



Processo Administrativo de Concessão de Diárias nº. 122/2025
Proposta de Concessão

PROPONENTE

Nome: Noraci da Silva Velani

CARGO/FUNÇÃO: Motorista da Saúde

CPF: 573.833.329-20

LOCAL: SERVIÇO A SER EXECUTADO E PERÍODO DE AFASTAMENTO: Transporte de pacientes para tratamento de saúde em Campo Largo, Arapongas, Maringá e Campinas e Londrina.

Dias: 04/02, 05/02, 21/02 e 17/02 .

Em: 05 de março de 2025.

NORACI DA SILVA VELANI
Proponente

INFORMAÇÃO

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

Em: 05 de março de 2025.

Marcelo Corinth
Contador

CONCESSÃO

Concedo 04 diária de R\$125,00 solicitada. Requisite(m)-se e pague(m)-se;

Em: 05 de março de 2025..

Dartagnan Calixto Fraiz
Prefeito Municipal

PAGAMENTO/RECEBIMENTO

Paga a importância de **R\$500,00** (quinhentos reais), referente à concessão de diária, através da conta corrente do Poder Executivo para a conta corrente do solicitante com nº. 003860, da agência nº.3882.

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

Secretaria Municipal de Saúde



PREFEITURA DE
RIBEIRÃO DO PINHAL
ESTADO DO PARANÁ

RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO

Utilização de Diárias

Numero da Diária: 122/2015 ,

IDENTIFICAÇÃO

Órgão: PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO DO PINHAL

Unidade Administrativa: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO DO PINHAL

NOME: Noraci da Silva Velani

CARGO/FUNÇÃO: MOTORISTA

CPF: 573.833.329-20

DESTINO DO SERVIDOR BENEFICIÁRIO

DATA/HORA SAÍDA	DATA/HORA CHEGADA	TOTAL HORA	VALOR DIÁRIA	SAÍDA KM	CHEGADA KM	PLACA	DESTINO
<u>21-02-25 07:00</u>	<u>25-02-25 21:30</u>	<u>14:30</u>	<u>125,00</u>	<u>87604</u>	<u>88303</u>	<u>RNP4E95</u>	<u>C. Sango</u>

JUSTIFICATIVA

Grupo de paciente para consulta no Hosp. Infantil de C. Sango.

4. VALOR SOLICITADO:

Números de Diárias:

Valor Unitário das Diárias: 125,00 Valor Total: 125,00

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

Rua Paraná 983 – Ribeirão do Pinhal/PR - CEP: 86.490-000 - Fone: (43) 3551-8300
CNPJ: 76.968.064/0001-42 - e-mail: administracao@ribeiraodopinhal.pr.gov.br



PREFEITURA DE
RIBEIRÃO DO PINHAL
ESTADO DO PARANÁ

Secretaria Municipal de Saúde



PREFEITURA DE
RIBEIRÃO DO PINHAL
ESTADO DO PARANÁ

RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO

Utilização de Diárias

Numero da Diária: 122/2025 2

IDENTIFICAÇÃO

Órgão: PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO DO PINHAL

Unidade Administrativa: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO DO PINHAL

NOME: Noraci da Silva Velani

CARGO/FUNÇÃO: MOTORISTA

CPF: 573.833.329-20

,DESTINO DO SERVIDOR BENEFICIÁRIO

DATA/HORA SAÍDA	DATA/HORA CHEGADA	TOTAL HORA	VALOR DIÁRIA	SAÍDA KM	CHEGADA KM	PLACA	DESTINO
05-02-25	05-02-25						
04:30	20:00	15:30	125,00	79336	79606	REP	Grup e Maringá

JUSTIFICATIVA

Tramite de paciente para Consultor em Clinicas e Hospitais

4. VALOR SOLICITADO:

Números de Diárias:

Valor Unitário das Diárias: 125,00

Valor Total: 125,00

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

Rua Paraná 983 – Ribeirão do Pinhal/PR - CEP: 86.490-000 - Fone: (43) 3551-8300
CNPJ: 76.968.064/0001-42 - e-mail: administracao@ribeiraodopinhal.pr.gov.br



PREFEITURA DE
RIBEIRÃO DO PINHAL
ESTADO DO PARANÁ

Secretaria Municipal de Saúde



PREFEITURA DE
RIBEIRÃO DO PINHAL
ESTADO DO PARANÁ

RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO

Utilização de Diárias

Numero da Diária: 12/2015

IDENTIFICAÇÃO

Órgão: PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO DO PINHAL

Unidade Administrativa: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO DO PINHAL

NOME: Noraci da Silva Velani

CARGO/FUNÇÃO: MOTORISTA

CPF: 573.833.329-20

DESTINO DO SERVIDOR BENEFICIÁRIO

DATA/HORA SAÍDA	DATA/HORA CHEGADA	TOTAL HORA	VALOR DIÁRIA	SAÍDA KM	CHEGADA KM	PLACA	DESTINO
04-02-25 04:30	04-02-25 18:00	13:30	125,00	107576	107929	8028063	Ind e Amp.

JUSTIFICATIVA

Viagem de PCR para consultor em saúde e amp.

4. VALOR SOLICITADO:

Números de Diárias:

Valor Unitário das Diárias: 125,00

Valor Total: 125,00

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



PREFEITURA DE
RIBEIRÃO DO PINHAL
ESTADO DO PARANÁ

Secretaria Municipal de Saúde



PREFEITURA DE
RIBEIRÃO DO PINHAL
ESTADO DO PARANÁ

RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO

Utilização de Diárias

Numero da Diária: 12/2025 4

IDENTIFICAÇÃO

Órgão: PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO DO PINHAL

Unidade Administrativa: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO DO PINHAL

NOME: Noraci da Silva Velani

CARGO/FUNÇÃO: MOTORISTA

CPF: 573.833.329-20

DESTINO DO SERVIDOR BENEFICIÁRIO

DATA/HORA SAÍDA	DATA/HORA CHEGADA	TOTAL HORA	VALOR DIÁRIA	SAÍDA KM	CHEGADA KM	PLACA	DESTINO
<u>17-02-25</u>	<u>17-02-25</u>						
<u>03:00</u>	<u>17:30</u>	<u>14:30</u>	<u>125,00</u>	<u>R7288</u>	<u>98226</u>	<u>8E03E28</u>	<u>Campinas L.P.</u>

JUSTIFICATIVA

Transp. de paciente para Campinas L.P.

4. VALOR SOLICITADO:

Números de Diárias:

Valor Unitário das Diárias: 125,00 Valor Total: 125,00

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