



**Processo Administrativo de Concessão de Diárias nº. 466/2023**  
**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 Londrina, Araçongas e Rolândia à tratamento de saúde.

**Saída:** 07/06/2023 às 04:20hrs

**Chegada:** 07/06/2023 às 22:00hrs

**Em:** 21 de junho de 2023.

\_\_\_\_\_  
FRANCISCO CLÁUDIO ADRIANO  
Proponente

**INFORMAÇÃO**

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

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

**Em:** 21 de junho de 2023.

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

**CONCESSÃO**

Concedo 01 diárias de R\$125,00 solicitada. Requisite(m)-se e pague(m)-se;

**Em,** 21 de junho de 2023.

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

**PAGAMENTO/RECEBIMENTO**

Paga a importância de **R\$125,00** (cento e vinte e cinco 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

NUMERO DIÁRIA:

466/2023

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

1. NOME: FRANCISCO CLAUDIO ADRIANO
  2. CARGO/FUNÇÃO: motorista
  3. CPF: 550.662.569.04
- N.º do Empenho da Liberação de Diárias:

| DATA/HORA SAÍDA | DATA/HORA CHEGADA | TOTAL HORA | VALOR DIÁRIA | SAÍDA KM | CHEGADA KM | PLACA                   | DESTINO                               |
|-----------------|-------------------|------------|--------------|----------|------------|-------------------------|---------------------------------------|
| 07-06<br>04:20  | 07-06<br>22:00    | 16         | 12500        | 220472   | 220857     | Van<br>B.D.F.<br>4.H.19 | Londrina.<br>+ Acuponga<br>+ Rolândia |

RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO

Utilização de Diárias

4. JUSTIFICATIVA

transporte de Pacientes.  
Hospital + clínicas.

4. VALOR SOLICITADO?

Número de Diária:

Valor Unitário das Diária:

Valor a Restituir:

Valor total das Diária:

5. LOCOMOÇÃO

Veículo: Van

Placa: B.D.F. 4.H.19

Frota: SAÚDE


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);

  
Assinatura do Servidor Beneficiário