



Secretaria Municipal de Saúde  
**Processo Administrativo de Concessão de Diárias Nº.202/2020.**  
**Proposta de Concessão**

PROPONENTE

NOME: **Claudemir Robles Fialho**

CARGO/FUNÇÃO: Motorista da Saúde

CPF: 063.268.099-75

LOCAL, SERVIÇO A SER EXECUTADO E PERÍODO DE AFASTAMENTO:

Transporte de paciente às cidades de São Jerônimo da Serra.

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

\_\_\_\_\_  
Claudemir Robles Fialho

INFORMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

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

Em, 14/10/2020.

\_\_\_\_\_  
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 14/10/2020, conforme relatório em anexo através da conta corrente do Poder Executivo com nº..... para a conta corrente do solicitante com o nº. 12736-2, da agência nº3882

\_\_\_\_\_  
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.

\_\_\_\_\_  
Evelyn Moraes Oliveira Pulcinelli





**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:  
CPF: 827.534.159-00  
N.º do Empenho da Liberação de Diárias:

**2. DESTINO DO SERVIDOR BENEFICIÁRIO**

Destino: São Jerônimo da Serra  
Data de Saída: 14/10/2020  
Data de Chegada: 14/10/2020  
Hora da Saída: 06:00  
Hora da Chegada: 15:30

**3. JUSTIFICATIVA**

São Jerônimo da Serra, Paciente Hospital Humanita



q

**4. VALOR SOLICITADO:**

Números de Diárias:	
Valor Unitário das Diárias:	Valor a Restituir:
Valor total das Diárias:	

**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 pública ou o serviço prestado, se for o caso;**

(colar em folhas anexadas este relatório);

  
Assinatura do Servidor Beneficiário