



Processo Administrativo de Concessão de Diárias nº. 913/2024
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: 23/05/2024 às 18:45hrs
Chegada: 24/05/2024 às 22:00hrs
Em: 28 de junho 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: 28 de junho de 2024.

Marcelo Corinth
Contador

CONCESSÃO

Concedo 01 diárias de R\$250,00 solicitada. Requisite(m)-se e pague(m)-se;
Em, 28 de junho 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

2

NUMERO DIÁRIA: 913/2024
 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
23/05 18:45	24/05 22:00	22	250,00 250,00	185165	18665	ESPIN F.D.H 5B.82	curitiba c. laebo

RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO
Utilização de Diárias

1. JUSTIFICATIVA

Transporte de Paciente da Saúde.

VALOR SOLICITADO:

Número de Diária: 250,00
 Valor Unitário das Diária: _____ Valor a Restituir: _____
 Valor total das Diária: 250,00

4. 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);

5. 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