



**Processo Administrativo de Concessão de Diárias nº: 1233/2023**  
**Proposta de Concessão**

**PROPONENTE**

**NOME:** JOÃO BATISTA DE OLIVEIRA  
**CARGO/FUNÇÃO:** MOTORISTA DA SAÚDE  
**CPF:** 881.902.349-00  
**LOCAL: SERVIÇO A SER EXECUTADO E PERÍODO DE AFASTAMENTO:** Transporte de paciente à cidade de Londrina Araçongas e Apucarana à tratamento de saúde  
**saída:** 03/10/2023 às 04:25hrs  
**chegada:** 03/10/2023 às 17:20hrs  
**Em:** 31 de outubro de 2023.

\_\_\_\_\_  
JOÃO BATISTA DE OLIVEIRA  
Proponente

**INFORMAÇÃO**

Existe disponibilidade orçamentária para a concessão da diária, através da dotação orçamentária.  
Conta de Despesa/Natureza da despesa: \_\_\_\_\_  
**Em,** 31 de outubro de 2023.

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

**CONCESSÃO**

Concedo 01 diária de R\$125,00 solicitada. Requisite(m)-se e pague(m)-se;  
**Em,** 31 de outubro 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 nº. 03281-0, 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



Secretaria Municipal de Saúde

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

NÚMERO DIÁRIA: 1237/2023

NOME: JOÃO BATISTA DE OLIVEIRA

CPF: 881.902.349-00

Nº do Empenho da Liberação de Diárias:

| DATA/HORA SAÍDA                  | DATA/HORA CHEGADA                 | TOTAL HORA   | VALOR DIÁRIA | SAÍDA KM     | CHEGADA KM   | PLACA                     | DESTINO   |
|----------------------------------|-----------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------------------|---|
| <u>03/10/2023</u><br><u>4:25</u> | <u>03/10/2023</u><br><u>17:20</u> | <u>12,55</u> | <u>125</u>   | <u>46511</u> | <u>46910</u> | <u>SDS</u><br><u>9D63</u> | <u>Londrina</u><br><u>Arapongas</u><br><u>Apucarana</u> |

RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO

Utilização de Diárias

JUSTIFICATIVA: Levar pacientes para atendimento médico

VALOR SOLICITADO:

Nº de diária: \_\_\_\_\_

Valor unitário das diárias: \_\_\_\_\_ Valor a restituir: R\$125,00

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 BATISTA DE OLIVEIRA