

Processo Administrativo de Concessão de Diárias nº. 2065/2024

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.

Dias: 26/11, 02/12 e 09/12.

Em: 17 de dezembro 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: 17 de dezembro de 2024.

Marcelo Corinth
Contador

CONCESSÃO

Concedo 03 diárias de R\$187,50 solicitada. Requisite(m)-se e pague(m)-se;
Em, 17 de dezembro de 2024.

Dartagnan Calixto Fraiz
Prefeito Municipal

PAGAMENTO/RECEBIMENTO

Paga a importância de **R\$562,50** (quinhentos e sessenta e dois 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



6

RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO

Utilização de Diárias

IDENTIFICAÇÃO 2065/2024 1

Órgão: PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO DO PINHAL

Unidade Administrativa: SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO DO PINHAL

NOME: FRANCISCO CLÁUDIO ADRIANO

CARGO/FUNÇÃO: MOTORISTA DA SAÚDE

CPF: 556.662.569-04

DESTINO DO SERVIDOR BENEFICIÁRIO

DATA/HORA SAÍDA	DATA/HORA CHEGADA	TOTAL HORA	VALOR DIÁRIA	SAÍDA KM	CHEGADA KM	PLACA	DESTINO
02/12	03/12	21	18750	62730	63479	VAN	CURITIBA
19:31	21:00					SDY 3 A.47	

JUSTIFICATIVA

Transporte de pacientes da saúde.

4. VALOR SOLICITADO:

Números de Diárias:

Valor Unitário das Diárias:

Valor Total: 18750

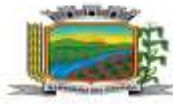
6. Canhotos comprovantes das viagens de Ônibus ou Avião, pedágios, gastos com combustíveis, gastos com pousadas, comprovantes de devolução de valor;

(colar em folhas anexadas este relatório);

7. Certificado ou documento que comprove a participação em evento publica ou o serviço prestado, se for o caso;

(colar em folhas anexadas este relatório);

Assinatura do Servidor Beneficiário



11

RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO

Utilização de Diárias

IDENTIFICAÇÃO 2065/2024 2

Órgão: PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO DO PINHAL
Unidade Administrativa: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO DO PINHAL
NOME: FRANCISCO CLÁUDIO ADRIANO
CARGO/FUNÇÃO: MOTORISTA DA SAÚDE
CPF: 556.662.569-04

DESTINO DO SERVIDOR BENEFICIÁRIO

DATA/HORA SAÍDA	DATA/HORA CHEGADA	TOTAL HORA	VALOR DIÁRIA	SAÍDA KM	CHEGADA KM	PLACA	DESTINO
09/12	10/12	22	18750	1002412	101299	VAN	CURITIBA. CARGO. A. CARON.
23:30	2246					SEE S 6-53	

JUSTIFICATIVA

TRANSPORTE de Pacientes da Saúde.

4. VALOR SOLICITADO:

Números de Diárias:

Valor Unitário das Diárias: Valor Total: 187,50

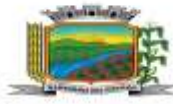
6. Canhotos comprovantes das viagens de Ônibus ou Avião, pedágios, gastos com combustíveis, gastos com pousadas, comprovantes de devolução de valor;

(colar em folhas anexadas este relatório);

7. Certificado ou documento que comprove a participação em evento publica ou o serviço prestado, se for o caso;

(colar em folhas anexadas este relatório);

Assinatura do Servidor Beneficiário



2/

RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO

Utilização de Diárias

IDENTIFICAÇÃO 1065/2024 3

Órgão: PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO DO PINHAL

Unidade Administrativa: SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO DO PINHAL

NOME: FRANCISCO CLÁUDIO ADRIANO

CARGO/FUNÇÃO: MOTORISTA DA SAÚDE

CPF: 556.662.569-04

DESTINO DO SERVIDOR BENEFICIÁRIO

DATA/HORA SAÍDA	DATA/HORA CHEGADA	TOTAL HORA	VALOR DIÁRIA	SAÍDA KM	CHEGADA KM	PLACA	DESTINO
<u>26/11</u>	<u>27/11</u>	<u>23</u>	<u>187,50</u>	<u>28456</u>	<u>29255</u>	<u>691W</u> <u>SFE</u> <u>4. A. 72</u>	<u>CURITIBA</u> <u>C. Lavago</u> <u>4. BARRA</u>
<u>23:30</u>	<u>23:20</u>						

JUSTIFICATIVA

TRANSPORTE de Doentes da Saúde.

4. VALOR SOLICITADO:

Números de Diárias:

Valor Unitário das Diárias:

Valor Total: 187,50

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 publica ou o serviço prestado, se for o caso;

(colar em folhas anexadas este relatório);

Assinatura do Servidor Beneficiário