



Processo Administrativo de Concessão de Diárias nº. 478-2024
Proposta de Concessão

PROPONENTE

NOME: JOSE CARLOS RODRIGUES RIBEIRO
CARGO/FUNÇÃO: MOTORISTA DA SAÚDE
CPF: 040.441.949-63
LOCAL: SERVIÇO A SER EXECUTADO E PERÍODO DE AFASTAMENTO: Transporte de paciente à cidade de Cornélio Procópio à tratamento de saúde.
Saída: 17/04/2024 às 03:05hrs
Chegada: 17/04/2024 às 11:35hrs
Em: 19 de abril de 2024.

JOSE CARLOS RODRIGUES RIBEIRO
Proponente

INFORMAÇÃO

Existe disponibilidade orçamentária para a concessão da diária, através da dotação orçamentária.
Conta de Despesa/Natureza da despesa: _____
Em, 19 de abril de 2024.

Marcelo Corinth
Contador

CONCESSÃO

Concedo 01 diárias de R\$40,00 solicitada. Requisite(m)-se e pague(m)-se;
Em, 19 de abril de 2024.

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 com nº. 21.498-1, da agência nº.0652-1;

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



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

NÚMERO DIÁRIA: 478/2024
NOME: JOSÉ CARLOS RODRIGUES RIBEIRO
CPF: 040.441.949-63

Nº do Empenho da Liberação de Diárias:

| DATA/HORA SAÍDA | DATA/HORA CHEGADA | TOTAL HORA | VALOR DIÁRIA | SAÍDA KM | CHEGADA KM | PLACA | DESTINO |
|---------------------|----------------------|------------|--------------|----------|------------|-------------|---------------------|
| 17.4.2024 3:05 h | 17.4.2024 11:35 h | 8:30h | 40,00 | 176448 | 176580 | BCL 9476 | Cornélio Proença |

RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO

Utilização de Diárias

JUSTIFICATIVA: Transporte de pacientes p/ tratamentos de 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).

JOSÉ CARLOS RODRIGUES RIBEIRO