



Processo Administrativo de Concessão de Diárias nº. 439/2023
Proposta de Concessão

PROPONENTE

Nome: NORACI DA SILVA VELANI
CARGO/FUNÇÃO: MOTORISTA DA SAÚDE
CPF: 573.833.329-20
LOCAL: SERVIÇO A SER EXECUTADO E PERÍODO DE AFASTAMENTO: Transporte de pacientes para tratamento de saúde em Jacarezinho.
Saída: 29/05/2023 às 04:30hrs
Chegada: 29/05/2023 às 12:20hrs
Em: 19 de junho de 2023.

NORACI DA SILVA VELANI
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 diária 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 nº. 003860, 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:

439/2023

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

1. NOME: *Moraci da S. Bellani*
 2. CARGO/FUNÇÃO: *motorista*
 3. CPF: *573.833.323-20*
- 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>23-05-23 04:30</i> | <i>23-05-23 12:20</i> | <i>07:50</i> | <i>40,00</i> | <i>270238</i> | <i>270476</i> | <i>BEI2232</i> | <i>Springinho</i> |

RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO

Utilização de Diárias

4. JUSTIFICATIVA

Transporte de pacientes p/ cirurgia HO e exames na Ultramed.

4. VALOR SOLICITADO:

Número de Diária:

Valor Unitário das Diária:

Valor a Restituir: *40,00*

Valor total das Diária: *40,00*

5. LOCOMOÇÃO

Veículo: *ônibus*

Placa: *BEI2232*

Frota: *Saúde*


Particular: *Oficial*

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