

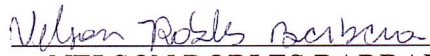
**PROCESSO ADMINISTRATIVO DE CONCESSÃO DE DIÁRIAS N.º 996/2024****PROPOSTA DE CONCESSÃO****PROPONENTE****NOME:** NELSON ROBLES BÁRBARA**CARGO/FUNÇÃO:** MOTORISTA**CPF:** 722.502.409-49**LOCAL, SERVIÇO A SER EXECUTADO E PERÍODO DE AFASTAMENTO:**

Jacarezinho - PR: transporte de pacientes no Hospital do Olho.

Saída: 08/07/2024

Retorno: 08/07/2024

Em, 05 de julho de 2024.


NELSON ROBLES BARBARA
Proponente

INFORMAÇÃO

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

Conta de Despesa/Natureza da despesa: _____

Em, 05 de julho de 2024.

Marcelo Corinth
Contador

CONCESSÃO

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

Em, 05 de julho de 2024.**PAGAMENTO/RECEBIMENTO**

Paga a importância de R\$ 40,00 (quarenta reais), referentes à concessão de ¼ (um quarto) de diária, através da conta corrente do Poder Executivo para a conta corrente do solicitante.

Banco Sicredi, Agência 0717, Conta Corrente: 50378-9.

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: Nelson Robles Bárbara

CPF: 722.502.409-49

N.º do Empenho da Liberação de Diárias:

2. DESTINO DO SERVIDOR BENEFICIÁRIO

Destino: Jacarezinho - PR

Data de Saída: 08/07/2024

Hora da Saída: 04h00

Data de Chegada: 08/07/2024

Hora da Chegada: 14h00

3. JUSTIFICATIVA

Transporte de paciente no hospital do olho

Km Inicial: 148087 / Km Final: 148216

4. VALOR SOLICITADO:

Números de Diárias: ¼ diária

Valor Unitário das Diárias: R\$ 160,00

Valor a Restituir: R\$ 0,00

Valor total das Diárias: R\$ 40,00

5. LOCOMOÇÃO

Veículo: Gol

Placa: BEQ 2A92

Frota: 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);

Nelson Robles Bárbara
Assinatura do Servidor Beneficiário