



**Processo Administrativo de Concessão de Diárias nº. 1611/2024**  
**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 Jacarezinho para tratamento de saúde.

**Saída:** 11/09/2024 as 04:30hrs

**Chegada:** 11/09/2024 as 11:00hrs

**Em,** 08 de outubro 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:** 08 de outubro de 2024.

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

**CONCESSÃO**

Concedo 01 diária de R\$40,00 solicitada. Requisite(m)-se e pague(m)-se;

**Em:** 08 de outubro de 2024..

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

**PAGAMENTO/RECEBIMENTO**

Paga a importância de **R\$40,00** (Quarenta 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.

\_\_\_\_\_  
Adilson Martins Inácio  
Assinatura do Responsável



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

NÚMERO DIÁRIA: 16/11/2024

NOME: REINALDO PEREIRA BARREIRA

CPF: 027.030.439-88

Nº do Empenho da Liberação de Diárias:

| DATA/HORA SAÍDA | DATA/HORA CHEGADA | TOTAL HORA   | VALOR DIÁRIA | SAÍDA KM       | CHEGADA KM     | PLACA       | DESTINO           |
|-----------------|-------------------|--------------|--------------|----------------|----------------|-------------|-------------------|
| <u>11/09/24</u> | <u>11/09/24</u>   |              |              |                |                | <u>BEG</u>  |                   |
| <u>04:30</u>    | <u>11:30</u>      | <u>07:00</u> | <u>40,00</u> | <u>154,765</u> | <u>154,893</u> | <u>2A92</u> | <u>JACAREINHO</u> |

RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO

Utilização de Diárias

JUSTIFICATIVA: TRANSPORTE DE PACIENTES PARA TRATAMEN-  
TO DE SAÚDE

VALOR SOLICITADO:

Nº de diária: \_\_\_\_\_

Valor unitário das diárias: \_\_\_\_\_ Valor a restituir: \_\_\_\_\_

Valor total das diárias: 40,00

- 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).

REINALDO PEREIRA BARREIRA