



PREFEITURA DE
RIBEIRÃO DO PINHAL
ESTADO DO PARANÁ

Secretaria Municipal de Saúde

Processo Administrativo de Concessão de Diárias Nº.754/2023.

Proposta de Concessão

PROPONENTE

NOME: FRANCISCO CLÁUDIO ADRIANO

CARGO/FUNÇÃO: MOTORISTA DA SAÚDE

CPF: 556.662.569-04

LOCAL, SERVIÇO A SER EXECUTADO E PERÍODO DE AFASTAMENTO: Transporte de pacientes de Londrina e Araçongas para tratamento de saúde.

Saída: 31 de julho de 2023 às 04:05hrs.

Chegada: 31 de julho de 2023 às 22:30hrs.

EM: 10 DE AGOSTO DE 2023.

Francisco Cláudio Adriano

INFORMAÇÃO

Existe disponibilidade orçamentária para a concessão da diária, através da dotação orçamentária nº _____;

Em, 10 DE AGOSTO DE 2023.

Marcelo Corinth

CONCESSÃO

Concedo 01 diária de R\$125,00. Requisite-se e pague(m)-se.

Em: 10 DE AGOSTO 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 com nº.....para a conta corrente do solicitante com o nº. 03279-4, da agência nº.3882;

Nadir Sara Melo Fraga Cunha
Ordenadora 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) e será publicado no Portal de Transparência do Município de Ribeirão do Pinhal.

Adilson Martins Inácio



PREFEITURA DE
RIBEIRÃO DO PINHAL
ESTADO DO PARANÁ

Secretaria Municipal de Saúde



PREFEITURA DE
RIBEIRÃO DO PINHAL
ESTADO DO PARANÁ

Secretaria Municipal de Saúde

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – RIBEIRÃO DO PINHAL – PR
DIÁRIA DE MOTORISTAS

NÚMERO DIÁRIA: 754/2023

NOME: FRANCISCO CLÁUDIO ADRIANO

CPF: 556.662.569-04

Nº do Empenho da Liberação de Diárias:

DATA/HORA SAÍDA	DATA/HORA CHEGADA	TOTAL HORA	VALOR DIÁRIA	SAÍDA KM	CHEGADA KM	PLACA ONIBUS	DESTINO
31-07 04:05	31-07 2230	23	12500	39332	39664	5.75 9D 63	Londrina ADAPONGA

RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO

Utilização de Diárias

JUSTIFICATIVA: Transporte Pacientes da Saúde.

VALOR SOLICITADO:

Nº de diária: _____

Valor unitário das diárias: _____ Valor a restituir: _____

Valor total das diárias: _____

- Canhotos, comprovantes das viagens de ônibus ou avião, pedágios, gastos com combustíveis, gastos com pousadas, comprovantes de devolução de valor (anexar);
- Certificado ou documento que comprove a participação em evento público ou o serviço prestado, se for o caso (anexar).

FRANCISCO CLÁUDIO ADRIANO