



Processo Administrativo de Concessão de Diárias nº. 312/2023
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 Bandeirantes e Londrina à tratamento de saúde.

Saída: 03/05/2023 às 05:00hrs

Chegada: 03/05/2023 às 16:00hrs

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\$82,50 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\$82,50** (oitenta 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. 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



170



PREFEITURA DE
RIBEIRÃO DO PINHAL
ESTADO DO PARANÁ

NUMERO DIÁRIA:

312/2023

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

1. NOME: Francisco Claudio Adeiano
 2. CARGO/FUNÇÃO: MOTORISTA
 3. CPF: 556.662.589.044
- N.º do Empenho da Liberação de Diárias:

DATA/HORA SAÍDA	DATA/HORA CHEGADA	TOTAL HORA	VALOR DIÁRIA	SAÍDA KM	CHEGADA KM	PLACA	DESTINO
03-05 05:00	03-05 16:40	11	8250	103837	104136	Carro F.D.H. S.B.82	Bandeirantes + Zon deima.

RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO

Utilização de Diárias

4. JUSTIFICATIVA

Levar Pacientes, Hospitais + clínicas.

4. VALOR SOLICITADO:

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

5. LOCOMOÇÃO


Veículo: CARRO Placa: F.D.H.5.B.82.
Frota: SAUDE 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