



**Processo Administrativo de Concessão de Diárias nº. 22/2023**  
**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 Curitiba, Cornélio Procópio, Arapongas e Santa Mariana e Londrina à tratamento de saúde.  
**de:** 16/01/2023  
**à:** 31/01/2023  
**Em:** 02 de fevereiro de 2023.

\_\_\_\_\_  
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 :** 02 de fevereiro de 2023.

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

**CONCESSÃO**

Concedo 01 diária de R\$187,50 + 05 diárias de R\$80,00 + 04 diárias de R\$40,00 + 02 de R\$125,00 solicitada. Requisite(m)-se e pague(m)-se;  
**Em:** 02 de fevereiro de 2023.

**PAGAMENTO/RECEBIMENTO**

Paga a importância de **R\$997,50** (Novecentos e noventa e sete 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

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

22/2023

MOTORISTA Edivaldo Adriano da Teige

DATA/HORA SAÍDA	DATA/HORA CHEGADA	TOTAL HORA	VALOR DIÁRIA	SAÍDA KM	CHEGADA KM	PLACA	DESTINO/JUSTIFICATIVA	ASSINATURA
16/01/23 04:30	16/01/23 17:00	12:30	80,00	18916	18919	BDF449	Ygendrina	[Assinatura]
17/01/23 01:20	17/01/23 17:40	16:20	125,00	87135	88163	BFA242	Unidade	[Assinatura]
18/01/23 05:20	18/01/23 17:15	11:05	80,00	112001	112189	BW3615	C. Proceqno	[Assinatura]
19/01/23 05:20	19/01/23 17:40	12:20	80,00	112189	112331	BW3615	C. Proceqno	[Assinatura]
20/01/23 05:20	20/01/23 16:20	11:00	40,00	112331	112498	BW3615	C. Proceqno	[Assinatura]
23/01/23 05:20	23/01/23 17:40	12:20	80,00	112498	112657	BW3615	C. Proceqno	[Assinatura]
24/01/23 02:00	24/01/23 21:00	19:00	187,50	76450	77217	645882	Unidade	[Assinatura]
25/01/23 04:20	25/01/23 17:30	13:10	125,00	3368	2730	SDI9667	Unidade	[Assinatura]
26/01/23 5:30	26/01/23 17:50	12:20	80,00	113010	113130	BW3615	C. Proceqno - S. Unidade	[Assinatura]
27/01/23 05:30	27/01/23 16:00	10:30	40,00	113130	113384	BW3615	C. Proceqno	[Assinatura]
30/01/23 05:30	30/01/23 17:00	11:30	40,00	113384	113525	BW3615	C. Proceqno	[Assinatura]
31/01/23 05:30	31/01/23 16:30	11:00	40,00	113525	113735	BW3615	C. Proceqno	[Assinatura]

R\$ 997,50



**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 tratamento de saúde*

CIDADE	DIA
MONTE PRINCE	16/01
CURITIBA	17/01
CORNÉLIO PROCOPIO	18/01
" "	19/01
" "	20/01
" "	23/01
CURITIBA	24/01
ARAPONGAS	25/01
CORNÉLIO PROCOPIO/SANTA NARIANA	26/01
CORNÉLIO PROCOPIO	27/01
" "	30/01
" "	31/01



**4. VALOR SOLICITADO:**

Números de Diárias: 04 de 40,00 + 05 de 80,00 + 02 de 125,00 + 01 de 177,50  
Valor Unitário das Diárias: Valor a Restituir:  
Valor total das Diárias:

**5. LOCOMOÇÃO 997,50**

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