



**Processo Administrativo de Concessão de Diárias nº. 215/2023**  
**Proposta de Concessão**

**PROPONENTE**

**NOME:** JOSE CARLOS RODRIGUES RIBEIRO

**CARGO/FUNÇÃO:** MOTORISTA DA SAÚDE

**CPF:** 040.441.949-63

**LOCAL: SERVIÇO A SER EXECUTADO E PERÍODO DE AFASTAMENTO:** Transporte de paciente à cidade de, Araçongas à tratamento de saúde.

**saída:** 03/05/2023 às 15:00

**chegada:** 03/05/2023 às 21:30

**Em:** 08 de maio de 2023.

\_\_\_\_\_  
JOSE CARLOS RODRIGUES RIBEIRO  
Proponente

**INFORMAÇÃO**

Existe disponibilidade orçamentária para a concessão da diária, através da dotação orçamentária.

Conta de Despesa/Natureza da despesa: \_\_\_\_\_

**Em,** 08 de maio de 2023.

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

**CONCESSÃO**

Concedo 01 diárias de R\$62,50 solicitada. Requisite(m)-se e pague(m)-se;

**Em:** 08 de maio de 2023.

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

**PAGAMENTO/RECEBIMENTO**

Paga a importância de **R\$62,50** (sessenta e dois reais e cinquenta centavos), referente à concessão de diária, através da conta corrente do Poder Executivo para a conta corrente do solicitante com nº. 21.498-1, da agência nº.0652-1;

\_\_\_\_\_  
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

Secretaria Municipal de Saúde



PREFEITURA DE  
**RIBEIRÃO DO PINHAL**  
ESTADO DO PARANÁ

NUMERO DIÁRIA: 215/2023

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

1. NOME: José Carlos Rodrigues Ribeiro
  2. CARGO/FUNÇÃO: MOTORISTA
  3. CPF: 040.441.949.63
- N.º do Empenho da Liberação de Diárias:

DATA/HORA SAÍDA	DATA/HORA CHEGADA	TOTAL HORA	VALOR DIÁRIO A	SAÍDA KM	CHEGADA KM	PLACA	DESTINO
3.5.2023 15:00h	3.5.2023 21:30h	6:30h	62,50	283751	284070	BBU 7893	Curupongas

**RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO**

Utilização de Diárias

**4. JUSTIFICATIVA**

Transporte de pacientes p/ Tratamento de Saúde

**4. VALOR SOLICITADO:**

Número de Diária:	
Valor Unitário das Diária:	Valor a Restituir:
Valor total das Diária:	

**5. LOCOMOÇÃO**

Veículo:	Placa:
Frota:	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);

*José Carlos Rodrigues Ribeiro*

Assinatura do Servidor Beneficiário