



**Processo Administrativo de Concessão de Diárias nº. 1283/2024**  
**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 Curitiba.  
**Saída:** 31/05/2024 às 16:00hrs  
**Chegada:** 01/06/2024 às 16:20hrs  
**Em:** 22 de Agosto de 2024.

\_\_\_\_\_  
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:** 22 de Agosto de 2024.

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

**CONCESSÃO**

Concedo 01 diária de R\$250,00 solicitada. Requisite(m)-se e pague(m)-se;  
**Em:** 22 de Agosto de 2024.

\_\_\_\_\_  
Dartagnan Calixto Fraiz  
Prefeito Municipal

**PAGAMENTO/RECEBIMENTO**

Paga a importância de **R\$250,00** (Duzentos e cinquenta 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.

\_\_\_\_\_  
Izaque Olimpio de Farias  
Assinatura do Responsável



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

Secretaria Municipal de Saúde



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

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE-RIBEIRÃO DO PINHAL-PR

NUMERO DIÁRIA: 1283/2024  
Nome: Noraci da Silva Velani  
CARGO/FUNÇÃO: Motorista da Saúde  
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
<u>31-05-24</u> <u>16:00</u>	<u>01-06-24</u> <u>16:20</u>	<u>24:20</u>	<u>250,00</u>	<u>48607</u>	<u>50351</u>	<u>8E09E31</u>	<u>Curitiba</u>

RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO  
Utilização de Diárias

1. JUSTIFICATIVA

Internamento no HC de Curitiba (Central)  
VALOR SOLICITADO:

Número de Diária:

Valor Unitário das Diária: 250,00 Valor a Restituir:

Valor total das Diária: 250,00

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