



Processo Administrativo de Concessão de Diárias Nº.019/2019.

Proposta de Concessão

PROPONENTE

NOME: VANDERLENE SILVEIRA DE REZENDE

CARGO/FUNÇÃO: SECRETARIA DA SAÚDE

CPF: 017.549.309-05

LOCAL, SERVIÇO A SER EXECUTADO E PERÍODO DE AFASTAMENTO:

Participação de Reunião na Secretária Estadual de Saúde – Convocação do Exmo Prefeito Municipal.

VALOR DA DIÁRIA – R\$ 250,00(Duzentos de cinquenta reais)

Vanderlene Silveira de Rezende

INFORMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

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

Em, 28/01/2019.

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
Ordenadora de Despesas

CONCESSÃO

Concedo diárias solicitadas, conforme relatório do supervisor em anexo. Requisite-se e pague(m)-se;

Wagner Luiz de Oliveira Martins
Prefeito Municipal

PAGAMENTO/RECEBIMENTO

Paga a importância de R\$ 250,00 referente à concessão de diária(s), no período de 04/02/2019 a 06/02/2019, conforme relatório em anexo através da conta corrente do Poder Executivo com nº..... para a conta corrente do solicitante com o nº. 85.151-5, da agência nº.717 - SICREDI

Vanderlene Silveira de Rezende
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.

Júlio César Pinheiro



RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO

Utilização de Diárias

1. IDENTIFICAÇÃO

Órgão: PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO DO PINHAL
Unidade Administrativa: Poder Executivo – (colocar Secretaria ou departamento)
Nome do Servidor Beneficiário: *Landelme Silveira de Rezende*
CPF: *017.549.309-05*
N.º do Empenho da Liberação de Diárias:

2. DESTINO DO SERVIDOR BENEFICIÁRIO

Destino: *Curitiba*
Data de Saída: *04/02/2019* Hora da Saída: *10:00*
Data de Chegada: *06/02/2019* Hora da Chegada:

3. JUSTIFICATIVA

- Reunião na Secretaria Estadual de Saúde, com o prefeito;
- Assunto microrregionalização do Hospital e Maternidade de Ribeirão do Pinhal



4. VALOR SOLICITADO:

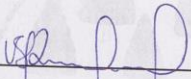
Números de Diárias:		Valor a Restituir:
Valor Unitário das Diárias:	250,00	
Valor total das Diárias:	250,00	

5. LOCOMOÇÃO

Veículo:	Placa:
Frota:	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 publica ou o serviço prestado, se for o caso;
(colar em folhas anexadas este relatório);


Assinatura do Servidor Beneficiário