



**Processo Administrativo de Concessão de Diárias nº. 713/2024**  
**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 paciente à cidade de Londrina e Araçongas à tratamento de saúde.  
**Saída:** 29/04/2024 às 10:00hrs  
**Chegada:** 29/04/2024 às 18:00hrs  
**Em:** 22 de maio 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:** 22 de maio de 2024.

Marcelo Corinth  
Contador

**CONCESSÃO**

Concedo 01 diárias de R\$62,50 solicitada. Requisite(m)-se e pague(m)-se;  
**Em,** 22 de maio de 2024.

Dartagnan Calixto Fraiz  
Prefeito Municipal

**PAGAMENTO/RECEBIMENTO**

Paga a importância de **R\$62,50** (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



**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

3

NUMERO DIÁRIA: 713/2024  
 NOME: FRANCISCO CLÁUDIO ADRIANO  
 CARGO/FUNÇÃO: MOTORISTA DA SAÚDE  
 CPF: 556.662.569-04

**N.º do Empenho da Liberação de Diárias:**

DATA/HORA SAÍDA	DATA/HORA CHEGADA	TOTAL HORA	VALOR DIÁRIA	SAÍDA KM	CHEGADA KM	PLACA	DESTINO
<u>29/04 10:00</u>	<u>29/04 18:00</u>	<u>8</u>	<u>62,50</u>	<u>141205</u>	<u>141490</u>	<u>BEW 2 A.92</u>	<u>Londrina Anexo-Jos</u>

**RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO**

Utilização de Diárias

**1. JUSTIFICATIVA**

*TRANSPORTE de Pacientes da Saúde.*

**VALOR SOLICITADO:**

**Número de Diária:**

**Valor Unitário das Diária:**

**Valor a Restituir:** 62,50

**Valor total das Diária:**

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

**5. Certificado ou documento que comprove a participação em evento pública ou o serviço prestado, se for o caso;**

\_\_\_\_\_  
 Assinatura do Servidor Beneficiário