



**PROCESSO ADMINISTRATIVO DE CONCESSÃO DE DIÁRIAS N.º 346/2024**

**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 OURINHOS- SP - INSS ACOMPANHAR FAMÍLIA ATENDIDA PELA REDE DE PROTEÇÃO

Saída: 25/03/2024

Retorno: 25/03/2024

**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 1/4 diária solicitada. Requisite(m)-se e pague(m)-se.

**Em, 26 de Março de 2024.**

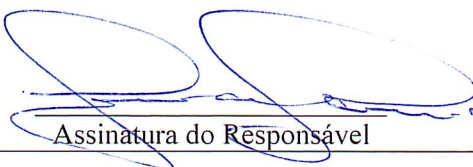
**PAGAMENTO/RECEBIMENTO**

Paga a importância de R\$ 40,00 (Quarenta reais), referentes à concessão de 1/4 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:** ORINHOS - SP

**Data de Saída:** 25/03/2024 **Hora da Saída:** 5h00

**Data de Chegada:** 25/03/2024 **Hora da Chegada:** 12h00

#### 3. JUSTIFICATIVA

TRANSPORTE E ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE PARA PERÍCIA NO INSS DE ORINHOS - SP.

#### 4. VALOR SOLICITADO:

**Números de Diárias:** 1/4 diária

**Valor Unitário das Diárias:** R\$ 40,00

**Valor a Restituir:** R\$ 0,00

**Valor total das Diárias:** R\$ 40,00

#### 5. LOCOMOÇÃO

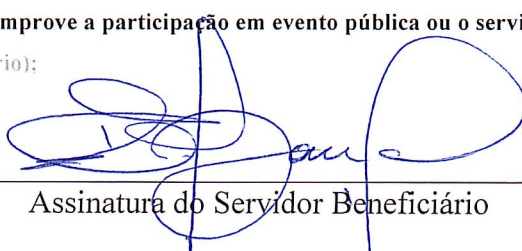
**Veículo:** EcoSport **Placa:** BDP7G02 **Frota:** Prefeitura/ Assistência Social **Particular:**

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