

PROCESSO ADMINISTRATIVO DE CONCESSÃO DE DIÁRIAS N.º 1000/2024

PROPOSTA DE CONCESSÃO

PROPONENTE

NOME: NELSON ROBLES BÁRBARA

CARGO/FUNÇÃO: MOTORISTA

CPF: 722.502.409-49

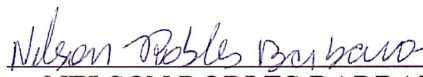
LOCAL, SERVIÇO A SER EXECUTADO E PERÍODO DE AFASTAMENTO:

Jacarezinho - PR: transporte de pacientes para tratamento no Hospital do Olho

Saída: 12/07/2024

Retorno: 12/07/2024

Em, 11 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, 11 de julho de 2024.

Marcelo Corinth
Contador

CONCESSÃO

Concedo o pagamento de $\frac{1}{4}$ (um quarto) diária solicitada. Requisite(m)-se e pague(m)-se.

Em, 11 de julho de 2024.

PAGAMENTO/RECEBIMENTO

Paga a importância de R\$ 40,00 (quarenta reais), referentes à concessão de $\frac{1}{4}$ (um quarto) de diária, através da conta corrente do Poder Executivo para a conta corrente do solicitante.

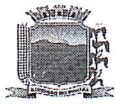
Banco Sicredi, Agência 0717, Conta Corrente: 50378-9.

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: 12/07/2024 **Hora da Saída:** 06h00
Data de Chegada: 12/07/2024 **Hora da Chegada:** 13h30

3. JUSTIFICATIVA

Transporte de paciente para hospital de olho

Km Inicial: 60432 / Km Final: 60583

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