



**Processo Administrativo de Concessão de Diárias nº. 634/2024**  
**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 Londrina para tratamento de saúde.  
**saída:** 14/05/2024 as 04:45hrs  
**chegada:** 14/05/2024 as 13:05hrs  
**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\$40,00 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\$40,00** (quarenta 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



NUMERO DIÁRIA: 634/2024

|  |
|--|
| 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  |
|-------------------|-------------------|------------|--------------|----------|------------|-------------|----------|
| 14/05/24<br>04:45 | 14/05/24<br>13:05 | 08:20      | 40,00        | 47,813   | 48,066     | 5E0<br>9E28 | LONDRINA |

**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:** 40,00

**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