



**Processo Administrativo de Concessão de Diárias nº. 578/2023**  
**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 Londrina e Araçongas à tratamento de saúde  
**Saída:** 05/07/2023 às 04:03hrs  
**Chegada:** 05/07/2023 às 16:30hrs  
**Em,** 11 de julho 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:** 11 de julho de 2023.

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

**CONCESSÃO**

Concedo 01 diárias de R\$125,00 solicitada. Requisite(m)-se e pague(m)-se;  
**Em,** 11 de julho de 2023.

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

**PAGAMENTO/RECEBIMENTO**

Paga a importância de **R\$125,00** (cento e vinte e cinco 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: 578/2023

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO DO PINHAL - PR

DIÁRIA DE MOTORISTAS

1. NOME: *João Galvão*
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>05=07=23</i>	<i>05=07=23</i>	<i>12h/2</i>	<i>125.00</i>	<i>116428</i>	<i>116831</i>	<i>FDH</i>	<i>Londrina</i>
<i>04.03h</i>	<i>16.30h</i>	<i>12h/2</i>	<i>125.00</i>	<i>116428</i>	<i>116831</i>	<i>5B82</i>	<i>Arapongas</i>

RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO  
Utilização de Diárias

4. JUSTIFICATIVA

*05/07/23 = Londrina + Arapongas Transporte do Paciente*

VALOR SOLICITADO:

Número de Diária:

Valor Unitário das Diária:

Valor a Restituir:

*125.00*

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 do Servidor Beneficiário