



**Processo Administrativo de Concessão de Diárias nº: 455-2024**  
**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, Araçongas e Cornélio Procópio.  
**Saída:** 28/03/2024 às 04:30hrs  
**Chegada:** 28/03/2024 às 19:00hrs  
**Em:** 17 de abril 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:** 17 de abril de 2024.

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

**CONCESSÃO**

Concedo 01 diária de R\$40,00 solicitada. Requisite(m)-se e pague(m)-se;  
**Em:** 17 de abril de 2024.

\_\_\_\_\_  
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**

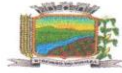
O presente documento está de acordo com as normas regulamentares pertinentes, ficará à disposição de quem possa interessar (em arquivo próprio do município, tesouraria e/ou contabilidade) e será publicado no Portal de Transparência do Município de Ribeirão do Pinhal, anexado o motivo da viagem.

\_\_\_\_\_  
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:

45512024

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO DO PINHAL - PR

DIÁRIA DE MOTORISTAS

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
28-03-24 09:00	28-03-24 19:00	10:00	40,00	38527	38957	8E09E38	Sond, Crap e C. Pias.

**RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO**

Utilização de Diárias

**1. JUSTIFICATIVA**

Transferência de paciente de Sond para Crap e resgate em o. Pracóprio

Número de Diária:

Valor Unitário das Diária:

40,00

Valor a Restituir:

Valor total das Diária:

40,00

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