



**Processo Administrativo de Concessão de Diárias nº. 1420/2023**  
**Proposta de Concessão**

**PROPONENTE**

**NOME:** Edivaldo Adriano da Veiga  
**CARGO/FUNÇÃO:** MOTORISTA DA SAÚDE  
**CPF:** 019.780.439-02  
**LOCAL: SERVIÇO A SER EXECUTADO E PERÍODO DE AFASTAMENTO:** Transporte de paciente à cidade de Curitiba à tratamento de saúde.  
**Saída:** 15/11/2023 as 23:35hrs  
**Chegada:** 16/11/2023 as 00:00hrs  
**Em:** 30 de novembro de 2023.

\_\_\_\_\_  
Edivaldo Adriano da Veiga  
Proponente

**INFORMAÇÃO**

Existe disponibilidade orçamentária para a concessão da diária, através da dotação orçamentária.  
Conta de Despesa/Natureza da despesa: \_\_\_\_\_  
**Em,** 30 de novembro de 2023.

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

**CONCESSÃO**

Concedo 01 diária de R\$250,00 solicitada. Requisite(m)-se e pague(m)-se;  
**Em,** 30 de novembro de 2023.

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

**PAGAMENTO/RECEBIMENTO**

Paga a importância de **R\$250,00** (duzentos e cinquenta reais), referente à concessão de diária, através da conta corrente do Poder Executivo para a conta corrente do solicitante com nº. 62560-4, da agência nº.0717

\_\_\_\_\_  
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 – RIBEIRÃO DO PINHAL – PR  
DIÁRIA DE MOTORISTAS

NÚMERO DIÁRIA: 1420/2023

NOME: EDIVALDO ADRIANO DA VEIGA

CPF: 019.780.439-02

Nº do Empenho da Liberação de Diárias:

DATA/HORA SAÍDA	DATA/HORA CHEGADA	TOTAL HORA	VALOR DIÁRIA	SAÍDA KM	CHEGADA KM	PLACA	DESTINO
<u>15/11/23</u>	<u>16/11/23</u>					<u>RDF</u>	
<u>23:35</u>	<u>00:00</u>	<u>24:25</u>	<u>290,00</u>	<u>239725</u>	<u>240512</u>	<u>4H19</u>	<u>Antiba</u>

RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO

Utilização de Diárias

JUSTIFICATIVA: transporte de doentes para  
tratamento médico

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).

  
EDIVALDO ADRIANO DA VEIGA