



Processo Administrativo de Concessão de Diárias nº. 1863/2024
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 Londrina e Arapongas.
Saída: 14/10/2024 às 04:30hrs
Chegada: 14/10/2024 às 17:00hrs
Em: 07 de novembro 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: 07 de novembro de 2024.

Marcelo Corinth
Contador

CONCESSÃO

Concedo 01 diária de R\$125,00 solicitada. Requisite(m)-se e pague(m)-se;
Em: 07 de novembro de 2024.

Dartagnan Calixto Fraiz
Prefeito Municipal

PAGAMENTO/RECEBIMENTO

Paga a importância de **R\$125,00** (cento e vinte e cinco 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

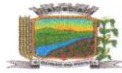
O presente documento está de acordo com as normas regulamentares pertinentes, ficará à disposição de quem possa interessar (em arquivo próprio do município, tesouraria e/ou contabilidade) e será publicado no Portal de Transparência do Município de Ribeirão do Pinhal, anexado o motivo da viagem.

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**

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE-RIBEIRÃO DO PINHAL-PR

NUMERO DIÁRIA: 1863/2024
 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>14-10-24 04:30</u>	<u>14-10-24 17:00</u>	<u>12:30</u>	<u>125,00</u>	<u>22399</u>	<u>22734</u>	<u>2089063</u>	<u>Pond e Orapongas</u>

RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO.

Utilização de Diárias

JUSTIFICATIVA: Grupo de pacientes para consultar em Clínica e Hosp

VALOR SOLICITADO:

Número de Diária: _____

Valor Unitário da Diária: 125,00

Valor a Restituir: 125,00

Valor total das Diárias: _____

- 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);
- Certificado ou documento que comprove a participação em evento pública ou o serviço prestado, se for o caso; (colar em folhas anexadas este relatório);
- Declaro para os devidos fins que todas as informações prestadas são da responsabilidade do beneficiário solicitante.



 Assinatura do Servidor Beneficiário