<u>81779</u>	<u>RHY</u> <u>4E95</u>	<u>Carlopolis</u>

RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO

Utilização de Diárias

JUSTIFICATIVA: Levar pacientes em Carlopolis

VALOR SOLICITADO:

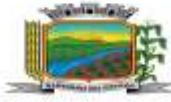
Nº de diária: \_\_\_\_\_

Valor unitário das diárias: \_\_\_\_\_ Valor a restituir: R\$ 40,00

Valor total das diárias: \_\_\_\_\_

- Canhotos, comprovantes das viagens de ônibus ou avião, pedágios, gastos com combustíveis, gastos com pousadas, comprovantes de devolução de valor (anexar);
- Certificado ou documento que comprove a participação em evento público ou o serviço prestado, se for o caso (anexar).

JOÃO BATISTA DE OLIVEIRA



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – RIBEIRÃO DO PINHAL – PR  
DIÁRIA DE MOTORISTAS

NÚMERO DIÁRIA: 69/2025 2

NOME: JOÃO BATISTA DE OLIVEIRA

CPF: 881.902.349-00

Nº do Empenho da Liberação de Diárias:

DATA/HORA SAÍDA	DATA/HORA CHEGADA	TOTAL HORA	VALOR DIÁRIA	SAÍDA KM	CHEGADA KM	PLACA	DESTINO
<u>24/01/2025</u>	<u>24/01/2025</u>					<u>SDV</u>	
<u>6:00</u>	<u>14:30</u>	<u>8:30</u>	<u>40</u>	<u>68534</u>	<u>68659</u>	<u>3A47</u>	<u>Jacarezinho</u>

RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO

Utilização de Diárias

JUSTIFICATIVA: Levar pacientes H.O. jacarezinho

VALOR SOLICITADO:

Nº de diária: \_\_\_\_\_

Valor unitário das diárias: \_\_\_\_\_ Valor a restituir: R\$ 40,00

Valor total das diárias: \_\_\_\_\_

- Canhotos, comprovantes das viagens de ônibus ou avião, pedágios, gastos com combustíveis, gastos com pousadas, comprovantes de devolução de valor (anexar);
- Certificado ou documento que comprove a participação em evento público ou o serviço prestado, se for o caso (anexar).

JOÃO BATISTA DE OLIVEIRA