**PROCESSO ADMINISTRATIVO DE CONCESSÃO DE DIÁRIAS N.º 222/2025****PROPOSTA DE CONCESSÃO****PROPONENTE****NOME:** THIAGO ORLANDINI DE ANDRADE ROSA**CARGO/FUNÇÃO:** AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS**CPF:** 038.297.639-80**LOCAL, SERVIÇO A SER EXECUTADO E PERÍODO DE AFASTAMENTO:**

Jacarezinho - PR: transporte de aluno da rede municipal de ensino para atendimento na AJADAVI.

Saída: 11/03/2025

Retorno: 11/03/2025

Em, 11 de março de 2025.

THIAGO ORLANDINI DE ANDRADE ROSA
Proponente**INFORMAÇÃO**

Existe disponibilidade orçamentária para a concessão da diária, através da dotação orçamentária.

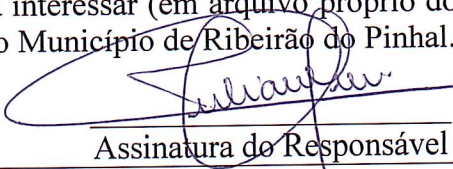
Conta de Despesa/Natureza da despesa: _____

Em, 11 de março de 2025._____
Marcelo Corinith
Contador**CONCESSÃO**

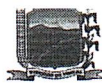
Concedo o pagamento de ¼ (um quarto) de diária solicitadas. Requisite(m)-se e pague(m)-se.

Em, 11 de março de 2025.**PAGAMENTO/RECEBIMENTO**Paga a importância de R\$ 40,00 (quarenta reais), referentes à concessão de ¼ (um quarto) de diárias, através da conta corrente do Poder Executivo para a conta corrente do solicitante no **Banco Itaú, Agência 3882, Conta Corrente 0006502-6**_____
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) e será publicado no Portal de Transparência do Município de Ribeirão do Pinhal.



Assinatura do Responsável

**RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO**

Utilização de Diárias

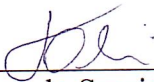
1. IDENTIFICAÇÃO**Órgão:** PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO DO PINHAL**Unidade Administrativa:** Poder Executivo - Secretaria Municipal de Educação e Cultura**Nome do Servidor Beneficiário:** Thiago Orlandini De Andrade Rosa**CPF:** 038.297.639-80**N.º do Empenho da Liberação de Diárias:****2. DESTINO DO SERVIDOR BENEFICIÁRIO****Destino:** Jacarezinho - PR**Data de Saída:** 11/03/2025**Hora da Saída:** 12h00**Data de Chegada:** 11/03/2025**Hora da Chegada:** 18h00**3. JUSTIFICATIVA**

LEVAR ALUNO PARA ATENDIMENTO NA AJADAVI

4. VALOR SOLICITADO:**Números de Diárias:** ¼ de diária**Valor Unitário das Diárias:** R\$ 160,00**Valor a Restituir:** R\$ 0,00**Valor total das Diárias:** R\$ 40,00**5. LOCOMOÇÃO****Veículo:** Gol**Placa:** SDT 4B94**Frota:** Educação**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 pública ou o serviço prestado se for o caso;
(colar em folhas anexadas este relatório);


Assinatura do Servidor Beneficiário