



**Processo Administrativo de Concessão de Diárias nº. 474/2022**  
**Proposta de Concessão**

**PROPONENTE**

**NOME:** Edivaldo Adriano da Veiga

**CARGO/FUNÇÃO:** MOTORISTA DA SAÚDE

**CPF:** 019.780.439-02

**LOCAL: SERVIÇO A SER EXECUTADO E PERÍODO DE AFASTAMENTO:** Transporte de paciente à cidade de Londrina, Curitiba, Cornélio Procópio, Bandeirantes, Arapongas, Santa Mariana, Campina Grande do Sul à tratamento de saúde.

**de:** 18/10/2022

**à:** 31/10/2022

**Em:** 04 de novembro de 2022.

\_\_\_\_\_  
Edivaldo Adriano da Veiga  
Proponente

**INFORMAÇÃO**

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

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

**Em,** 04 de novembro de 2022.

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

**CONCESSÃO**

Concedo 01 diárias de R\$250,00 + 03 diárias de R\$187,50 + 02 diárias de R\$125,00 + 02 diárias de R\$40,00 solicitada. Requisite(m)-se e pague(m)-se;

**Em,** 04 de novembro de 2022.

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

**PAGAMENTO/RECEBIMENTO**

Paga a importância de **R\$1142,50** (um mil cento e quarenta e dois reais e cinquenta centavos), referente à concessão de diária, através da conta corrente do Poder Executivo para a conta corrente do solicitante com nº. 62560-4, da agência nº.0717

\_\_\_\_\_  
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

NUMERO DIÁRIA:

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

474/2022

MOTORISTA Edivaldo Adriano da Feijó

DATA/HORA SAÍDA	DATA/HORA CHEGADA	TOTAL HORA	VALOR DIÁRIA	SAÍDA KM	CHEGADA KM	PLACA	DESTINO/JUSTIFICATIVA	ASSINATURA
28/10/22 23:30	29/10/22 00:45	24:15	250,00	288106	288916	Ri2218	Curitiba	<i>[Signature]</i>
29/10/22 01:30	29/10/22 08:45	7:15	40,00	288008	288164	A22875	Pandua - Est. Mariana	<i>[Signature]</i>
29/10/22 04:00	29/10/22 22:00	17:00	225,00	289050	289376	Ri2218	Oniponga	<i>[Signature]</i>
29/10/22 07:15	29/10/22 08:30	24:15	287,50	288611	289446	A22875	Curitiba	<i>[Signature]</i>
29/10/22 07:30	29/10/22 20:00	18:30	187,50	268953	269704	R0F1119	Curitiba	<i>[Signature]</i>
26/10/22 06:30	26/10/22 15:00	08:30	40,00	290096	290787	Ri2218	C. Piraquã	<i>[Signature]</i>
28/10/22 00:00	28/10/22 22:00	22:00	287,50	58783	59623	ESHS082	Curitiba - C. Grande Natal	<i>[Signature]</i>
31/10/22 04:00	31/10/22 20:00	16:00	125,00	8912	9285	S059563	Oniponga - Gardine	<i>[Signature]</i>

R\$ 1.242,50



**RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO**  
Utilização de Diárias

**1. IDENTIFICAÇÃO**

Órgão: PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO DO PINHAL  
Unidade Administrativa: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO DO PINHAL  
Nome do Servidor Beneficiário:  
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**

Transporte de Pacientes para realização de exames e Consultas, entre os dias: 18/10/22 à 31/10/22, nas cidades de:

- Curitiba
- Bandeirantes, S.ª Mariana
- Arapongas, Londrina
- C. Pécópio
- C. Grande do Sul



**4. VALOR SOLICITADO:**

Números de Diárias: 01 → 250,00 + 03 → 187,50 + 02 → 126,00 + 02 → 49,00

Valor Unitário das Diárias:

Valor a Restituir:

Valor total das Diárias: 1.142,50

**5. LOCOMOÇÃO**

Veículo:

Placa:

Frota:

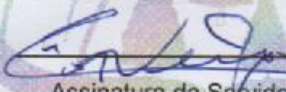
Particular:

**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);

  
Assinatura do Servidor Beneficiário