



**Processo Administrativo de Concessão de Diárias nº: 840/2025**  
**Proposta de Concessão**

**PROPONENTE**

**NOME:** EZIQUEL MARTINS

**CARGO/FUNÇÃO:** MOTORISTA

**CPF:** 050.972.659-39

**LOCAL: SERVIÇO A SER EXECUTADO E PERÍODO DE AFASTAMENTO:** Manutenção de veículo da saúde no município de Jaguariaíva-PR.

**Dias:** 15/10.

**Em,** 16 de outubro de 2025.

\_\_\_\_\_  
EZIQUEL MARTINS

Proponente

**INFORMAÇÃO**

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

**Em:** 16 de outubro de 2025.

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

Contador

**CONCESSÃO**

Concedo 01 diária de R\$125,00 solicitada. Requisite(m)-se e pague(m)-se;

**Em:** 16 de outubro de 2025.

\_\_\_\_\_  
Dartagnan Calixto Fraiz

Prefeito Municipal

**PAGAMENTO/RECEBIMENTO**

Paga a importância de **R\$125,00** (cento e vinte e cinco reais) referente à concessão de diária, através da conta corrente do Poder Executivo para a conta corrente do solicitante com o nº: 89030-8 da agência Banco do Sicredi 0717

\_\_\_\_\_  
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.

\_\_\_\_\_  
Ivan Benedito Helbel Filho

Assinatura do Responsável



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

NÚMERO DIÁRIA: **840** /2025

NOME: EZIQUEL MARTINS

CPF: 050.972.659-39

Nº do Empenho da Liberação de Diárias:

| DATA/HORA<br>SAÍDA | DATA/HORA<br>CHEGADA | TOTAL<br>HORA | VALOR<br>DIÁRIA | SAÍDA<br>KM | CHEGADA<br>KM | PLACA | DESTINO            |
|--------------------|----------------------|---------------|-----------------|-------------|---------------|-------|--------------------|
| 15/10              | 15/10                | 14H20         | R\$125,00       |             |               | SEE   | JAGUARIAIVA-<br>PR |
| 04H00              | 18H20                |               |                 |             |               | VAN   |                    |

**RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO**

Utilização de Diárias

**JUSTIFICATIVA:** MANUTENÇÃO DE VEÍCULO DA SAÚDE NO MUNICÍPIO DE JAGUARIAIVA-PR.

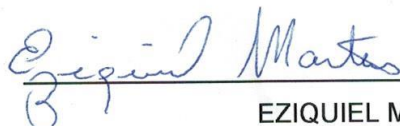
**VALOR SOLICITADO:**

Nº de diária: \_\_\_\_\_

Valor unitário das diárias: \_\_\_\_\_ Valor a restituir: \_\_\_\_\_

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).



EZIQUEL MARTINS