



Processo Administrativo de Concessão de Diárias nº. 622/2023
Proposta de Concessão

PROPONENTE

Nome: NORACI DA SILVA VELANI
CARGO/FUNÇÃO: MOTORISTA DA SAÚDE
CPF: 573.833.329-20
LOCAL: SERVIÇO A SER EXECUTADO E PERÍODO DE AFASTAMENTO: Transporte de pacientes para tratamento de saúde em Arapongas e Londrina.
Saída: 06/06/2023 às 04:30hrs
Chegada: 06/06/2023 às 19:30hrs
Em: 24 de julho de 2023.

NORACI DA SILVA VELANI
Proponente

INFORMAÇÃO

Existe disponibilidade orçamentária para a concessão da diária, através da dotação orçamentária.
Conta de Despesa/Natureza da despesa: _____
Em: 24 de julho de 2023

Marcelo Corinth
Contador

CONCESSÃO

Concedo 01 diária de R\$125,00 solicitada. Requisite(m)-se e pague(m)-se;
Em: 24 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 nº. 003860, 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:

622/2023

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO DO PINHAL - PR

DIÁRIA DE MOTORISTAS

1. NOME: *Poraci de S. Gelano*
 2. CARGO/FUNÇÃO: *motorista Saúde*
 3. CPF: *579.833.329-20*
- 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>06-06-23</i> <i>04:30</i>	<i>06-06-23</i> <i>19:30</i>	<i>15:00</i>	<i>895,00</i>	<i>34959</i>	<i>34956</i>	<i>2089063</i>	<i>Saud e Cruponges</i>

RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO

Utilização de Diárias

4. JUSTIFICATIVA

Transporte de pacientes p/ consultas e exames em Ponta Coraponges.

4. VALOR SOLICITADO:

Número de Diária:

Valor Unitário das Diária:

Valor a Restituir: *125,00*

Valor total das Diária: *125,00*

5. LOCOMOÇÃO

Veículo: *micro Amibus*

Placa: *2089063*

Frota: *Saúde*

Particular: *Oficial*

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