



Processo Administrativo de Concessão de Diárias nº. 1123/2024
Proposta de Concessão

PROPONENTE

NOME: FRANCISCO CLÁUDIO ADRIANO
CARGO/FUNÇÃO: MOTORISTA DA SAÚDE
CPF: 556.662.569-04
LOCAL: SERVIÇO A SER EXECUTADO E PERÍODO DE AFASTAMENTO: Transporte de pacientes à cidade de Curitiba à tratamento de saúde.
Saída: 18/07/2024 às 23:00hrs
Chegada: 19/07/2024 às 22:00hrs
Em: 29 de Julho de 2024.

FRANCISCO CLÁUDIO ADRIANO
Proponente

INFORMAÇÃO

Existe disponibilidade orçamentária para a concessão da diária, através da dotação orçamentária.
Conta de Despesa/Natureza da despesa: _____
Em: 29 de Julho de 2024.

Marcelo Corinth
Contador

CONCESSÃO

Concedo 01 diárias de R\$182,00 solicitada. Requisite(m)-se e pague(m)-se;
Em, 29 de Julho de 2024.

Dartagnan Calixto Fraiz
Prefeito Municipal

PAGAMENTO/RECEBIMENTO

Paga a importância de **R\$182,00** (Cento e oitenta e dois reais), referente à concessão de diária, através da conta corrente do Poder Executivo para a conta corrente do solicitante com nº. 03279-4, 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.

Izaque Olimpio de Farias
Assinatura do Responsável



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

Secretaria Municipal de Saúde



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

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE-RIBEIRÃO DO PINHAL-PR

NUMERO DIÁRIA: _____
NOME: FRANCISCO CLÁUDIO ADRIANO
CARGO/FUNÇÃO: MOTORISTA DA SAÚDE
CPF: 556.662.569-04

12
1123

N.º do Empenho da Liberação de Diárias:

DATA/HORA SAÍDA	DATA/HORA CHEGADA	TOTAL HORA	VALOR DIÁRIA	SAÍDA KM	CHEGADA KM	PLACA	DESTINO
18-07 23:00	19-07 22:00	22	18200	63654	64440	VAN SEE 5 6-53	LUITISA

RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO
Utilização de Diárias

1. JUSTIFICATIVA

Transporte de Pacientes da Saúde.

VALOR SOLICITADO:

Número de Diária: _____
 Valor Unitário das Diária: _____ Valor a Restituir: _____
 Valor total das Diária: _____

- 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);
- 6. Declaro para os devidos fins que todas as informações prestadas são da responsabilidade do beneficiário solicitante.**

(Handwritten Signature)

Assinatura do Servidor Beneficiário