



Processo Administrativo de Concessão de Diárias nº. 711/2023
Proposta de Concessão

PROPONENTE

NOME: JOÃO GALDINO
CARGO/FUNÇÃO: MOTORISTA DA SAÚDE
CPF: 650.803.009-49
LOCAL: SERVIÇO A SER EXECUTADO E PERÍODO DE AFASTAMENTO: Transporte de paciente à cidade de Santa Mariana à tratamento de saúde
Saída: 21/07/2023 às 09:30hrs
Chegada: 21/07/2023 às 18:16hrs
Em, 02 de agosto de 2023.

JOÃO GALDINO
Proponente

INFORMAÇÃO

Existe disponibilidade orçamentária para a concessão da diária, através da dotação orçamentária.
Conta de Despesa/Natureza da despesa: _____
Em: 02 de agosto de 2023.

Marcelo Corinth
Contador

CONCESSÃO

Concedo 01 diárias de R\$40,00 solicitada. Requisite(m)-se e pague(m)-se;
Em, 02 de agosto 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 nº12.756-0, 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



NUMERO DIÁRIA:

7/11/2023

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO DO PINHAL - PR

DIÁRIA DE MOTORISTAS

1. NOME: *Yago Paldino*
2. CARGO/FUNÇÃO: *motorista*
3. CPF: *650.803.009-49*

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>21-07-23</i>	<i>21-07-23</i>	<i>8h1/2</i>	<i>40,00</i>	<i>120.930</i>	<i>121.109</i>	<i>FDH</i>	<i>Santa</i>
<i>09.30 h</i>	<i>18.16h</i>	<i>8h1/2</i>	<i>40,00</i>	<i>120.930</i>	<i>121.109</i>	<i>5B82</i>	<i>mariana</i>

RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO

Utilização de Diárias

4. JUSTIFICATIVA

21-07-23 = Santa Mariana Transporte de Paciente

VALOR SOLICITADO:

Número de Diária:

Valor Unitário das Diária:

Valor a Restituir: *40,00*

Valor total das Diária:

4. 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);

5. 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]

Assinatura do Servidor Beneficiário