



**Processo Administrativo de Concessão de Diárias nº. 57/2024**  
**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 Arapongas à tratamento de saúde.  
**Saída:** 23/01/2023 as 04:20hrs  
**Chegada:** 23/01/2023 as 19:30hrs  
**Em:** 31 de janeiro 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,** 31 de janeiro de 2024.

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

**CONCESSÃO**

Concedo 01 diária de R\$125,00 solicitada. Requisite(m)-se e pague(m)-se;  
**Em,** 31 de janeiro 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. 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: 57/2024

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>23/01/24</u><br><u>04:20</u> | <u>23/01/24</u><br><u>19:30</u> | <u>15:10</u> | <u>125,00</u> | <u>43303</u> | <u>43663</u> | <u>SOZ</u><br><u>9667</u> | <u>Orapongá</u> |

**RELÁTÓRIO 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