



Processo Administrativo de Concessão de Diárias nº. 1822/2024
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: 30/10/2024 às 04:00hrs

Chegada: 30/10/2024 às 15:20hrs

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

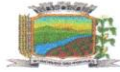
O presente documento está de acordo com as normas regulamentares pertinentes, ficará à disposição de quem possa interessar (em arquivo próprio do município, tesouraria e/ou contabilidade) e será publicado no Portal de Transparência do Município de Ribeirão do Pinhal, anexado o motivo da viagem.

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: 1822/2024

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
30/10/24 04:00	30/10/24 15:20	8:00	40,00	58514	58648	SDV 3A 47	fazezinho

RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO.

Utilização de Diárias

JUSTIFICATIVA: transporte de pacientes a fazezinho no N.º

VALOR SOLICITADO:

Número de Diária: _____

Valor Unitário da Diária: 40,00

Valor a Restituir: 40,00

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.

Eziqiel Martins
Assinatura do Servidor Beneficiário