



Processo Administrativo de Concessão de Diárias nº. 448/2023
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 Araongas e Londrina para tratamento de saúde.
saída: 14/06/2023 as 04:20hrs
chegada: 14/06/2023 as 20:10hrs
Em, 19 de junho de 2023.

REINALDO PEREIRA BARREIRA
Proponente

INFORMAÇÃO

Existe disponibilidade orçamentária para a concessão da diária, através da dotação orçamentária.
Conta de Despesa/Natureza da despesa: _____
Em: 19 de junho de 2023.

Marcelo Corinth
Contador

CONCESSÃO

Concedo 01 diárias de R\$125,00 solicitada. Requisite(m)-se e pague(m)-se;
Em: 19 de junho de 2023.

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. 05296-6, da agência nº.3882;

Nadir Sara Melo Fraga Cunha
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



PREFEITURA DE
RIBEIRÃO DO PINHAL
ESTADO DO PARANÁ

NUMERO DIÁRIA:

448 / 2023

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO DO PINHAL - PR

DIÁRIA DE MOTORISTAS

1. NOME: REINALDO PEREIRA BERGIA
2. CARGO/FUNÇÃO: MOTORISTA
3. CPF: 027030439-88

N.º do Empenho da Liberação de Diárias:

DATA/HORA SAÍDA	DATA/HORA CHEGADA	TOTAL HORA	VALOR DIÁRIA	SAÍDA KM	CHEGADA KM	PLACA	DESTINO
14/06/23 04:20	14/06/23 20:10	15:50	125,00	17.304	17.668	SDZ-9667	ARAPONGAS + LONDRINA

RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO

Utilização de Diárias

4. JUSTIFICATIVA

LEVAR PACIENTES PARA TRATAMENTO DE SAÚDE.

4. VALOR SOLICITADO:

Número de Diária:

Valor Unitário das Diária: 125,00

Valor a Restituir:

Valor total das Diária:

5. LOCOMOÇÃO

Veículo: MICRO ÔNIBUS

Placa: SDZ-9667

Frota: SAÚDE

Particular:

6. Canhotos comprovantes das viagens de Ônibus ou Avião, pedágios, gastos com combustíveis, gastos com pousadas, comprovantes de devolução de valor;

(colar em folhas anexadas este relatório);

7. Certificado ou documento que comprove a participação em evento pública ou o serviço prestado, se for o caso;

(colar em folhas anexadas este relatório);

Assinatura do Servidor Beneficiário