

PROCESSO ADMINISTRATIVO DE CONCESSÃO DE DIÁRIAS N.º 345/2024

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 CLÍNICA DE RECUPERAÇÃO MANAIN EM TELEMACO BORBA

Saída: 22/03/2024

Retorno: 22/03/2024

Em, 26 de Março 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, 26 de Março de 2024.

Marcelo Corinth
Contador

CONCESSÃO

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

Em, 26 de Março de 2024.


PAGAMENTO/RECEBIMENTO

Paga a importância de R\$ 80,00 (Oitenta reais), referentes à concessão de meia 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: TELEMACO BORBA - PR

Data de Saída: 22/03/2024 **Hora de Saída:** 7h00

Data de Chegada: 22/03/2024 **Hora de Chegada:** 18h30

3. JUSTIFICATIVA

TRANSPORTE E ACOMPANHANTE DO PACIENTE PARA RETORNO A CLÍNICA MARAÍM. DA VISITA PARA SUAS FAMÍLIAS. TAMBÉM SERVIÇO PRESTADO PARA SECRETARIAS DE SAÚDE

4. VALOR SOLICITADO:

Números de Diárias: meia diária

Valor Unitário das Diárias: R\$ 80,00

Valor a Restituir: R\$ 0,00

Valor total das Diárias: R\$ 80,00

5. LOCOMOÇÃO

Veículo: GOL **Placa:** BEQ2E92 **Frota:** Prefeitura/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