



Processo Administrativo de Concessão de Diárias nº. 434/2023
Proposta de Concessão

PROPONENTE

NOME: ISRAEL BARCELOS DE REZENDE

CARGO/FUNÇÃO: MOTORISTA DA SAÚDE

CPF: 074.537.008-09

LOCAL: SERVIÇO A SER EXECUTADO E PERÍODO DE AFASTAMENTO: Transporte de paciente à cidade de Jacarezinho à tratamento de saúde

saída: 12/06/2023 às 05:00hrs

chegada: 12/06/2023 às 12:30hrs

Em, 19 de junho de 2023.

ISRAEL BARCELOS DE REZENDE
Proponente

INFORMAÇÃO

Existe disponibilidade orçamentária para a concessão da diária, através da dotação orçamentária.

Conta de Despesa/Natureza da despesa: _____

Em: 19 de junho de 2023.

Marcelo Corinth
Contador

CONCESSÃO

Concedo 01 diárias de R\$40,00 solicitada. Requisite(m)-se e pague(m)-se;

Em: 19 de junho de 2023.

Dartagnan Calixto Fraiz
Prefeito Municipal

PAGAMENTO/RECEBIMENTO

Paga a importância de **R\$40,00** (quarenta reais), referente à concessão de diária, através da conta corrente do Poder Executivo para a conta corrente do solicitante com o nº. 18.565-5, da agência nº.0652-1.

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



PREFEITURA DE
RIBEIRÃO DO PINHAL

ESTADO DO PARANÁ

NUMERO DIÁRIA:

434/2021

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO DO PINHAL - PR

DIÁRIA DE MOTORISTAS

1. NOME: ISRAEL BARCELLOS DE REZENDE
 2. CARGO/FUNÇÃO: MOTORISTA
 3. CPF: 074.537.00809
- N.º do Empenho da Liberação de Diárias:

DATA/HORA SAÍDA	DATA/HORA CHEGADA	TOTAL HORA	VALOR DIÁRIA	SAÍDA KÍM	CHEGADA KÍM	PLACA	DESTINO
12/06/23 05:00	12/06/23 12:30	7:30	40,00	8.046	8232	RHY 4E95	Jacarezinho

RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO

Utilização de Diárias

4. JUSTIFICATIVA

12/06/2023 Jacarezinho - Levar Paciente P
Tratamento de Saúde

4. VALOR SOLICITADO:

Número de Diária:

Valor Unitário das Diária:

Valor a Restituir:

Valor total das Diária:

40,00 REAL

5. LOCOMOÇÃO

Veículo: H1320

Placa: RHY 4E95

Frota: SAÚDE

Particular: F.M.S.

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 pública ou o serviço prestado, se for o caso;

(colar em folhas anexadas este relatório);

Assinatura do Servidor Beneficiário