



**Processo Administrativo de Concessão de Diárias nº. 1949/2024**  
**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 e Santa Mariana a tratamento de saúde.

**Saída:** 12/11/2024 às 05:30hrs

**Chegada:** 12/11/2024 às 18:37hrs

**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\$80,00 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\$80,00** (oitenta 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



1

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

NÚMERO DIÁRIA: 1949/2024  
 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 ÔNIBUS	DESTINO
12/11 0530	12/11 1837	12	80,00	77250	77480	S.D.Z. 9667	LOCOPIS SANTA MARIANA

**RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO**

Utilização de Diárias

JUSTIFICATIVA: TRANSPORTE DE PACIENTES DA SAUDE

**VALOR SOLICITADO:**

Nº de diária: \_\_\_\_\_  
 Valor unitário das diárias: \_\_\_\_\_ Valor a restituir: 80,00  
 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