



Processo Administrativo de Concessão de Diárias nº. 1076/2024
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 Londrina e Arapongas para tratamento de saúde.
saída: 05/07/2024 as 04:30hrs
chegada: 05/07/2024 as 12:15hrs
Em, 19 de julho de 2024.

REINALDO PEREIRA BARREIRA
Proponente

INFORMAÇÃO

Existe disponibilidade orçamentária para a concessão da diária, através da dotação orçamentária.
Conta de Despesa/Natureza da despesa: _____
Em: 19 de julho de 2024.

Marcelo Corinth
Contador

CONCESSÃO

Concedo 01 diária de R\$62,50 solicitada. Requisite(m)-se e pague(m)-se;
Em: 19 de julho de 2024.

Dartagnan Calixto Fraiz
Prefeito Municipal

PAGAMENTO/RECEBIMENTO

Paga a importância de **R\$62,50** (sessenta e dois reais e cinquenta centavos) 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.

Izaque Olimpio Farias
Assinatura do Responsável



SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE-RIBEIRÃO DO PINHAL-PR

NUMERO DIÁRIA: 1076/2024
NOME: REINALDO PEREIRA BARREIRA
CARGO/FUNÇÃO: MOTORISTA DA SAÚDE
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 |
|-------------------|-------------------|------------|--------------|----------|------------|-------------|---------------------|
| 05/07/24 04:30 | 05/07/24 14:00 | 09:30 | 62,50 | 60,417 | 60,755 | SEE 5G53 | ARARONGAS+ LONDRINA |

RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO
Utilização de Diárias

1. JUSTIFICATIVA

TRANSPORTE DE PACIENTES PARA TRATAMENTO DE SAÚDE.

VALOR SOLICITADO:

Número de Diária:

Valor Unitário das Diária:

Valor a Restituir:

Valor total das Diária: 62,50

4. 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);
5. Certificado ou documento que comprove a participação em evento pública ou o serviço prestado, se for o caso;
(colar em folhas anexadas este relatório);
6. Declaro para os devidos fins que todas as informações prestadas são da responsabilidade do beneficiário solicitante.

Reinaldo P. Barreira

Assinatura do Servidor Beneficiário