

**PROCESSO ADMINISTRATIVO DE CONCESSÃO DE DIÁRIAS N.º 549/2025****PROPOSTA DE CONCESSÃO****PROPONENTE****NOME:** JOÃO DANTAS DE GÓES**CARGO/FUNÇÃO:** MOTORISTA**CPF:** 739.265.072-68**LOCAL, SERVIÇO A SER EXECUTADO E PERÍODO DE AFASTAMENTO:**

Jacarezinho - PR: levar pacientes para atendimento no Hospital do Olho.

Saída: 16/07/2025

Retorno: 16/07/2025

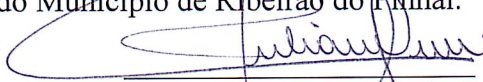
Em, 15 de julho de 2025.
JOÃO DANTAS DE GÓES
Proponente**INFORMAÇÃO**

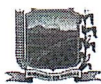
Existe disponibilidade orçamentária para a concessão da diária, através da dotação orçamentária.

Conta de Despesa/Natureza da despesa: _____

Em, 15 de julho de 2025._____
Marcelo Corinth
Contador**CONCESSÃO**Concedo o pagamento de $\frac{1}{4}$ (um quarto) diária solicitada. Requisite(m)-se e pague(m)-se.**Em, 15 de julho de 2025.****PAGAMENTO/RECEBIMENTO**Paga a importância de R\$ 40,00 (quarenta reais), referentes à concessão de $\frac{1}{4}$ (um quarto) diária, através da conta corrente do Poder Executivo para a conta corrente: **Banco SICREDI, Agência: 0717, Conta Corrente: 42124-3.**_____
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:** João Dantas de Góes**CPF:** 739.265.072-68**N.º do Empenho da Liberação de Diárias:****2. DESTINO DO SERVIDOR BENEFICIÁRIO****Destino:** Jacarezinho - PR**Data de Saída:** 16/07/2025**Hora da Saída:** 06h00**Data de Chegada:** 16/07/2025**Hora da Chegada:** 14h00**3. JUSTIFICATIVA**

Levar paciente para atendimento
no hospital do olho.

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:** Van**Placa:** SDV 3A47**Frota:** Secretaria de Saúde**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