



Processo Administrativo de Concessão de Diárias N°. 076/2019.
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 à CISNORP de 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 nº _____;

Em, 15/03/2019.

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 15/03/2019, conforme relatório em anexo através da conta corrente do Poder Executivo com nº..... para a conta poupança do solicitante com o nº. 00414-0/500, da agência nº.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: *CISNORD - JACAREZINHO - PR*

Data de Saída: *15/03/19*

Data de Chegada: *15/03/19*

Hora da Saída: *06:08 HS*

Hora da Chegada: *12:37 HS*

3. JUSTIFICATIVA

A SECRETARIA DE SAÚDE ME SOLICITOU PARA REALIZAR O TRANSPORTE DA PACIENTE - MICHELE LANINI DA FONSECA PARA CONSULTA MÉDICA NA CISNORD DE JACAREZINHO.



4. VALOR SOLICITADO:

Números de Diárias:	076/2019	Valor a Restituir:	40,00
Valor Unitário das Diárias:	40,00		
Valor total das Diárias:	40,00		

5. LOCOMOÇÃO

Veículo:	Onix, 2014	Placa:	BCI-2232.
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 publica ou o serviço prestado, se for o caso;

(colar em folhas anexadas este relatório);

Assinatura do Servidor Beneficiário