



Processo Administrativo de Concessão de Diárias nº: 279/2023
Proposta de Concessão

PROPONENTE

NOME: JOÃO BATISTA DE OLIVEIRA

CARGO/FUNÇÃO: MOTORISTA DA SAÚDE

CPF: 881.902.349-00

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

saída: 15/05/2023 às 01:10hrs

chegada: 15/05/2023 às 21:25hrs

Em: 19 de maio de 2023

JOÃO BATISTA DE OLIVEIRA
Proponente

INFORMAÇÃO

Existe disponibilidade orçamentária para a concessão da diária, através da dotação orçamentária.

Conta de Despesa/Natureza da despesa: _____

Em, 19 de maio de 2023

Marcelo Corinth
Contador

CONCESSÃO

Concedo 01 diárias de R\$187,50 solicitada. Requisite(m)-se e pague(m)-se;

Em, 19 de maio de 2023

Dartagnan Calixto Fraiz
Prefeito Municipal

PAGAMENTO/RECEBIMENTO

Paga a importância de **R\$187,50** (cento e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), referente à concessão de diária, através da conta corrente do Poder Executivo para a conta corrente do solicitante com nº. 03281-0, 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

Secretaria Municipal de Saúde



PREFEITURA DE
RIBEIRÃO DO PINHAL
ESTADO DO PARANÁ

NUMERO DIÁRIA:

279/2023

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

1. NOME: João B. Oliveira
2. CARGO/FUNÇÃO: motorista
3. CPF: 885-902.349-00

N.º do Empenho da Liberação de Diárias:

DATA/HORA SAÍDA	DATA/HORA CHEGADA	TOTAL HORA	VALOR DIÁRIO A	SAÍDA KM	CHEGADA KM	PLACA	DESTINO
15/05/2023 11:10	15/05/2023 21:25	20,15	187,50	216392	217167	BDF 4H19	Curitiba

RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO

Utilização de Diárias

4. JUSTIFICATIVA

Levar pacientes em Curitiba

4. VALOR SOLICITADO:

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

5. LOCOMOÇÃO

Veículo: VAN Placa: BDF 4H19
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);

Assinatura do Servidor Beneficiário