



Processo Administrativo de Concessão de Diárias nº. 1390/2024
Proposta de Concessão

PROPONENTE

NOME: CLÁUDIO ROBERTO FIRMINO
CARGO/FUNÇÃO: MOTORISTA DA SAÚDE
CPF: 018.474.589-63
LOCAL: SERVIÇO A SER EXECUTADO E PERÍODO DE AFASTAMENTO: Transporte de paciente à cidade de Londrina à tratamento de saúde.
Saída: 28/08/2024 às 05:30hrs
Chegada: 28//08/2024 às 17:40hrs
Em, 03 de Setembro de 2024.

CLÁUDIO ROBERTO FIRMINO
Proponente

INFORMAÇÃO

Existe disponibilidade orçamentária para a concessão da diária, através da dotação orçamentária.
Conta de Despesa/Natureza da despesa: _____
Em: 03 de Setembro de 2024.

Marcelo Corinth
Contador

CONCESSÃO

Concedo 01 diária de R\$80,00 solicitada. Requisite(m)-se e pague(m)-se;
Em: 03 de Setembro de 2024.

Dartagnan Calixto Fraiz
Prefeito Municipal

PAGAMENTO/RECEBIMENTO

Paga a importância de **R\$80,00** (Oitenta reais) referente à concessão de diária, através da conta corrente do Poder Executivo para a conta corrente do solicitante com o nº: 9681-4 da agência Banco do Brasil 47-7

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



Secretaria Municipal de Saúde

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

NÚMERO DIÁRIA: 1390/2024

NOME: CLÁUDIO ROBERTO FERMINO

CPF: 018.474.589-63

Nº do Empenho da Liberação de Diárias:

| DATA/HORA SAÍDA | DATA/HORA CHEGADA | TOTAL HORA | VALOR DIÁRIA | SAÍDA KM | CHEGADA KM | PLACA | DESTINO |
|-----------------|-------------------|--------------|--------------|--------------|-------------|-------------|-----------------|
| <u>28/08/24</u> | <u>28/08/24</u> | <u>12:40</u> | <u>80,00</u> | <u>62007</u> | <u>6232</u> | <u>860</u> | <u>Londrina</u> |
| <u>05:30</u> | <u>17:10</u> | | | | | <u>9E37</u> | |

RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO

Utilização de Diárias

JUSTIFICATIVA: Transferência do Paciente Para - Londrina

VALOR SOLICITADO:

Nº de diária: _____

Valor unitário das diárias: _____ Valor a restituir: 800,00

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).


CLÁUDIO ROBERTO FERMINO