



**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 Administrativo de Concessão de Diárias Nº179/2016.**

**Proposta de Concessão**

**PROPONENTE**

**NOME:** JOÃO BATISTA DEOLIVEIRA

**CARGO/FUNÇÃO:** MOTORISTA DA SAÚDE

**CPF:** 881.902.349-00

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

Londrina, Araçongas, Campo Largo e Curitiba

**VALOR DA DIÁRIA** - R\$ 550,00 (Quinhentos e cinquenta reais)

\_\_\_\_\_  
João Batista de Oliveira

**INFORMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

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

Em, 08/08/2016.

\_\_\_\_\_  
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.

\_\_\_\_\_  
Vanderlene Silveira de Rezende  
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\$ 550,00 referente à concessão de diária(s), no período de 19/07/2016 a 04/08/2016, conforme relatório em anexo através da conta corrente do Poder Executivo com nº..... para a conta corrente do solicitante com o nº 03281-0, da agência nº 3882;

\_\_\_\_\_  
Vanderlene Silveira de Rezende  
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*