



Processo Administrativo de Concessão de Diárias nº. 100/2025
Proposta de Concessão

PROPONENTE

NOME: REINALDO PEREIRA BARREIRA

CARGO/FUNÇÃO: MOTORISTA DA SAÚDE

CPF: 027.030.439-88

LOCAL: SERVIÇO A SER EXECUTADO E PERÍODO DE AFASTAMENTO: Transporte de paciente à cidade de Jacarezinho, Cornélio Procópio e Londrina para tratamento de saúde.

Dias: 06/02, 14/02 e 18/02.

Em, 30 de dezembro de 2024.

REINALDO PEREIRA BARREIRA
Proponente

INFORMAÇÃO

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

Em: 21 de fevereiro de 2025.

Marcelo Corinth
Contador

CONCESSÃO

Concedo 03 diária de R\$40,00 solicitada. Requisite(m)-se e pague(m)-se;

Em: 21 de fevereiro de 2025.

Dartagnan Calixto Fraiz
Prefeito Municipal

PAGAMENTO/RECEBIMENTO

Paga a importância de **R\$120,00** (cento e vinte reais) referente à concessão de diária, através da conta corrente do Poder Executivo para a conta corrente do solicitante com o nº. 05296-6, da agência nº.3882.

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: 100/2025

NOME: REINALDO PEREIRA BARREIRA

CPF: 027.030.439-88

Nº do Empenho da Liberação de Diárias:

| DATA/HORA SAÍDA | DATA/HORA CHEGADA | TOTAL HORA | VALOR DIÁRIA | SAÍDA KM | CHEGADA KM | PLACA | DESTINO |
|-----------------|-------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------------|-------------------|
| <u>18/02/25</u> | <u>18/02/25</u> | | | | | <u>SFE</u> | |
| <u>04:00</u> | <u>13:10</u> | <u>09:10</u> | <u>40,00</u> | <u>44430</u> | <u>44568</u> | <u>4A72</u> | <u>JACARÉINHO</u> |

RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO

Utilização de Diárias

JUSTIFICATIVA: TRANSPORTE DE PACIENTES PARA
TRATAMENTO DE SAÚDE.

VALOR SOLICITADO:

Nº de diária: _____

Valor unitário das diárias: _____ Valor a restituir: _____

Valor total das diárias: 40,00

- 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).

R. P. B.

REINALDO PEREIRA BARREIRA



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

NÚMERO DIÁRIA: 100/2025

NOME: REINALDO PEREIRA BARREIRA

CPF: 027.030.439-88

Nº do Empenho da Liberação de Diárias:

| DATA/HORA SAÍDA | DATA/HORA CHEGADA | TOTAL HORA | VALOR DIÁRIA | SAÍDA KM | CHEGADA KM | PLACA | DESTINO |
|-----------------|-------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------------|---------------|
| <u>14/02/25</u> | <u>14/02/25</u> | | | | | <u>BCP</u> | |
| <u>07:00</u> | <u>14:40</u> | <u>07:40</u> | <u>40,00</u> | <u>80489</u> | <u>80699</u> | <u>2682</u> | <u>GOVÊIA</u> |

RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO

Utilização de Diárias

JUSTIFICATIVA: TRANSPORTE DE PACIENTES PARA
TRATAMENTO DE SAÚDE.

VALOR SOLICITADO:

Nº de diária: _____

Valor unitário das diárias: _____ Valor a restituir: _____

Valor total das diárias: 40,00

- 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).

REINALDO PEREIRA BARREIRA



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

NÚMERO DIÁRIA: 100/2025 3

NOME: REINALDO PEREIRA BARREIRA

CPF: 027.030.439-88

Nº do Empenho da Liberação de Diárias:

| DATA/HORA SAÍDA | DATA/HORA CHEGADA | TOTAL HORA | VALOR DIÁRIA | SAÍDA KM | CHEGADA KM | PLACA | DESTINO |
|-----------------|-------------------|--------------|--------------|--------------|---------------|-------------|-----------------|
| <u>06/02/25</u> | <u>06/02/25</u> | | | | | <u>SFD</u> | |
| <u>06:00</u> | <u>13:00</u> | <u>07:00</u> | <u>40,00</u> | <u>36698</u> | <u>36.986</u> | <u>5J53</u> | <u>LONDRINA</u> |

RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO

Utilização de Diárias

JUSTIFICATIVA: TRANSPORTE DE PACIENTES PARA
TRATAMENTO DE SAÚDE.

VALOR SOLICITADO:

Nº de diária: _____

Valor unitário das diárias: _____ Valor a restituir: _____

Valor total das diárias: 40,00

- 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).

Reinaldo P.B.

REINALDO PEREIRA BARREIRA