



**PROCESSO ADMINISTRATIVO DE CONCESSÃO DE DIÁRIAS N.º 1002/2024**

**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:**

Ponta Grossa - PR: transporte de pacientes para tratamento na Santa Casa.

Saída: 16/07/2024

Retorno: 16/07/2024

**Em, 15 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, 15 de julho de 2024.**

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

**CONCESSÃO**

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

**Em, 15 de julho de 2024.**

**PAGAMENTO/RECEBIMENTO**

Paga a importância de R\$ 62,50 (sessenta e dois reais e cinquenta centavos), 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:** Ponta Grossa - PR  
**Data de Saída:** 16/07/2024 **Hora da Saída:** 12h30  
**Data de Chegada:** 16/07/2024 **Hora da Chegada:** 21h00

**3. JUSTIFICATIVA**

*Transporte de paciente para tratamento de saúde na  
Santo-Casa*

Km Inicial: 53972 / Km Final: 54485

**4. VALOR SOLICITADO:**

**Números de Diárias:** ¼ de diária  
**Valor Unitário das Diárias:** R\$ 250,00 **Valor a Restituir:** R\$ 0,00  
**Valor total das Diárias:** R\$ 62,50

**5. LOCOMOÇÃO**

**Veículo:** HB20 **Placa:** RHY4E95  
**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