



**Processo Administrativo de Concessão de Diárias N.º. 072/2019.**  
**Proposta de Concessão**

**PROPONENTE**

**NOME:** JÚLIO CÉSAR PINHEIRO

**CARGO/FUNÇÃO:** AGENTE DE SAÚDE

**CPF:** 732.041.969.68

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

Transporte de paciente ao Hospital de Olho da cidade Jacarezinho.

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

\_\_\_\_\_  
Júlio César Pinheiro

**INFORMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

Existe disponibilidade orçamentária para a concessão da diária, através da dotação orçamentária n.º \_\_\_\_\_;

Em, 14/03/2019.

\_\_\_\_\_  
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 uma diária solicitada, 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\$ 40,00 referente à concessão de diária(s), no período de 13/03/2019, conforme relatório em anexo através da conta corrente do Poder Executivo com n.º..... para a conta poupança do solicitante com o n.º. 00414-0/500, da agência n.º.3882;

\_\_\_\_\_  
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: *JULIO CESAR PINHEIRO.*  
CPF: *732.041.969-68*  
N.º do Empenho da Liberação de Diárias:

2. DESTINO DO SERVIDOR BENEFICIÁRIO

Destino: *HOSPITAL DE OLHOS DE JACAREZINHO.*  
Data de Saída: *13/03/2019* Hora da Saída: *06:18 HS*  
Data de Chegada: *13/03/2019* Hora da Chegada: *13:48 HS*

3. JUSTIFICATIVA

*A SECRETARIA DA SAÚDE ME SOLICITOU PI REALIZAR O TRANSPORTE DO PACIENTE - JORGE DA ROCHA A REFERIDA CIDADE.*



**4. VALOR SOLICITADO:**

Números de Diárias: 072/2019  
Valor Unitário das Diárias: 40,00 Valor a Restituir: 40,00  
Valor total das Diárias: 40,00

**5. LOCOMOÇÃO**


Veículo: Onix Joye Placa: BCI-2219  
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);

  
Assinatura do Servidor Beneficiário