



**Processo Administrativo de Concessão de Diárias nº.484/2023**  
**Proposta de Concessão**

**PROPONENTE**

**NOME:** VALDECIR DE JESUS

**CARGO/FUNÇÃO:** MOTORISTA DA SAÚDE

**CPF:** 556.662.809-53

**LOCAL: SERVIÇO A SER EXECUTADO E PERÍODO DE AFASTAMENTO:** Transporte de paciente à cidade de Cornélio Procópio e Santa Mariana à tratamento de saúde.

**Saída:** 14/06/2023 às 5:30hrs

**Chegada:** 14/06/2023 às 17:30hrs

**Em,** 26 de junho de 2023.

\_\_\_\_\_  
VALDECIR DE JESUS  
Proponente

**INFORMAÇÃO**

Existe disponibilidade orçamentária para a concessão da diária, através da dotação orçamentária. Conta de Despesa/Natureza da despesa: \_\_\_\_\_

**Em:** 26 de junho de 2023.

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

**CONCESSÃO**

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

**Em:** 26 de junho de 2023.

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

**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 nº. 12.727-1, 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:

484/2023

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

1. NOME: *Valdeair de Jesus*  
2. CARGO/FUNÇÃO: *motorista*  
3. CPF:  
N.º do Empenho da Liberação de Diárias:

DATA/HORA SAÍDA	DATA/HORA CHEGADA	TOTAL HORA	VALOR DIÁRIA	SAÍDA KM	CHEGADA KM	PLACA	DESTINO
14.06.2023 5.00	14.06.2023 17.30	13.30	80,00	124278	124521	BCW3F15	Carmelito STA Mariana

RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO

Utilização de Diárias

4. JUSTIFICATIVA

*Levar paciente Carmelito STA Mariana*

4. VALOR SOLICITADO:

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

5. LOCOMOÇÃO

Veículo: Placa:  
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);

*Valdeair de Jesus*

Assinatura do Servidor Beneficiário