

**Processo Administrativo de Concessão de Diárias nº. 2077/2024**  
**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 Cornélio Procópio e Londrina a tratamento de saúde.  
**Dias:** 17/12, 20/12 e 27/12.  
**Em:** 30 de dezembro de 2024.

\_\_\_\_\_  
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 dezembro de 2024.

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

**CONCESSÃO**

Concedo 03 diária de R\$40,00 solicitada. Requisite(m)-se e pague(m)-se;  
**Em,** 30 de dezembro de 2024.

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

**PAGAMENTO/RECEBIMENTO**

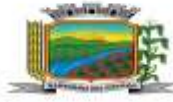
Paga a importância de **R\$120,00** (cento e vinte reais), referente à concessão de diária, através da conta corrente do Poder Executivo para a conta corrente do solicitante com nº. 62560-4, da agência nº 0717.

\_\_\_\_\_  
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: 2077/2024

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>27/02/24</u> <u>12:00</u>	<u>27/02/24</u> <u>23:45</u>	<u>06:45</u>	<u>4000</u>	<u>88678</u>	<u>88960</u>	<u>5 E 0</u> <u>9 E 2 B</u>	<u>Moandrina</u>

RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO

Utilização de Diárias

JUSTIFICATIVA: Transporte de pacientes para  
tratamento de saúde

VALOR SOLICITADO:

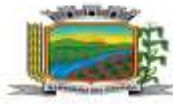
Nº de diária: \_\_\_\_\_

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



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

NÚMERO DIÁRIA: 277/2024 2

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>20/11/24</u> <u>05:30</u>	<u>20/11/24</u> <u>16:00</u>	<u>10:30</u>	<u>40,00</u>	<u>267392</u>	<u>267375</u>	<u>R3F</u> <u>4119</u>	<u>C. P. P. P. P.</u>

RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO

Utilização de Diárias

JUSTIFICATIVA: Transporte de pacientes para  
tratamento de saúde.

VALOR SOLICITADO:

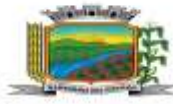
Nº de diária: \_\_\_\_\_

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



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

NÚMERO DIÁRIA: 2077/2024 ,

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
05:30	15:00	09:30	40,00	77293	77438	RCP 2682	C. Prolópio

RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO

Utilização de Diárias

JUSTIFICATIVA: Transporte de pacientes para tratamento de saúde

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