



**Processo Administrativo de Concessão de Diárias nº.219/2023**  
**Proposta de Concessão**

**PROPONENTE**

**NOME:** VALDECIR DE JESUS

**CARGO/FUNÇÃO:** MOTORISTA DA SAÚDE

**CPF:** 556.662.809-53

**LOCAL: SERVIÇO A SER EXECUTADO E PERÍODO DE AFASTAMENTO:** Transporte de paciente à cidade de Cornélio Procópio e Santa Mariana à tratamento de saúde.

**de:** 25/04/2023

**à:** 05/05/2023

**Em,** 09 de maio de 2023 \_\_\_\_\_

VALDECIR DE JESUS

Proponente

**INFORMAÇÃO**

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

Conta de Despesa/Natureza da despesa: \_\_\_\_\_

**Em:** 09 de maio de 2023

\_\_\_\_\_  
Marcelo Corinth

Contador

**CONCESSÃO**

Concedo 07 diárias de R\$40,00 solicitada. Requisite(m)-se e pague(m)-se;

**Em:** 09 de maio de 2023

\_\_\_\_\_  
Dartagnan Calixto Fraiz

Prefeito Municipal

**PAGAMENTO/RECEBIMENTO**

Paga a importância de **R\$280,00** (duzentos e oitenta reais), referente à concessão de diária, através da conta corrente do Poder Executivo para a conta corrente do solicitante com o nº. 12.727-1, 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



NUMERO DIÁRIA:

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO DO PINHAL - PR  
DIÁRIAS DE MOTORISTAS

MOTORISTA

*Naldemar de Jesus*  
219/2023

DATA/HORA SAÍDA	DATA/HORA CHEGADA	TOTAL HORA	VALOR DIÁRIA	SAÍDA KM	CHEGADA KM	PLACA	DESTINO/JUSTIFICATIVA	ASSINATURA
25.04.2023 05.30	25.04.2023 16.30	11.00	40,00	122484	122755	BCW3F15	Cornelio	Naldemar
26.04.2023 05.30	26.04.2023 17.00	11.30	40,00	122755	122958	BCW3F15	Cornelio	Naldemar
27.04.2023 05.30	27.04.2023 17.00	11.30	40,00	29623	89763	SD59243	Cornelio	Naldemar
02.05.2023 05.30	02.05.2023 17.30	12.00	40,00	123338	123478	BCW3F15	Cornelio	Naldemar
03.04.2023 05.30	03.04.2023 16.00	10.30	40,00	123478	123619	BCW3F15	Cornelio	Naldemar
04.05.2023 05.30	04.05.2023 16.00	10.30	40,00	123619	123784	BCW3F15	Cornelio	Naldemar
05.05.2023 05.30	05.05.2023 19.00	13.30	40,00	123784	123937	BCW3F15	Cornelio esta matutino	Naldemar



**RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO**  
Utilização de Diárias

**1. IDENTIFICAÇÃO**

**Órgão:** PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO DO PINHAL  
**Unidade Administrativa:** SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO DO PINHAL  
**Nome do Servidor Beneficiário:** *Valdeci de Jesus*  
**CPF:**  
**N.º do Empenho da Liberação de Diárias:**

**2. DESTINO DO SERVIDOR BENEFICIÁRIO**

**Destino:**  
**Data de Saída:** **Hora da Saída:**  
**Data de Chegada:** **Hora da Chegada:**

**3. JUSTIFICATIVA**

25.04.2023 — — *Cornelio*  
26.04.2023 — — *Cornelio*  
27.04.2023 — — *Cornelio*  
02.05.2023 — — *Cornelio*  
03.05.2023 — — *Cornelio*  
04.05.2023 — — *Cornelio*  
05.05.2023 — — *Cornelio*



**4. VALOR SOLICITADO:**

Números de Diárias: **07 DE 40,00**

Valor Unitário das Diárias:

Valor a Restituir:

Valor total das Diárias: **280,00**

**5. LOCOMOÇÃO**

Veículo:

Placa:

Frota:

Particular:

**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);

*Valdeci de Jesus*

Assinatura do Servidor Beneficiário