



**PREFEITURA DE
RIBEIRÃO DO PINHAL**

ESTADO DO PARANÁ

Secretaria Municipal de Educação e Cultura

PROCESSO ADMINISTRATIVO DE CONCESSÃO DE DIÁRIAS N.º 879/2024

PROPOSTA DE CONCESSÃO

PROPONENTE

NOME: ELIBERTO RODRIGUES DE OLIVEIRA

CARGO/FUNÇÃO: Diretor do CRAS

CPF: 689.351.299-68

LOCAL, SERVIÇO A SER EXECUTADO E PERÍODO DE AFASTAMENTO:

DESLOCAMENTO PARA UMUARAMA-PR - HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SANTA CRUZ
ACOMPANHAR FAMÍLIA ATENDIDA PELA REDE DE PROTEÇÃO

Saída: 20/06/2024

Retorno: 20/06/2024

Em, 24 de junho de 2024.

Eliberto Rodrigues de Oliveira
Proponente

INFORMAÇÃO

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

Conta de Despesa/Natureza da despesa: _____

Em, 24 de junho de 2024.

Marcelo Corinth
Contador

CONCESSÃO

Concedo o pagamento de 1 diária solicitada. Requisite(m)-se e pague(m)-se.

Em, 24 de junho de 2024.

PAGAMENTO/RECEBIMENTO

Paga a importância de R\$ 125,00 (CENTO E VINTE CINCO REAIS), referentes à concessão de 1 diária, através da conta corrente do Poder Executivo para a conta corrente do solicitante.

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 Assistência Social
Nome do Servidor Beneficiário: ELIBERTO RODRIGUES DE OLIVEIRA
CPF: 689.351.299-68
N.º do Empenho da Liberação de Diárias:

2. DESTINO DO SERVIDOR BENEFICIÁRIO

Destino: UMUARAMA-PR
Data de Saída: 20/06/2024 **Hora da Saída:** 7h00
Data de Chegada: 20/06/2024 **Hora da Chegada:** 22h00

3. JUSTIFICATIVA

NA QUINTA-FEIRA DO DIA 20/06. FUI A UMUARAMA LEVAR E ACOMPANHAR MARIA JULIA NO HOSPITAL PSIQUIATRICO PARA AVALIAÇÃO E INTERIAMENTO DA MESMA. SAÍ SEM CÉDULO DEVIDO A DISTÂNCIAS E A DEMORA DA VOLTA E PORQUE TINHA ORDEM DE CHEGADA.

4. VALOR SOLICITADO:

Números de Diárias: 1 diária
Valor Unitário das Diárias: R\$ 125,00 **Valor a Restituir:** R\$ 0,00
Valor total das Diárias: R\$ 125,00

5. LOCOMOÇÃO

Veículo: HB20 **Placa:** RHY-4E95 **Frota:** Prefeitura/SECRETARIA DE SAÚDE

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