



**Processo Administrativo de Concessão de Diárias nº. 318/2023**  
**Proposta de Concessão**

**PROPONENTE**

**NOME:** FRANCISCO CLÁUDIO ADRIANO

**CARGO/FUNÇÃO:** MOTORISTA DA SAÚDE

**CPF:** 556.662.569-04

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

**Saída:** 19/05/2023 às 05:00hrs

**Chegada:** 19/05/2023 às 12:00hrs

**Em:** 22 de maio de 2023.

\_\_\_\_\_  
FRANCISCO CLÁUDIO ADRIANO  
Proponente

**INFORMAÇÃO**

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

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

**Em:** 22 de maio de 2023.

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

**CONCESSÃO**

Concedo 01 diárias de R\$40,00 solicitada. Requisite(m)-se e pague(m)-se;

**Em,** 22 de maio de 2023.

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

**PAGAMENTO/RECEBIMENTO**

Paga a importância de **R\$40,00** (quarenta reais), referente à concessão de diária, através da conta corrente do Poder Executivo para a conta corrente do solicitante com nº. 03279-4, 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

Secretaria Municipal de Saúde

120  
7



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

NUMERO DIÁRIA:

318/2023

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

1. NOME: *Francisco Claudio Adriano*
  2. CARGO/FUNÇÃO: *MOTORISTA*
  3. CPF: *556 662 569 -04*
- N.º do Empenho da Liberação de Diárias:

| DATA/HORA SAÍDA        | DATA/HORA CHEGADA      | TOTAL HORA | VALOR DIÁRIA | SAÍDA KM     | CHEGADA KM   | PLACA                           | DESTINO              |
|------------------------|------------------------|------------|--------------|--------------|--------------|---------------------------------|----------------------|
| <i>19-05<br/>05:20</i> | <i>19-05<br/>12:20</i> | <i>7</i>   | <i>40,00</i> | <i>97323</i> | <i>97484</i> | <i>BR 00<br/>BEO<br/>2.A.92</i> | <i>Leonho Pacopi</i> |

**RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO**

Utilização de Diárias

**4. JUSTIFICATIVA**

*Levar Pacientes Clínicas*

**4. VALOR SOLICITADO:**

Número de Diária:

Valor Unitário das Diária:

Valor a Restituir:

Valor total das Diária:

**5. LOCOMOÇÃO**

Veículo: *CARRO*

Placa: *BEO. 2 A. 92*

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