



Processo Administrativo de Concessão de Diárias nº. 19/2026
Proposta de Concessão

PROPONENTE

NOME: Edivaldo Adriano da Veiga

CARGO/FUNÇÃO: MOTORISTA DA SAÚDE

CPF: 019.780.439-02

LOCAL: SERVIÇO A SER EXECUTADO E PERÍODO DE AFASTAMENTO: Transporte de paciente à cidade de Arapongas a tratamento de saúde.

Dias: 30/12.

Em: 15 de janeiro de 2026.

Edivaldo Adriano da Veiga
Proponente

INFORMAÇÃO

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

Em, 15 de janeiro de 2026.

Marcelo Corinth
Contador

CONCESSÃO

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

Em, 15 de janeiro de 2026.

Dartagnan Calixto Fraiz
Prefeito Municipal

PAGAMENTO/RECEBIMENTO

Paga a importância de **R\$125,00** (cento e vinte cinco reais), referente à concessão de diária, através da conta corrente do Poder Executivo para a conta corrente do solicitante com nº. 62560-4, da agência nº 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



PREFEITURA DE
RIBEIRÃO DO PINHAL
ESTADO DO PARANÁ

Secretaria Municipal de Saúde



PREFEITURA DE
RIBEIRÃO DO PINHAL
ESTADO DO PARANÁ

Secretaria Municipal de Saúde

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

NÚMERO DIÁRIA: 19/2026

NOME: EDIVALDO ADRIANO DA VEIGA

CPF: 019.780.439-02

Nº do Empenho da Liberação de Diárias:

DATA/HORA SAÍDA	DATA/HORA CHEGADA	TOTAL HORA	VALOR DIÁRIA	SAÍDA KM	CHEGADA KM	PLACA	DESTINO
30/12/25 04:00	30/12/25 17:00	13:00	125,00	63418	63452	IAT 4495	Aracangos

RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO

Utilização de Diárias

JUSTIFICATIVA: Transporte de pacientes para
tratamento de saúde mental e alta em Aracangos

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).


EDIVALDO ADRIANO DA VEIGA

Rua Paraná, nº 940 – Ribeirão do Pinhal/PR - CEP: 86.490-000 - Fone: (43) 3551-1204
CNPJ da Prefeitura: 09.654.201/0001-87 - e-mail: saude@ribeiraodopinhal.pr.gov.br