



**Processo Administrativo de Concessão de Diárias nº. 1821/2024**  
**Proposta de Concessão**

**PROPONENTE**

**NOME:** Eziquiel Martins

**CARGO/FUNÇÃO:** MOTORISTA

**CPF:** 050.972.659-39

**LOCAL: SERVIÇO A SER EXECUTADO E PERÍODO DE AFASTAMENTO:** Transporte de paciente à cidade de Jacarezinho a tratamento de saúde.

**Saída:** 05/11/2024 às 04:00hrs

**Chegada:** 05/11/2024 às 14:00hrs

**Em,** 05 de novembro de 2024.

\_\_\_\_\_  
Eziquiel Martins  
Proponente

**INFORMAÇÃO**

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

**Em:** 05 de novembro de 2024.

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

**CONCESSÃO**

Concedo 01 diária de R\$ 40,00 solicitada. Requisite(m)-se e pague(m)-se;  
**Em,** 05 de novembro 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 nº12.756-0, da agência nº.3882.

\_\_\_\_\_  
Nadir Sara Melo Fraga Cunha  
Ordenador de Despesa

**PUBLICAÇÃO**

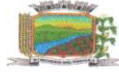
O presente documento está de acordo com as normas regulamentares pertinentes, ficará à disposição de quem possa interessar (em arquivo próprio do município, tesouraria e/ou contabilidade) e será publicado no Portal de Transparência do Município de Ribeirão do Pinhal, anexado o motivo da viagem.

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



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: 1821/2024

NOME: Eziqiel Martins

CARGO/FUNÇÃO: MOTORISTA

CPF: 050.972.659-39

N.º do Empenho da Liberação de Diárias:

DATA/HORA SAÍDA	DATA/HORA CHEGADA	TOTAL HORA	VALOR DIÁRIA	SAÍDA KM	CHEGADA KM	PLACA	DESTINO
05/11/24 04:00	05/11/24 14:00	8:00	49,00	159341	159462	BE 2 2792	Jacarezinho

RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO.

Utilização de Diárias

JUSTIFICATIVA: Transporte de pacientes a Jacarezinho no  
NO

VALOR SOLICITADO:

Número de Diária: \_\_\_\_\_

Valor Unitário da Diária: 49,00

Valor a Restituir: 49,00

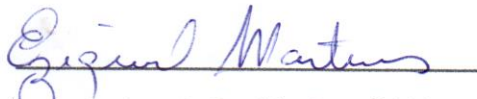
Valor total das Diárias: \_\_\_\_\_

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.

  
Assinatura do Servidor Beneficiário