



**PROCESSO ADMINISTRATIVO DE CONCESSÃO DE DIÁRIAS N.º 819/2024**

**PROPOSTA DE CONCESSÃO**

**PROPONENTE**

**NOME:** REINALDO TIMÓTEO DA SILVA

**CARGO/FUNÇÃO:** AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS

**CPF:** 272.559.168-64

**LOCAL, SERVIÇO A SER EXECUTADO E PERÍODO DE AFASTAMENTO:**

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

Saída: 14/05/2024

Retorno: 14/05/2024

**Em, 14 de maio de 2024.**

REINALDO TIMÓTEO DA SILVA

Proponente

**INFORMAÇÃO**

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

Conta de Despesa/Natureza da despesa: \_\_\_\_\_

**Em, 14 de maio de 2024.**

\_\_\_\_\_  
Marcelo Corinth  
Contador

**CONCESSÃO**

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

**Em, 14 de maio de 2024.**

**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 Sicredi, Agência 0717, Conta Corrente 44799-4.**

\_\_\_\_\_  
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:** Reinaldo Timóteo da Silva  
**CPF:** 272.559.168-64  
**N.º do Empenho da Liberação de Diárias:**

### 2. DESTINO DO SERVIDOR BENEFICIÁRIO

**Destino:** Jacarezinho - PR  
**Data de Saída:** 14/05/2024  
**Data de Chegada:** 14/05/2024  
**Hora da Saída:** 12h00  
**Hora da Chegada:** 18h00

### 3. JUSTIFICATIVA

*Transporte plano para trabalho*

### 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:** Uno  
**Frota:** Assistência Social  
**Placa:** EGJC288  
**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);

*Reinaldo Timóteo da Silva*  
Assinatura do Servidor Beneficiário