



Processo Administrativo de Concessão de Diárias nº. 516/2023
Proposta de Concessão

PROPONENTE

NOME: REINALDO PEREIRA BARREIRA
CARGO/FUNÇÃO: MOTORISTA DA SAÚDE
CPF: 027.030.439-88
LOCAL: SERVIÇO A SER EXECUTADO E PERÍODO DE AFASTAMENTO: Transporte de paciente à cidade de Araongas para tratamento de saúde.
saída: 30/06/2023 as 04:20hrs
chegada: 30/06/2023 as 18:10hrs
Em, 03 de julho de 2023.

REINALDO PEREIRA BARREIRA
Proponente

INFORMAÇÃO

Existe disponibilidade orçamentária para a concessão da diária, através da dotação orçamentária.
Conta de Despesa/Natureza da despesa: _____
Em: 03 de julho de 2023.

Marcelo Corinth
Contador

CONCESSÃO

Concedo 01 diárias de R\$125,00 solicitada. Requisite(m)-se e pague(m)-se;
Em: 03 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 nº. 05296-6, 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:

516/2023

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO DO PINHAL - PR

DIÁRIA DE MOTORISTAS

1. NOME: **REINARDO PENEIRA BARREIRA**
 2. CARGO/FUNÇÃO: **MOTORISTA**
 3. CPF: **027.030.439-88**
- N.º do Empenho da Liberação de Diárias:

DATA/HORA SAÍDA	DATA/HORA CHEGADA	TOTAL HORA	VALOR DIÁRIA	SAÍDA KM	CHEGADA KM	PLACA	DESTINO
30/06/23 04:20	30/06/23 18:10	13:50	125,00	4.617	4.934	SEE 5G53	ARAPONGAS

RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO

Utilização de Diárias

4. JUSTIFICATIVA

LEVAR PACIENTES PARA TRATAMENTO DE SAÚDE

4. VALOR SOLICITADO:

Número de Diária:

Valor Unitário das Diária: * 125,00

Valor a Restituir:

Valor total das Diária:

5. LOCOMOÇÃO

Veículo: **VAN**

Placa: **SEE 5G53**

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