



Processo Administrativo de Concessão de Diárias nº.832-2024
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 Arapongas.
Saída: 16/05/2024 às 04:30hrs
Chegada: 16/05/2024 às 15:40hrs
Em: 17 de junho 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 junho de 2024.

Marcelo Corinth
Contador

CONCESSÃO

Concedo 01 diária de R\$125,00 solicitada. Requisite(m)-se e pague(m)-se;
Em: 17 de junho de 2024.

Dartagnan Calixto Fraiz
Prefeito Municipal

PAGAMENTO/RECEBIMENTO

Paga a importância de **R\$125,00** (cento e vinte 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: 822/2024
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>16-05-24</u> <u>04:30</u> | <u>16-05-24</u> <u>13:40</u> | <u>08:10</u> | <u>125,00</u> | <u>5431</u> | <u>5760</u> | <u>RFD5853</u> | <u>Craponges</u> |

RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO
Utilização de Diárias

1. JUSTIFICATIVA

Transp. de paciente para consulta no Hospital Craponges.
VALOR SOLICITADO:

Número de Diária:

Valor Unitário das Diária: 125,00 Valor a Restituir:

Valor total das Diária: 125,00

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