



**Processo Administrativo de Concessão de Diárias nº.336/2023**  
**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.

**Saída:** 24/05/2023 às 5:30hrs

**Chegada:** 24/05/2023 às 17:30hrs

**Em,** 29 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:** 29 de maio de 2023

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

**CONCESSÃO**

Concedo 01 diárias de R\$80,00 solicitada. Requisite(m)-se e pague(m)-se;

**Em:** 29 de maio de 2023

\_\_\_\_\_  
Dartagnan Calixto Fraiz  
Prefeito Municipal

**PAGAMENTO/RECEBIMENTO**

Paga a importância de **R\$80,00** (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:

336/2023

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO DO PINHAL - PR

DIÁRIA DE MOTORISTAS

1. NOME: *Valdeci de Jesus*  
2. CARGO/FUNÇÃO: *Motorista*  
3. CPF:

N.º do Empenho da Liberação de Diárias:

DATA/HORA SAÍDA	DATA/HORA CHEGADA	TOTAL HORA	VALOR DIÁRIA	SAÍDA KM	CHEGADA KM	PLACA	DESTINO
<i>24.05.2023 5.30</i>	<i>24.05.2023 7.30</i>	<i>12.00</i>	<i>80.00</i>	<i>72</i>	<i>77</i>	<i>93</i>	<i>90V3A47 Condio STA Mariana</i>

RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO

Utilização de Diárias

4. JUSTIFICATIVA

*levar paciente Cornelia e STA Mariana*

4. VALOR SOLICITADO:

Número de Diária:

Valor Unitário das Diária:

Valor total das Diária:

Valor a Restituir:

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 pública ou o serviço prestado, se for o caso;

(colar em folhas anexadas este relatório);

*Valdeci de Jesus*

Assinatura do Servidor Beneficiário