



Processo Administrativo de Concessão de Diárias nº. 1502/2024
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 a tratamento de saúde.
Saída: 02/08/2024 às 00:10hrs
Chegada: 02/08/2024 às 17:00hrs
Em: 19 de Setembro 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: 19 de Setembro de 2024

Marcelo Corinth
Contador

CONCESSÃO

Concedo 01 diária de R\$182,00 solicitada. Requisite(m)-se e pague(m)-se;
Em, 19 de Setembro 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

9

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

Nº DA DIÁRIA: 1502/2024

N.º do Empenho da Liberação de Diárias:

DATA/HORA SAÍDA	DATA/HORA CHEGADA	TOTAL HORA	VALOR DIÁRIA	SAÍDA KM	CHEGADA KM	PLACA	DESTINO
02/09 00:10	02/09 17:00	17	18200	62844	63685	A.3.20 R.14V4 E.95	CURITIBA

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.

(Assinatura manuscrita)

Assinatura do Servidor Beneficiário