



Processo Administrativo de Concessão de Diárias nº. 1888/2024
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 e Campo Largo a tratamento de saúde.

Saída: 07/11/2024 às 07:00hrs

Chegada: 07/11/2024 às 00:10hrs

Em: 11 de novembro 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: 11 de novembro de 2024.

Marcelo Corinth
Contador

CONCESSÃO

Concedo 01 diária de R\$250,00 solicitada. Requisite(m)-se e pague(m)-se;

Em, 11 de novembro de 2024.

Dartagnan Calixto Fraiz
Prefeito Municipal

PAGAMENTO/RECEBIMENTO

Paga a importância de **R\$250,00** (duzentos e cinquenta 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.

Adilson Martins Inácio
Assinatura do Responsável



B

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – RIBEIRÃO DO PINHAL – PR
DIÁRIA DE MOTORISTAS**

NÚMERO DIÁRIA: 1888/2024
NOME: FRANCISCO CLÁUDIO ADRIANO
CPF: 556.662.569-04

Nº do Empenho da Liberação de Diárias:

DATA/HORA SAÍDA	DATA/HORA CHEGADA	TOTAL HORA	VALOR DIÁRIA	SAÍDA KM	CHEGADA KM	PLACA Van	DESTINO
<u>07/11</u> <u>00:20</u>	<u>07/11</u> <u>00:10</u>	<u>24</u>	<u>250,00</u>	<u>59374</u>	<u>60230</u>	<u>SBV</u> <u>3A47</u>	<u>CURITIBA</u> <u>C. UENO</u> <u>Angelina</u> <i>acom</i>

RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO

Utilização de Diárias

JUSTIFICATIVA: Transporte de Pacientes
da Saúde.

VALOR SOLICITADO:

Nº de diária: _____
Valor unitário das diárias: _____ Valor a restituir: 250,00
Valor total das diárias: _____

- Canhotos, comprovantes das viagens de ônibus ou avião, pedágios, gastos com combustíveis, gastos com pousadas, comprovantes de devolução de valor (anexar);
- Certificado ou documento que comprove a participação em evento público ou o serviço prestado, se for o caso (anexar).

FRANCISCO CLÁUDIO ADRIANO