



**Processo Administrativo de Concessão de Diárias nº. 333/2023**  
**Proposta de Concessão**

**PROPONENTE**

**NOME:** CLÁUDIO ROBERTO FIRMINO  
**CARGO/FUNÇÃO:** MOTORISTA DA SAÚDE  
**CPF:** 018.474.589-63  
**LOCAL: SERVIÇO A SER EXECUTADO E PERÍODO DE AFASTAMENTO:** Transporte de paciente à cidade de Araongas à tratamento de saúde.  
**de:** 22/05/2023 às 04:00hrs  
**à:** 22/05/2023 às 21:20hrs  
**Em,** 29 de maio de 2023.

\_\_\_\_\_  
CLÁUDIO ROBERTO FIRMINO  
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\$125,00 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\$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 o nº: 15342-6, 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



NUMERO DIÁRIA:

333/2023

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO DO PINHAL - PR

DIÁRIA DE MOTORISTAS

1. NOME: *Claudia Roberto Firmino*
  2. CARGO/FUNÇÃO: *motorista Saúde*
  3. CPF: *018474589-63*
- 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>22/05/23</i>	<i>22/05/23</i>						
<i>04:00</i>	<i>27:00</i>	<i>17:00</i>	<i>125,00</i>	<i>37709</i>	<i>32059</i>	<i>5D59D63</i>	<i>Arifango</i>

RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO

Utilização de Diárias

4. JUSTIFICATIVA

*Transporte de Pacientes para -> Arifango a Serviço de Saúde*

4. VALOR SOLICITADO:

Número de Diária: *1*

Valor Unitário das Diária:

Valor a Restituir: *125,00*

Valor total das Diária:

5. LOCOMOÇÃO

Veículo: *microondas*

Placa: *5D59D63*

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);

  
Assinatura do Servidor Beneficiário