



**Processo Administrativo de Concessão de Diárias nº. 1523/2023**  
**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 paciente à cidade de Curitiba e Campo Largo a à tratamento de saúde.  
**Saída:** 11/12/2023 às 23:30hrs  
**Chegada:** 12/12/2023 às 22:30hrs  
**Em:** 14 de dezembro de 2023.

\_\_\_\_\_  
FRANCISCO CLÁUDIO ADRIANO  
Proponente

**INFORMAÇÃO**

Existe disponibilidade orçamentária para a concessão da diária, através da dotação orçamentária.  
Conta de Despesa/Natureza da despesa: \_\_\_\_\_  
**Em:** 14 de dezembro de 2023.

\_\_\_\_\_  
Marcelo Corinth  
Contador

**CONCESSÃO**

Concedo 01 diárias de R\$187,50 solicitada. Requisite(m)-se e pague(m)-se;  
**Em,** 14 de dezembro de 2023.

\_\_\_\_\_  
Dartagnan Calixto Fraiz  
Prefeito Municipal

**PAGAMENTO/RECEBIMENTO**

Paga a importância de **R\$187,50** (cento e oitenta e sete 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**

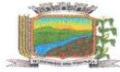
O presente documento está de acordo com as normas regulamentares pertinentes, ficará à disposição de quem possa interessar (em arquivo próprio do município, tesouraria e/ou contabilidade) e será publicado no Portal de Transparência do Município de Ribeirão do Pinhal, anexado o motivo da viagem.

\_\_\_\_\_  
Adilson Martins Inácio  
Assinatura do Responsável



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

Secretaria Municipal de Saúde



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

10

NUMERO DIÁRIA: 1521/2023

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

NOME: FRANCISCO CLÁUDIO ADRIANO

CARGO/FUNÇÃO: MOTORISTA DA SAÚDE

CPF: 556.662.569-04

**N.º do Empenho da Liberação de Diárias:**

DATA/HORA SAÍDA	DATA/HORA CHEGADA	TOTAL HORA	VALOR DIÁRIA	SAÍDA KM	CHEGADA KM	PLACA VAN	DESTINO
11/12 23:30	12/12 22:30	23	187,50	25317	20112	SEE 5 6 93	Quitiba + L. Largo.

**RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO**

Utilização de Diárias

**1. JUSTIFICATIVA**

Transporte Pacientes da Saúde.

VALOR SOLICITADO:

Número de Diária:

187,50

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);

Assinatura do Servidor Beneficiário