



**Processo Administrativo de Concessão de Diárias nº. 815/2023**  
**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 Jacarezinho.  
**Saída:** 29/07/2023 às 05:00hrs  
**Chegada:** 29/07/2023 às 11:20hrs  
**Em:** 17 de agosto de 2023.

\_\_\_\_\_  
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:** 17 de agosto de 2023.

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

**CONCESSÃO**

Concedo 01 diária de R\$40,00 solicitada. Requisite(m)-se e pague(m)-se;  
**Em:** 17 de agosto de 2023.

\_\_\_\_\_  
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. 003860, 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



PREFEITURA DE  
**RIBEIRÃO DO PINHAL**  
ESTADO DO PARANÁ

Secretaria Municipal de Saúde



PREFEITURA DE  
**RIBEIRÃO DO PINHAL**  
ESTADO DO PARANÁ

NUMERO DIÁRIA:

815/2023

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO DO PINHAL - PR

DIÁRIA DE MOTORISTAS

1. NOME: *Roraci da S. Peloni*
2. CARGO/FUNÇÃO: *motorista*
3. CPF: *573.833.329-20*

N.º do Empenho da Liberação de Diárias:

DATA/HORA SAÍDA	DATA/HORA CHEGADA	TOTAL HORA	VALOR DIÁRIA	SAÍDA KM	CHEGADA KM	PLACA	DESTINO
<i>23-07-23 05:00</i>	<i>23-07-23 21:20</i>	<i>06:20</i>	<i>40,00</i>	<i>228889</i>	<i>229065</i>	<i>BDF4HL9</i>	<i>Guacarejinho</i>

RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO

Utilização de Diárias

4. JUSTIFICATIVA

*Retorno de cirurgia HO em Guacarejinho.*

4. VALOR SOLICITADO:

Número de Diária:

Valor Unitário das Diária: *40,00*

Valor a Restituir: *40,00*

Valor total das Diária:

5. LOCOMOÇÃO

Veículo: *Van Mercedes*

Placa: *BDF4HL9*

Frota: *Saúde*

Particular: *Oficial*

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 pública ou o serviço prestado, se for o caso;

(colar em folhas anexadas este relatório);

Assinatura do Servidor Beneficiário