

Processo Administrativo de Concessão de Diárias nº. 2080/2024
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 Jacarezinho, Londrina e Araçongas.
Dias: 12/12, 19/12 e 30/12
Em: 30 de dezembro 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: 30 de dezembro de 2024.

Marcelo Corinth
Contador

CONCESSÃO

Concedo 03 diária de R\$40,00 solicitada. Requisite(m)-se e pague(m)-se;
Em: 30 de dezembro de 2024..

Dartagnan Calixto Fraiz
Prefeito Municipal

PAGAMENTO/RECEBIMENTO

Paga a importância de **R\$120,00** (cento e vinte 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



RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO

Utilização de Diárias

Numero da Diária: 2080/2014

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>19-12-24</u> <u>06:00</u>	<u>19-12-24</u> <u>13:40</u>	<u>07:40</u>	<u>40,00</u>	<u>29340</u>	<u>29330</u>	<u>RF05853</u>	<u>Joazeiro</u>

JUSTIFICATIVA

Tramite de paciente e consulta no Joazeiro

4. VALOR SOLICITADO:

Números de Diárias:

Valor Unitário das Diárias: 40,00 Valor Total: 40,00

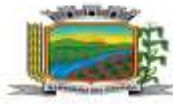
6. Canhotos comprovantes das viagens de Ônibus ou Avião, pedágios, gastos com combustíveis, gastos com pousadas, comprovantes de devolução de valor;

(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



RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO

Utilização de Diárias

Numero da Diária: 2080/2024

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>30-12-24</u>	<u>30-12-24</u>						
<u>04:30</u>	<u>14:00</u>	<u>11:30</u>	<u>40,00</u>	<u>66077</u>	<u>66409</u>	<u>8DV3447</u>	<u>Rond e Camp</u>

JUSTIFICATIVA

Demanda de para a consulta em clínicas e hospitais.

4. VALOR SOLICITADO:

Números de Diárias:

Valor Unitário das Diárias: 40,00

Valor Total: 40,00

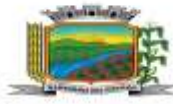
6. Canhotos comprovantes das viagens de Ônibus ou Avião, pedágios, gastos com combustíveis, gastos com pousadas, comprovantes de devolução de valor;

{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

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE-RIBEIRÃO DO PINHAL-PR

NUMERO DIÁRIA: 2080/2024

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>12-12-24</u> <u>08:00</u>	<u>12-12-24</u> <u>19:40</u>	<u>06.40</u>	<u>40,00</u>	<u>78903</u>	<u>82564</u>	<u>8E09É3L</u>	<u>Sandrina</u>

RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO.

Utilização de Diárias

JUSTIFICATIVA: Enterramento no Hosp. Evangelico de Sandrina

VALOR SOLICITADO:

Número de Diária: _____

Valor Unitário da Diária: 40,00

Valor a Restituir: 40,00

Valor total das Diárias: _____

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);

6. Declaro para os devidos fins que todas as informações prestadas são da responsabilidade do beneficiário solicitante.

Assinatura do Servidor Beneficiário