



**Processo Administrativo de Concessão de Diárias nº. 1946/2024**  
**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 Cornélio Procópio a tratamento de saúde.

**Saída:** 19/11/2024 às 07:00hrs

**Chegada:** 19/11/2024 às 00:10hrs

**Em:** 25 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:** 25 de novembro de 2024.

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

**CONCESSÃO**

Concedo 01 diária de R\$40,00 solicitada. Requisite(m)-se e pague(m)-se;

**Em,** 25 de novembro 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.

\_\_\_\_\_  
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

7

NUMERO DIÁRIA:

*1946/2024*

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

1. NOME:
  2. CARGO/FUNÇÃO:
  3. CPF:
- 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>19/11</i>	<i>19/11</i>	<i>9</i>	<i>4000</i>	<i>100368</i>	<i>100540</i>	<i>ônibus 5059 D-53</i>	<i>Comenda Procampo</i>
<i>05:40</i>	<i>1500</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 do Servidor Beneficiário