



**Processo Administrativo de Concessão de Diárias nº. 440/2023**  
**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 Araçongas.  
**Saída:** 02/06/2023 às 04:30hrs  
**Chegada:** 02/06/2023 às 17:30hrs  
**Em:** 19 de junho de 2023.

\_\_\_\_\_  
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:** 19 de junho de 2023.

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

**CONCESSÃO**

Concedo 01 diária de R\$125,00 solicitada. Requisite(m)-se e pague(m)-se;  
**Em:** 19 de junho de 2023.

\_\_\_\_\_  
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

NUMERO DIÁRIA:

440/2023

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO DO PINHAL - PR  
DIÁRIA DE MOTORISTAS

1. NOME: *Maraci de S. Colares*
  2. CARGO/FUNÇÃO: *motorista*
  3. 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
<i>04:30</i>	<i>02-06-23</i> <i>17:30</i>	<i>13:00</i>	<i>125,00</i>	<i>33422</i>	<i>33776</i>	<i>2089D63</i>	<i>Santa Cruz</i>

RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO

Utilização de Diárias

4. JUSTIFICATIVA

*Transporte de pac. p/ Londrina e Araçongas para consultas.*

4. VALOR SOLICITADO:

Número de Diária:

Valor Unitário das Diária:

Valor a Restituir: *125,00*

Valor total das Diária: *125,00*

5. LOCOMOÇÃO

Veículo: *Micro Ônibus*

Placa: *2089D63*

Frota: *Saúde*

Particular: *Oficial*

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 pública ou o serviço prestado, se for o caso;

(colar em folhas anexadas este relatório);

  
Assinatura do Servidor Beneficiário