



**Processo Administrativo de Concessão de Diárias nº. 934/2024**  
**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 e Arapongas para tratamento de saúde.  
**saída:** 11/06/2024 as 04:00hrs  
**chegada:** 11/06/2024 as 14:00hrs  
**Em,** 01 de julho 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:** 01 de julho de 2024.

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

**CONCESSÃO**

Concedo 01 diária de R\$62,50 solicitada. Requisite(m)-se e pague(m)-se;  
**Em:** 01 de julho de 2024.

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

**PAGAMENTO/RECEBIMENTO**

Paga a importância de **R\$62,50** (sessenta e dois reais e cinquenta centavos) 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: 934/2024

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
11/06/24 04:00	11/06/24 14:00	10:00	62,50	53.253	53.603	SEE 5G58	ARAQUAAS + LONDINA

**RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO**  
Utilização de Diárias

**1. JUSTIFICATIVA**

TRANSPORTE DE PACIENTES PARA TRATAMENTO DE SAÚDE.

**VALOR SOLICITADO:**

<b>Número de Diária:</b>	
<b>Valor Unitário das Diária:</b>	<b>Valor a Restituir:</b>
<b>Valor total das Diária:</b> 62,50	

**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);

Rinaldo P. B.

Assinatura do Servidor Beneficiário