



**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE RIBEIRÃO DO PINHAL**

**Estado do Paraná**

Rua Paraná - 940 - CEP 86.490-000 - Fone/ fax 0XX 43 3551 – 8350

smsrpinhal@hotmail.com

**Processo Administra Processo Administrativo de Concessão de Diárias Nº131/2016.**

**Proposta de Concessão**

**PROPONENTE**

**NOME:** ISRAEL BARCELOS DE REZENDE

**CARGO/FUNÇÃO:** MOTORISTA DA SAÚDE

**CPF:** 074.537.008-09

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

Londrina, Apucarana, Astorga, Arapongas, Jacarezinho e Ourinhos

**VALOR DA DIÁRIA - R\$ 360,00 (Trezentos e sessenta reais)**

\_\_\_\_\_  
Israel Barcelos Rezende

**INFORMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

Existe disponibilidade orçamentária para a concessão da diária, através da dotação orçamentária nº \_\_\_\_\_;

Em, 30/06/2016.

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

**SUPERVISOR**

Superior hierárquico do Departamento ou Secretaria em que o proponente encontra-se lotado, responsável por controlar e fiscalizar as saídas dos agentes públicos a serviço do município.

\_\_\_\_\_  
Nadir Sara Melo Fraga Cunha  
Ordenador de Despesas

**CONCESSÃO**

Concedo uma diária solicitada, conforme relatório do supervisor. Requisite-se e pague(m)-se;

\_\_\_\_\_  
Dartagnan Calixto Fraiz  
Prefeito Municipal

**PAGAMENTO/RECEBIMENTO**

Paga a importância de R\$360,00 referente à concessão de diária(s), no período de 17/05/2016 a 25/05/2016, conforme relatório em anexo através da conta corrente do Poder Executivo com nº..... para a conta corrente do solicitante com o nº18.565-5, da agência nº0652-1;

\_\_\_\_\_  
Nadir Sara Melo Fraga Cunha  
Ordenador de Despesa

**PUBLICAÇÃO**

O presente documento está de acordo com as normas regulamentares pertinentes, será afixado no mural de avisos desta Casa, no Portal de Transparência e também publicado no órgão oficial do município em \_\_/\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável



**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE RIBEIRÃO DO PINHAL**

**Estado do Paraná**

Rua Paraná - 940 - CEP 86.490-000 - Fone/ fax 0XX 43 3551 – 8350

smsrpinal@hotmail.com

**Processo Administra Processo Administrativo de Concessão de Diárias Nº132/2016.**

**Proposta de Concessão**

**PROPONENTE**

**NOME:** JOSE CARLOS RODRIGUES RIBEIRO

**CARGO/FUNÇÃO:** MOTORISTA DA SAÚDE

**CPF:** 040.441.949-63

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

Londrina

**VALOR DA DIÁRIA** - R\$ 40,00 (Quarenta reais)

\_\_\_\_\_  
José Carlos Rodrigues Ribeiro

**INFORMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

Existe disponibilidade orçamentária para a concessão da diária, através da dotação orçamentária nº \_\_\_\_\_;

Em, 30/06/2016.

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

**SUPERVISOR**

Superior hierárquico do Departamento ou Secretaria em que o proponente encontra-se lotado, responsável por controlar e fiscalizar as saídas dos agentes públicos a serviço do município.

\_\_\_\_\_  
Nadir Sara Melo Fraga Cunha  
Ordenador de Despesas

**CONCESSÃO**

Concedo uma diária solicitada, conforme relatório do supervisor. Requisite-se e pague(m)-se;

\_\_\_\_\_  
Dartagnan Calixto Fraiz  
Prefeito Municipal

**PAGAMENTO/RECEBIMENTO**

Paga a importância de R\$40,00 referente à concessão de diária(s), no período de 17/05/2016, conforme relatório em anexo através da conta corrente do Poder Executivo com nº..... para a conta corrente do solicitante com o nº 21.498-1, da agência nº0652-1;

\_\_\_\_\_  
Nadir Sara Melo Fraga Cunha  
Ordenador de Despesa

**PUBLICAÇÃO**

O presente documento está de acordo com as normas regulamentares pertinentes, será afixado no mural de avisos desta Casa, no Portal de Transparência e também publicado no órgão oficial do município em \_\_/\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável



**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE RIBEIRÃO DO PINHAL**

**Estado do Paraná**

Rua Paraná - 940 - CEP 86.490-000 - Fone/fax 0XX 43 3551 – 8350

smsrpinal@hotmail.com

**Processo Administra Processo Administrativo de Concessão de Diárias Nº133/2016.**

**Proposta de Concessão**

**PROPONENTE**

**NOME:** CLAUDIO ROBERTO FIRMINO

**CARGO/FUNÇÃO:** MOTORISTA DA SAÚDE

**CPF:** 018.474.589-63

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

Londrina, Astorga, Apucarana, Curitiba e Andira

**VALOR DA DIÁRIA** - R\$ 365,00 (Trezentos e sessenta e cinco reais)

\_\_\_\_\_  
Claudio Roberto Firmino

**INFORMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

Existe disponibilidade orçamentária para a concessão da diária, através da dotação orçamentária nº \_\_\_\_\_;

Em, 30/06/2016.

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

**SUPERVISOR**

Superior hierárquico do Departamento ou Secretaria em que o proponente encontra-se lotado, responsável por controlar e fiscalizar as saídas dos agentes públicos a serviço do município.

\_\_\_\_\_  
Nadir Sara Melo Fraga Cunha  
Ordenador de Despesas

**CONCESSÃO**

Concedo uma diária solicitada, conforme relatório do supervisor. Requisite-se e pague(m)-se;

\_\_\_\_\_  
Dartagnan Calixto Fraiz  
Prefeito Municipal

**PAGAMENTO/RECEBIMENTO**

Paga a importância de R\$40,00 referente à concessão de diária(s), no período de 17/05/2016 a 30/05/2016, conforme relatório em anexo através da conta corrente do Poder Executivo com nº..... para a conta corrente do solicitante com o nº. 15.342-6, da agência nº 3882;

\_\_\_\_\_  
Nadir Sara Melo Fraga Cunha  
Ordenador de Despesa

**PUBLICAÇÃO**

O presente documento está de acordo com as normas regulamentares pertinentes, será afixado no mural de avisos desta Casa, no Portal de Transparência e também publicado no órgão oficial do município em \_\_/\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável



**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE RIBEIRÃO DO PINHAL**

**Estado do Paraná**

Rua Paraná - 940 - CEP 86.490-000 - Fone/ fax 0XX 43 3551 – 8350

smsrpinal@hotmail.com

**Processo Administra Processo Administrativo de Concessão de Diárias Nº135/2016.**

**Proposta de Concessão**

**PROPONENTE**

**NOME:** NORACI DA SILVA VELANI

**CARGO/FUNÇÃO:** MOTORISTA DA SAÚDE

**CPF:** 573.833.329-20

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

Londrina, Apucarana, Araongas, São Jerônimo da Serra

**VALOR DA DIÁRIA** - R\$ 160,00 (Centos e sessenta reais)

\_\_\_\_\_  
Noraci Velani da Silva

**INFORMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

Existe disponibilidade orçamentária para a concessão da diária, através da dotação orçamentária nº \_\_\_\_\_;

Em, 30/06/2016.

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

**SUPERVISOR**

Superior hierárquico do Departamento ou Secretaria em que o proponente encontra-se lotado, responsável por controlar e fiscalizar as saídas dos agentes públicos a serviço do município.

\_\_\_\_\_  
Nadir Sara Melo Fraga Cunha  
Ordenador de Despesas

**CONCESSÃO**

Concedo uma diária solicitada, conforme relatório do supervisor. Requisite-se e pague(m)-se;

\_\_\_\_\_  
Dartagnan Calixto Fraiz  
Prefeito Municipal

**PAGAMENTO/RECEBIMENTO**

Paga a importância de R\$160,00 referente à concessão de diária(s), no período de 24/05/2016 a 28/05/2016, conforme relatório em anexo através da conta corrente do Poder Executivo com nº..... para a conta corrente do solicitante com o nº 00386-0, da agência nº 3882;

\_\_\_\_\_  
Nadir Sara Melo Fraga Cunha  
Ordenador de Despesa

**PUBLICAÇÃO**

O presente documento está de acordo com as normas regulamentares pertinentes, será afixado no mural de avisos desta Casa, no Portal de Transparência e também publicado no órgão oficial do município em \_\_/\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável



**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE RIBEIRÃO DO PINHAL**

**Estado do Paraná**

Rua Paraná - 940 - CEP 86.490-000 - Fone/ fax 0XX 43 3551 – 8350

smsrpinhal@hotmail.com

**Processo Administra Processo Administrativo de Concessão de Diárias Nº136/2016.**

**Proposta de Concessão**

**PROPONENTE**

**NOME:** JOÃO GALDINO

**CARGO/FUNÇÃO:** MOTORISTA DA SAÚDE

**CPF:** 650.803.009-49

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

Londrina, Campo Largo e Curitiba

**VALOR DA DIÁRIA** - R\$ 490,00 (Quatrocentos e noventa reais)

\_\_\_\_\_  
João Galdino

**INFORMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

Existe disponibilidade orçamentária para a concessão da diária, através da dotação orçamentária nº \_\_\_\_\_;

Em, 30/06/2016.

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

**SUPERVISOR**

Superior hierárquico do Departamento ou Secretaria em que o proponente encontra-se lotado, responsável por controlar e fiscalizar as saídas dos agentes públicos a serviço do município.

\_\_\_\_\_  
Nadir Sara Melo Fraga Cunha  
Ordenador de Despesas

**CONCESSÃO**

Concedo uma diária solicitada, conforme relatório do supervisor. Requisite-se e pague(m)-se;

\_\_\_\_\_  
Dartagnan Calixto Fraiz  
Prefeito Municipal

**PAGAMENTO/RECEBIMENTO**

Paga a importância de R\$160,00 referente à concessão de diária(s), no período de 24/05/2016 a 28/05/2016, conforme relatório em anexo através da conta corrente do Poder Executivo com nº..... para a conta corrente do solicitante com o nº 12.756-0, da agência nº 3882;

\_\_\_\_\_  
Nadir Sara Melo Fraga Cunha  
Ordenador de Despesa

**PUBLICAÇÃO**

O presente documento está de acordo com as normas regulamentares pertinentes, será afixado no mural de avisos desta Casa, no Portal de Transparência e também publicado no órgão oficial do município em \_\_/\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável