



**Processo Administrativo de Concessão de Diárias nº. 29/2023**  
**Proposta de Concessão**

**PROPONENTE**

**NOME:** JOÃO GALDINO

**CARGO/FUNÇÃO:** MOTORISTA DA SAÚDE

**CPF:** 650.803.009-49

**LOCAL: SERVIÇO A SER EXECUTADO E PERÍODO DE AFASTAMENTO:** Transporte de paciente à cidade de Londrina, Cornélio Procópio, Arapongas e São Jerônimo da Serra à tratamento de saúde

**de:** 24/01/2023

**à:** 06/02/2023

**Em,** 07 de fevereiro de 2023.

\_\_\_\_\_  
JOÃO GALDINO  
Proponente

**INFORMAÇÃO**

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

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

**Em,** 07 de fevereiro de 2023..

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

**CONCESSÃO**

Concedo 02 diárias de R\$80,00 + 04 diárias de R\$40,00 + 03 diária R\$125,00 solicitada.

Requisite(m)-se e pague(m)-se;

**Em,** 07 de fevereiro de 2023.

**PAGAMENTO/RECEBIMENTO**

Paga a importância de **R\$695,00** (Seiscentos e noventa e cinco reais), referente à concessão de diária, através da conta corrente do Poder Executivo para a conta corrente do solicitante com o nº12.756-0, 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





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:

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

|   |
|---|
| 24/01/23 = Apropagosa transporte de Paciente            |
| 25/01/23 = Londrina transporte de Paciente              |
| 26/01/23 = Londrina + Apropagosa transporte Paciente    |
| 27/01/23 = Cap. Viac. transportista de Paciente         |
| 28/01/23 = Van + Apropagosa transporte de Paciente      |
| 30/01/23 = São Jerônimo da Serra transporte de Paciente |
| 31/01/23 = Curitiba Procepio transporte de Paciente     |
| 01/02/23 = Curitiba Procepio transporte de Paciente     |
| 02/02/23 = Londrina transporte de Paciente              |

*[Handwritten signature]*



**4. VALOR SOLICITADO:**

Números de Diárias:

Valor Unitário das Diárias:

Valor a Restituir:

Valor total das Diárias:

**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