



**Processo Administrativo de Concessão de Diárias nº. 720/2024**  
**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 Curitiba e Campo Largo à tratamento de saúde.  
**Saída:** 09/05/2024 às 00:40hrs  
**Chegada:** 10/05/2024 às 01:15hrs  
**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\$250,00 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\$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



**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

NUMERO DIÁRIA: 7/20/2024  
 NOME: FRANCISCO CLÁUDIO ADRIANO  
 CARGO/FUNÇÃO: MOTORISTA DA SAÚDE  
 CPF: 556.662.569-04

10

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

DATA/HORA SAÍDA	DATA/HORA CHEGADA	TOTAL HORA	VALOR DIÁRIA	SAÍDA KM	CHEGADA KM	PLACA Van.	DESTINO
00:40	01:15	24/30	25000	260753		B.D.F	CURITIBA + C. GRUPO.
00/05	10/05				261526	#. 19	

**RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO**  
Utilização de Diárias

**1. JUSTIFICATIVA**

*Transporte de Pacientes da Saúde.*

**VALOR SOLICITADO:**

**Número de Diária:**


**Valor Unitário das Diária:**

**Valor a Restituir:**

**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