



**Processo Administrativo de Concessão de Diárias Nº.35/2021.**  
**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 às cidades Cornélio Procópio, Londrina, Rolândia, Jacarezinho, Araçongas e Curitiba.

VALOR DA DIÁRIA – R\$ 685,00(setecentos e quarenta reais)

\_\_\_\_\_  
Noraci da Silva Velani

**INFORMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

Existe disponibilidade orçamentária para a concessão da diária, através da dotação orçamentária nº \_\_\_\_\_;

Em, .12/02/2021

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

**SUPERVISOR**

Superior hierárquico do Departamento ou Secretaria em que o proponente encontra-se lotado, responsável por controlar e fiscalizar as saídas dos agentes públicos a serviço do município.

\_\_\_\_\_  
Nadir Sara Melo Fraga Cunha  
Ordenadora de Despesas

**CONCESSÃO**

Concedo diárias solicitadas, conforme relatório do supervisor em anexo. Requisite-se e pague(m)-se;

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

**PAGAMENTO / RECEBIMENTO**

Paga a importância de R\$ 740,00 referente à concessão de diária(s), no período de 05/01/, conforme relatório em anexo através da conta corrente do Poder Executivo com nº.....para a conta corrente do solicitante com o nº. 003860, da agência nº.3882.

\_\_\_\_\_  
Nadir Sara Melo Fraga Cunha  
Ordenadora 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) e será publicado no Portal de Transparência do Município de Ribeirão do Pinhal.

\_\_\_\_\_  
Evelyn Moraes Oliveira Pulcinelli



**PREFEITURA DE**  
**RIBEIRÃO DO PINHAL**  
**ESTADO DO PARANÁ**

Secretaria Municipal de Saúde

NUMERO DIÁRIA: **35/2024**

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

MOTORISTA: Renato de S. Oliveira

DATA/HORA SAÍDA	DATA/HORA CHEGADA	TOTAL HORA	VALOR DIÁRIA	SAÍDA KM	CHEGADA KM	PLACA	DESTINO/JUSTIFICATIVA	ASSINATURA
05-01-21	05-01-21							
06:00	15:46	09:46	40,00	41580	42089	REW3E15	Trampo para E. Inocência Cingolotto	
08-01-21	08-01-21							
06:00	16:00	10:00	40,00	42238	42388	REW3E15	" "	
12-01-21	12-01-21							
05:30	14:30	09:00	40,00	336725	336870	PAE7824	" "	
13-01-21	13-01-21							
05:30	14:00	08:30	40,00	336871	337012	PAE7824	Trampo para E. Inocência Cingolotto	
18-01-21	18-01-21							
11:00	17:50	06:50	40,00	245528	245782	AZL875	Trampo para E. Inocência Cingolotto	
20-01-21	20-01-21							
04:30	19:30	15:00	80,00	108750	109074	BDI4H19	Trampo para Bond e Relvatti	
22-01-21	22-01-21							
04:30	13:00	08:30	40,00	136037	136566	BEI9219	Trampo para H.O. Recanavilla	
27-01-21	27-01-21							
06:00	14:10	08:10	40,00	255851	256508	AZH9442	Trampo para Bond e Relvatti	
28-01-21	28-01-21							
03:30	16:00	12:30	80,00	111115	111427	BDI4H19	Trampo para Bond e Relvatti	
29-01-21	29-01-21							
14:00	15:30	01:30	220,00	128742	130525	BEI9232	Trampo para Bond e Relvatti	
10-02-21	10-02-21							
04:30	18:30	14:00	80,00	40560	40912	BEI9912	Trampo para Bond e Relvatti	
			<b>12710,00</b>					



RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO

Utilização de Diárias

1. IDENTIFICAÇÃO

Órgão: PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO DO PINHAL  
Unidade Administrativa: Poder Executivo – (colocar Secretaria ou departamento)  
Nome do Servidor Beneficiário:  
CPF: 573.833.329-20  
N.º do Empenho da Liberação de Diárias:

2. DESTINO DO SERVIDOR BENEFICIÁRIO

Destino:  
Data de Saída: Hora da Saída:  
Data de Chegada: Hora da Chegada:

3. JUSTIFICATIVA

01 = 05-01-21 => Transp paciente p/ C. Protopico Clínico e Clínico.  
02 = 08-01-21 => Transp para p/ C. Protopico Clínico e Clínico.  
03 = 12-01-21 => " " " " " "  
04 = 13-01-21 => Transp para p/ C. Protopico Clínico e Clínico.  
05 = 18-01-21 => Transferência de Conselho P. para Secretaria d. Casa.  
06 = 20-01-21 => Transp para p/ Relândia e Londrina.  
07 = 22-01-21 => Cirurgia HO Jacarezinho.  
08 = 27-01-21 => Transp para Sond. Santa Cruz, H. Evang e H. Infantil.  
09 = 28-01-21 => Transp para Sond. H. Câncer e Clínico.  
10 = 29-01-21 => Transp para Curitiba H. São Roque e Príncipe.  
11 = 30-01-21 => Transp para Londrina e Cerro Largo.



q

**4. VALOR SOLICITADO:**

Números de Diárias:	
Valor Unitário das Diárias:	Valor a Restituir:
Valor total das Diárias:	

**5. LOCOMOÇÃO**

Veículo: <i>Carro</i>	Placa: <i>Ribeirão</i>
Frota: <i>Saúde</i>	Particular:

**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