



Processo Administrativo de Concessão de Diárias nº. 359/2023
Proposta de Concessão

PROPONENTE

NOME: ISRAEL BARCELOS DE REZENDE

CARGO/FUNÇÃO: MOTORISTA DA SAÚDE

CPF: 074.537.008-09

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

saída: 23/05/2023 às 09:00hrs

chegada: 23/05/2023 às 16:00hrs

Em, 02 de junho de 2023.

ISRAEL BARCELOS DE REZENDE
Proponente

INFORMAÇÃO

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

Em: 02 de junho de 2023.

Marcelo Corinth
Contador

CONCESSÃO

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

Em: 02 de junho 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 o nº. 18.565-5, 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



PREFEITURA DE
RIBEIRÃO DO PINHAL

ESTADO DO PARANÁ

NUMERO DIÁRIA:

359/2023

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO DO PINHAL - PR

DIÁRIA DE MOTORISTAS

1. NOME: ISRAEL BARCELLOS DE REZON DE
 2. CARGO/FUNÇÃO: MOTORISTA
 3. CPF: 074.537.008.09
- N.º do Empenho da Liberação de Diárias:

DATA/HORA SAÍDA	DATA/HORA CHEGADA	TOTAL HORA	VALOR DIÁRIA	SAÍDA KÍM	CHEGADA KÍM	PLACA	DESTINO
23/05/23 09:00	23/05/23 16:00	7:00	40,00	58.77	6101	RHV 4E95	London

RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO

Utilização de Diárias

4. JUSTIFICATIVA

23/05/2023	London 14 do Lances Lavo- Pocier to pl Tro tomar hi cu foud
------------	--

4. VALOR SOLICITADO:

Número de Diária:	
Valor Unitário das Diária:	Valor a Restituir:
Valor total das Diária:	40,00 REA.9

5. LOCOMOÇÃO

Veículo: HB20	Placa: RHV 4E95
Frota: SAÚDE	Particular: F.M.S.

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