



Processo Administrativo de Concessão de Diárias nº. 1525/2024
Proposta de Concessão

PROPONENTE

NOME: Ronaldo Roberto Batista Pereira
CARGO/FUNÇÃO: MOTORISTA
CPF: 041.195.519-54
LOCAL: SERVIÇO A SER EXECUTADO E PERÍODO DE AFASTAMENTO: Transporte de paciente à cidade de Umuarama à tratamento de saúde.
Saída: 14/09/2024 às 03:00hrs
Chegada: 14/09/2024 às 16:30hrs
Em, 19 de Setembro de 2024.

Ronaldo Roberto Batista Pereira
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\$200,00 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\$200,00** (Duzentos reais) referente à concessão de diária, através da conta corrente do Poder Executivo para a conta corrente do solicitante com o nº: 0008490-2 da agência: 3882 ITAÚ

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

NUMERO DIÁRIA: 1525/2024
Nome: Ronaldo Roberto Batista Pereira
CARGO/FUNÇÃO: Motorista
CPF: 041.195.519-54

N.º do Empenho da Liberação de Diárias:

DATA/HORA SAÍDA	DATA/HORA CHEGADA	TOTAL HORA	VALOR DIÁRIA	SAÍDA KM	CHEGADA KM	PLACA	DESTINO
14/9/24 03:00	14/9/24 16:30	16:30	200,00	65.600	66.380	HB20 R.HV4E95	Umuarama

RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO.

Utilização de Diárias

JUSTIFICATIVA: Transporte paciente para tratamento
Saudi

VALOR SOLICITADO:

Número de Diária: _____

Valor Unitário da Diária: _____

Valor a Restituir: _____

Valor total das Diárias: _____

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.

Ronaldo R.B. Pereira

Assinatura do Servidor Beneficiário