



Processo Administrativo de Concessão de Diárias nº. 1511/2024
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 Londrina, Santa Mariana e Bandeirantes a tratamento de saúde.

Saída: 14/09/2024 às 15:00hrs

Chegada: 15/09/2024 às 01:00hrs

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\$62,50 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\$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 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

18

NUMERO DIÁRIA:

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

1. NOME:

2. CARGO/FUNÇÃO:

3. CPF:

Nº DA DIÁRIA: *1511/2024*

N.º do Empenho da Liberação de Diárias:

DATA/HORA SAÍDA	DATA/HORA CHEGADA	TOTAL HORA	VALOR DIÁRIA	SAÍDA KM	CHEGADA KM	PLACA	DESTINO
<i>14/09</i>	<i>14/09</i>					<i>ES/PR</i>	
<i>14:00</i>	<i>01:00</i>	<i>11</i>	<i>6250</i>	<i>161925</i>	<i>16567</i>	<i>S.F.D.5 J.53</i>	<i>Londrina Santa Mariana Bandeirantes</i>

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]

Assinatura do Servidor Beneficiário