**Processo Administrativo de Concessão de Diárias Nº045/2017.**

**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, Curitiba, Arapongas e Apucarana.** **VALOR DA DIÁRIA - R$ 495,00 (Quatrocentos e Noventa e cinco reais)****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Claudio Roberto Firmino** |

**INFORMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

|  |
| --- |
| **Existe disponibilidade orçamentária para a concessão da diária, através da dotação orçamentária nº \_\_\_\_\_\_\_;****Em, 17/02/2017.****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****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.****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Evanir Pereira****Ordenadora de Despesas** |

**CONCESSÃO**

|  |
| --- |
| **Concedo uma diária solicitada, conforme relatório do supervisor. Requisite-se e pague(m)-se;****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Wagner Luiz Oliveira Martins****Prefeito Municipal** |

**PAGAMENTO/RECEBIMENTO**

|  |
| --- |
| **Paga a importância de R$ 495,00 referente à concessão de diária(s), no período de 09/02/2017 a 14/02/2017, conforme relatório em anexo através da conta corrente do Poder Executivo com nº..... para a conta corrente do solicitante com o nº15.342-6, da agência nº3882;****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Evanir Pereira****Ordenadora 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** |

