



**Processo Administrativo de Concessão de Diária nº: 750/2024**  
**Proposta de Concessão**

**PROPONENTE**

**NOME:** JOÃO BATISTA DE OLIVEIRA  
**CARGO/FUNÇÃO:** MOTORISTA DA SAÚDE  
**CPF:** 881.902.349-00  
**LOCAL: SERVIÇO A SER EXECUTADO E PERÍODO DE AFASTAMENTO:** Transporte de paciente à cidade de Curitiba à tratamento de saúde.  
**saída:** 09/04/2024 às 00:00hrs  
**chegada:** 09/04/2024 à:s 21:20hrs  
**Em:** 27 de maio de 2024.

\_\_\_\_\_  
JOÃO BATISTA DE OLIVEIRA  
Proponente

**INFORMAÇÃO**

Existe disponibilidade orçamentária para a concessão da diária, através da dotação orçamentária.  
Conta de Despesa/Natureza da despesa: \_\_\_\_\_  
**Em,** 27 de maio de 2024.

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

**CONCESSÃO**

Concedo 01 diária de R\$187,50 solicitada. Requisite(m)-se e pague(m)-se;  
**Em,** 27 de maio de 2024.

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

**PAGAMENTO/RECEBIMENTO**

Paga a importância de **R\$187,50** (cento e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), referente à concessão de diária, através da conta corrente do Poder Executivo para a conta corrente do solicitante com nº. 03281-0, 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



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

NÚMERO DIÁRIA: 750/2024

NOME: JOÃO BATISTA DE OLIVEIRA

CPF: 881.902.349-00

Nº do Empenho da Liberação de Diárias:

DATA/HORA SAÍDA	DATA/HORA CHEGADA	TOTAL HORA	VALOR DIÁRIA	SAÍDA KM	CHEGADA KM	PLACA	DESTINO
09/04/2024 0:00	09/04/2024 21:20	21:20	187,50	256086	256830	BDF 4HJ9	Curitiba

RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO

Utilização de Diárias

JUSTIFICATIVA: Levar pacientes em Curitiba

VALOR SOLICITADO:

Nº de diária: \_\_\_\_\_

Valor unitário das diárias: \_\_\_\_\_ Valor a restituir: R\$ 187,50

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).

JOÃO BATISTA DE OLIVEIRA