



Processo Administrativo de Concessão de Diárias Nº.211 /2019
Proposta de Concessão

PROPONENTE

NOME: JOYCE DE CASSIA STROMBECK

CARGO/FUNÇÃO: ENFERMEIRA

CPF: 060.984.049-50

LOCAL, SERVIÇO A SER EXECUTADO E PERÍODO DE AFASTAMENTO:

Convocação para participar da Reunião Técnica de Imunização da 18ª. R.S.

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

Joyce de Cássia Strombeck

INFORMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

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

Em, 22/07/2019.

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. 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 10/07/2019 conforme relatório em anexo através da conta corrente do Poder Executivo com nº..... para a conta corrente do solicitante com o nº. 15.425-9, 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: SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Nome do Servidor Beneficiário: *Ana maria da silva*
CPF: *783.064.779-87*
N.º do Empenho da Liberação de Diárias:

2. DESTINO DO SERVIDOR BENEFICIÁRIO

Destino: *Lornélio Procópio*
Data de Saída: *10/10/19*
Data de Chegada: *10/10/19*
Hora da Saída: *7:30hr*
Hora da Chegada: *16:30hr*

3. JUSTIFICATIVA

turno para atualização de calendário vacinal



4. VALOR SOLICITADO:

Números de Diárias: 01	Valor a Restituir: R\$ 40,00
Valor Unitário das Diárias: R\$ 40,00	
Valor total das Diárias: R\$ 40,00	

5. LOCOMOÇÃO

Veículo: GOL	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