



Processo Administrativo de Concessão de Diárias nº. 550/2025
Proposta de Concessão

PROPONENTE

NOME: JÚLIO CÉSAR PINHEIRO

CARGO/FUNÇÃO: AGENTE DE SAÚDE

CPF: 732.041.969.68

LOCAL: SERVIÇO A SER EXECUTADO E PERÍODO DE AFASTAMENTO: Transporte de Paciente para a cidade de Cornélio Procópio na 18ª Regional de Saúde.

Saída: 10/07/2025 as 07:00hs.

Chegada: 10/07/2025 16:38hs.

Em: 22 de julho de 2025.

JÚLIO CÉSAR PINHEIRO

Proponente

INFORMAÇÃO

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

Conta de Despesa/Natureza da despesa: _____

Em, 22 de julho de 2025.

Marcelo Corinth

Contador

CONCESSÃO

Concedo 01 diária de R\$40,00 solicitada. Requisite(m)-se e pague(m)-se;

Em: 22 de julho de 2025.

Dartagnan Calixto Fraiz

Prefeito Municipal

PAGAMENTO/RECEBIMENTO

Paga a importância de **R\$40,00** (Quarenta reais), referente à concessão de diária, através da conta corrente do Poder Executivo para a conta corrente do solicitante nº Sicredi 0717conta 00053-721-9.

Deiziane Rodrigues Escaraber

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



PREFEITURA DE
RIBEIRÃO DO PINHAL
ESTADO DO PARANÁ

NUMERO DIÁRIA:

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

NOME: JÚLIO CÉSAR PINHEIRO

CARGO/FUNÇÃO: AGENTE DE SAÚDE

CPF: 732.041.969/68

N.º do Empenho da Liberação de Diárias:

DATA/HORA SAÍDA	DATA/HORA CHEGADA	TOTAL HORA	VALOR DIÁRIA	SAÍDA KM	CHEGADA KM	PLACA	DESTINO
10/07/25 07:00HS.	10/07/25 16:38HS.	09:38HS	40,00	114,140	174,197	DEQ 2A92.	CLÍNICA CRISTOPREI CLÍNICA SOU.

RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO
Utilização de Diárias

1. JUSTIFICATIVA

transporte de pcps p/ realização de exame e acompanhamento médico.

VALOR SOLICITADO:

Número de Diária:

Valor Unitário das Diária:

Valor a Restituir:

Valor total das Diária:

4. 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);

5. Certificado ou documento que comprove a participação em evento pública ou o serviço prestado, se for o caso;

(colar em folhas anexadas este relatório);

Assinatura do Servidor Beneficiário