

**Processo Administrativo de Concessão de Diárias nº. 56/2025**  
**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 Cornélio Procópio e Jacarezinho.  
**Dias:** 09/01, 10/01, 15/01, 21/01 e 22/01.  
**Em:** 06 de fevereiro de 2025.

\_\_\_\_\_  
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:** 06 de fevereiro de 2025.

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

**CONCESSÃO**

Concedo 05 diária de R\$40,00 solicitada. Requisite(m)-se e pague(m)-se;  
**Em:** 06 de fevereiro de 2025.

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

**PAGAMENTO/RECEBIMENTO**

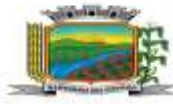
Paga a importância de **R\$200,00** (duzentos reais), referente à concessão de diária, através da conta corrente do Poder Executivo para a conta corrente do solicitante com nº. 003860, da agência nº.3882.

\_\_\_\_\_  
Deiziane Rodrigues Escaraber  
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: 56/2025 / 1

**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
09-05-25	09-05-25						
05:30	16:30	11:00	40,00	70846	71052	RH2003	C. Purocopia

**JUSTIFICATIVA**

*Viagem de pacientes para consultas no Cesing e Clinicas.*

**4. VALOR SOLICITADO:**

**Números de Diárias:**

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

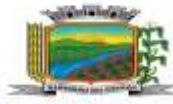
**6. Canhotos comprovantes das viagens de Ônibus ou Avião, pedágios, gastos com combustíveis, gastos com pousadas, comprovantes de devolução de valor;**

(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: 56/2025

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>30-08-25</u>	<u>30-08-25</u>						
<u>06:00</u>	<u>12:50</u>	<u>06:50</u>	<u>40,00</u>	<u>33481</u>	<u>33637</u>	<u>8FE4A72</u>	<u>C. Guacaria</u>

JUSTIFICATIVA

Viagem de paz para consultas em clinicas

4. VALOR SOLICITADO:

Números de Diárias:

Valor Unitário das Diárias: 40,00

Valor Total: 40,00

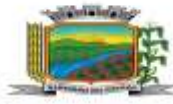
6. Canhotos comprovantes das viagens de Ônibus ou Avião, pedágios, gastos com combustíveis, gastos com pousadas, comprovantes de devolução de valor;

(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: 56/2025 3

**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>15-08-25</u>	<u>15-08-25</u>						
<u>08:30</u>	<u>11:30</u>	<u>3:00</u>	<u>40,00</u>	<u>71388</u>	<u>71577</u>	<u>RH8800</u>	<u>0 - Praga</u>

**JUSTIFICATIVA**

*Grupos de PCs para consultar no cinema, clinica e Hosp.*

**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;**

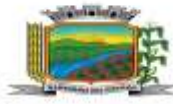
(colar em folhas anexadas este relatório);

**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: 56/2025 4

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
25-08-25 05:00	25-08-25 12:30	07:30	40,00	83138	83274	RNY4E95	Jacareizinho

JUSTIFICATIVA

*Pranzo de paciente por consulta no HD.*

4. VALOR SOLICITADO:

Números de Diárias:

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

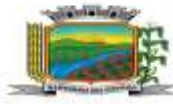
6. Canhotos comprovantes das viagens de Ônibus ou Avião, pedágios, gastos com combustíveis, gastos com pousadas, comprovantes de devolução de valor;

(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: 56/2025 5

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
22-05-25 05:30	22-05-25 13:00	07:30	40,00	52923	135054	RW3F15	@.P. Curitiba

JUSTIFICATIVA

*Trampo de paciente para consultar Oncopap, Clinica.*

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