



**Processo Administrativo de Concessão de Diária nº. 1423/2024**  
**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 e Arapongas à tratamento de saúde.  
**Saída:** 02/09/2024 às 04:25hrs  
**Chegada:** 02/09/2024 às 20:10hrs  
**Em:** 12 de Setembro de 2024.

\_\_\_\_\_  
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,** 12 de Setembro de 2024.

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

**CONCESSÃO**

Concedo 01 diária de R\$125,00 solicitada. Requisite(m)-se e pague(m)-se;  
**Em,** 12 de Setembro 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 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.

\_\_\_\_\_  
Izaque Olimpio 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: 1423 / 2024  
NOME: JOÃO BATISTA DE OLIVEIRA  
CARGO/FUNÇÃO: MOTORISTA DA SAÚDE  
CPF: 881.902.349-00

N.º do Empenho da Liberação de Diárias:

| DATA/HORA SAÍDA    | DATA/HORA CHEGADA   | TOTAL HORA | VALOR DIÁRIA | SAÍDA KM | CHEGADA KM | PLACA       | DESTINO                 |
|--------------------|---------------------|------------|--------------|----------|------------|-------------|-------------------------|
| 02/09/2024<br>4:25 | 02/09/2024<br>20:10 | 15.45      | 125          | 87766    | 88126      | SDS<br>9D63 | Londrina -<br>Arapongas |

RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO  
Utilização de Diárias

1. JUSTIFICATIVA

Levar pacientes em Londrina e Arapongas  
VALOR SOLICITADO:

Número de Diária:

Valor Unitário das Diária:

Valor a Restituir:

Valor total das Diária:

R\$ 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);

Assinatura do Servidor Beneficiário