



**Processo Administrativo de Concessão de Diárias nº. 09/2023**  
**Proposta de Concessão**

**PROPONENTE**

**NOME:** Vera Lucia Costa da Silva

**CARGO/FUNÇÃO:** MOTORISTA DA SAÚDE

**CPF:** 783.062.489.53

**LOCAL: SERVIÇO A SER EXECUTADO E PERÍODO DE AFASTAMENTO:** Acompanhamento de paciente à cidade de Londrina à tratamento de saúde.

**Dia:** 17/01/2023

**Em:** 13 de janeiro de 2023

\_\_\_\_\_  
Vera Lucia Costa da Silva  
Proponente

**INFORMAÇÃO**

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

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

**Em,** 13 de janeiro de 2023

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

**CONCESSÃO**

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

**Em** 13 de janeiro 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 nº.15501-7 , da agência nº.3882 banco Itau;

\_\_\_\_\_  
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



**RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO**

Utilização de Diárias

**1. IDENTIFICAÇÃO**

Órgão: PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO DO PINHAL  
Unidade Administrativa: SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO DO PINHAL  
Nome do Servidor Beneficiário: Vera Lucia Costa da Silva  
CPF: 783.062.489-53  
N.º do Empenho da Liberação de Diárias:

**2. DESTINO DO SERVIDOR BENEFICIÁRIO**

Destino: Londrina  
Data de Saída: 17/01/2023  
Data de Chegada: 17/01/2023  
Hora da Saída: 5:00  
Hora da Chegada: 17:00

**3. JUSTIFICATIVA**

Acompanhamento de paciente para tratamento de saúde em Londrina-Pr



**4. VALOR SOLICITADO:**

Números de Diárias: 01 diária de 80,00

Valor Unitário das Diárias:

Valor a Restituir:

Valor total das Diárias: 80,00

**5. LOCOMOÇÃO**

Veículo: ônibus

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);

*Tera L. Costa da Silva*

Assinatura do Servidor Beneficiário