



**Processo Administrativo de Concessão de Diárias nº. 1177/2024**  
**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:** 01/08/2024 as 04:20hrs

**Chegada:** 01/08/2024 as 18:50hrs

**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



SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE-RIBEIRÃO DO PINHAL-PR

NUMERO DIÁRIA: 1177/2024  
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
01/08/24 04:20	01/08/24 18:50	14:30	125,00	82.192	82.573	SPS 9D63	ARAPONGAS 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

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