



**Processo Administrativo de Concessão de Diárias nº. 627/2024**  
**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 Araongas para tratamento de saúde.  
**saída:** 02/05/2024 as 04:05hrs  
**chegada:** 02/05/2024 as 16:10hrs  
**Em,** 17 de maio 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:** 17 de maio de 2024.

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

**CONCESSÃO**

Concedo 01 diária de R\$125,00 solicitada. Requisite(m)-se e pague(m)-se;  
**Em:** 17 de maio de 2024.

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

**PAGAMENTO/RECEBIMENTO**

Paga a importância de **R\$125,00** (cento e vinte e cinco reais 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



PREFEITURA DE  
**RIBEIRÃO DO PINHAL**  
ESTADO DO PARANÁ

Secretaria Municipal de Saúde



PREFEITURA DE  
**RIBEIRÃO DO PINHAL**  
ESTADO DO PARANÁ

NUMERO DIÁRIA:

627/2024

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO DO PINHAL - PR

DIÁRIA DE MOTORISTAS

**NOME:** REINALDO PEREIRA BARREIRA

**CARGO/FUNÇÃO:** MOTORISTA DA SAÚDE

**CPF:** 027.030.439-88

**N.º do Empenho da Liberação de Diárias:**

DATA/HORA SAÍDA	DATA/HORA CHEGADA	TOTAL HORA	VALOR DIÁRIA	SAÍDA KM	CHEGADA KM	PLACA	DESTINO
02/05/24 04:05	02/05/24 16:10	12:05	125,00	44,457	44,794	SEE 5G.53	ARAPONGAS.

**RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO**

Utilização de Diárias

**1. JUSTIFICATIVA**

TRANSPORTAR PACIENTES PARA TRATAMENTO DE SAÚDE.

**VALOR SOLICITADO:**

**Número de Diária:**

**Valor Unitário das Diária:**

**Valor a Restituir:**

**Valor total das Diária:** 125,00

**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);

Assinatura do Servidor Beneficiário