



**Processo Administrativo de Concessão de Diárias nº. 1509/2024**  
**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 Jacarezinho a tratamento de saúde.  
**Saída:** 13/09/2024 às 04:22hrs  
**Chegada:** 13/09/2024 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\$40,00 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\$40,00** (Quarenta 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



16

NUMERO DIÁRIA:

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

1. NOME:  
 2. CARGO/FUNÇÃO:  
 3. CPF: Nº DA DIÁRIA: 1509 12024  
 N.º do Empenho da Liberação de Diárias:

DATA/HORA SAÍDA	DATA/HORA CHEGADA	TOTAL HORA	VALOR DIÁRIA	SAÍDA KM	CHEGADA KM	PLACA	DESTINO
<u>13/09</u>	<u>13/09</u>	<u>13</u>	<u>4000</u>	<u>150874</u>	<u>154893</u>	<u>602</u> <u>RED 2</u> <u>A-92</u>	<u>Jacarezinho</u>

**RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO**

Utilização de Diárias

**4. JUSTIFICATIVA**

*Transporte de pacientes da saúde.*

**4. VALOR SOLICITADO:**

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

**5. LOCOMOÇÃO**

Veículo:	Placa:
Frota:	Particular:

**6. 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);

**7. Certificado ou documento que comprove a participação em evento pública ou o serviço prestado, se for o caso;**

(colar em folhas anexadas este relatório);

  
 \_\_\_\_\_  
 Assinatura do Servidor Beneficiário