



Processo Administrativo de Concessão de Diárias nº. 209/2023
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 à tratamento de saúde

Saída: 04/05/2023 às 05:29hrs

Chegada; 04/05/2023 às 17:32hrs

Em, 08 de maio 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: 08 de maio de 2023.

Marcelo Corinth
Contador

CONCESSÃO

Concedo 01 diárias de R\$80,00 solicitada. Requisite(m)-se e pague(m)-se;

Em, 08 de maio de 2023.

PAGAMENTO/RECEBIMENTO

Paga a importância de **R\$80,00**(oitenta 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



PREFEITURA DE
RIBEIRÃO DO PINHAL

ESTADO DO PARANÁ

NUMERO DIÁRIA:

209/2023

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO DO PINHAL - PR

DIÁRIA DE MOTORISTAS

1. NOME: *Arão Saldino*
 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>04-05-23 05.29 h.</i>	<i>04-05-23 17.32 h.</i>	<i>12 h.</i>	<i>80,00</i>	<i>104.222</i>	<i>104.520</i>	<i>FDH5B82</i>	<i>Londrino</i>

RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO

Utilização de Diárias

4. JUSTIFICATIVA

04-05-23 = Londrino Transporte de Manutenção

4. VALOR SOLICITADO:

Número de Diária: *01 DE 80,00*
Valor Unitário das Diária: _____ Valor a Restituir: _____
Valor total das Diária: *80,00*

5. LOCOMOÇÃO

Veículo: *SPIN* Placa: *FDH.5B82*
Frota: _____ 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)

Arão Saldino
Assinatura do Servidor Beneficiário



PREFEITURA DE
RIBEIRÃO DO PINHAL
ESTADO DO PARANÁ

Secretaria Municipal de Saúde
