



**Processo Administrativo de Concessão de Diárias nº. 1171/2024**  
**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 Arapongas e Londrina para tratamento de saúde.

**Saída:** 24/07/2024 as 04:30hrs

**Chegada:** 24/07/2024 as 20:00hrs

**Em,** 07 de Agosto 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:** 07 de Agosto de 2024.

Marcelo Corinth

Contador

**CONCESSÃO**

Concedo 01 diária de R\$125,00 solicitada. Requisite(m)-se e pague(m)-se;

**Em:** 07 de Agosto de 2024.

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.

Izaque Olimpo de Farias

Assinatura do Responsável



PREFEITURA DE  
**RIBEIRÃO DO PINHAL**  
ESTADO DO PARANÁ

Secretaria Municipal de Saúde



PREFEITURA DE  
**RIBEIRÃO DO PINHAL**  
ESTADO DO PARANÁ

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE-RIBEIRÃO DO PINHAL-PR

NUMERO DIÁRIA: 1171/2024  
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                  |
|-------------------|-------------------|------------|--------------|----------|------------|-------------|--------------------------|
| 24/07/24<br>04:30 | 24/07/24<br>20:00 | 15:30      | 125,00       | 81490    | 81883      | SDS<br>9063 | ARAUCAS<br>+<br>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: 125,00

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

Reinaldo P. Barreira

Assinatura do Servidor Beneficiário