



**Processo Administrativo de Concessão de Diária nº: 1148/2024**  
**Proposta de Concessão**

**PROPONENTE**

**NOME:** João Fernando Carneiro  
**CARGO/FUNÇÃO:** MOTORISTA DA SAÚDE  
**CPF:** 046.115.639-36  
**LOCAL: SERVIÇO A SER EXECUTADO E PERÍODO DE AFASTAMENTO:** Transporte de paciente à cidade de Assis-SP à tratamento de saúde.  
**Saída:** 26/07/2024 às 05:30hrs  
**Chegada:** 26/07/2024 às 13:30hrs  
**Em:** 05 de Agosto de 2024.

\_\_\_\_\_  
João Fernando Carneiro  
Proponente

**INFORMAÇÃO**

Existe disponibilidade orçamentária para a concessão da diária, através da dotação orçamentária.  
Conta de Despesa/Natureza da despesa: \_\_\_\_\_  
**Em,** 05 de Agosto de 2024.

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

**CONCESSÃO**

Concedo 01 diária de R\$40,00 solicitada. Requisite(m)-se e pague(m)-se;  
**Em,** 05 de Agosto de 2024.

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

**PAGAMENTO/RECEBIMENTO**

Paga a importância de **R\$40,00** (Quarenta reais), referente à concessão de diária, através da conta corrente do Poder Executivo para a conta corrente do solicitante.

\_\_\_\_\_  
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 de Farias  
Assinatura do Responsável



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

NÚMERO DIÁRIA: 1148/2024

NOME: JOÃO FERNANDO CARNEIRO

CPF: 046.115.639-36

Nº do Empenho da Liberação de Diárias:

DATA/HORA SAÍDA	DATA/HORA CHEGADA	TOTAL HORA	VALOR DIÁRIA	SAÍDA KM	CHEGADA KM	PLACA	DESTINO
<u>26/07/24</u> <u>5:30 H</u>	<u>26/07/24</u> <u>13:30 H</u>	<u>08:00H</u>	<u>40,00</u>	<u>150787</u>	<u>151.028</u>	<u>BEW 2492</u> <u>Gal Saúde</u>	<u>Ativ SP</u>

RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO

Utilização de Diárias

JUSTIFICATIVA: Levar paciente para Hospital do Olho

VALOR SOLICITADO:

Nº de diária: \_\_\_\_\_

Valor unitário das diárias: \_\_\_\_\_ Valor a restituir: \_\_\_\_\_

Valor total das diárias: \_\_\_\_\_

- Canhotos, comprovantes das viagens de ônibus ou avião, pedágios, gastos com combustíveis, gastos com pousadas, comprovantes de devolução de valor (anexar);
- Certificado ou documento que comprove a participação em evento público ou o serviço prestado, se for o caso (anexar).

João Fernando Carneiro

JOÃO FERNANDO CARNEIRO