



Secretaria Municipal de Saúde
Processo Administrativo de Concessão de Diárias Nº.206/2021.
Proposta de Concessão

PROPONENTE

NOME: **Claudemir Robles Fialho**
CARGO/FUNÇÃO: Motorista da Saúde
CPF: 827.534.159-00

LOCAL, SERVIÇO A SER EXECUTADO E PERÍODO DE AFASTAMENTO:
Transporte de paciente às cidades de Santa Mariana .
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, 13/08/2021.

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.

Nadir Sara Melo Fraga Cunha
Ordenadora de Despesas

CONCESSÃO

Concedo uma diária solicitada, conforme relatório do supervisor. Requisite-se e pague(m)-se;

Dartagnan Calixto Fraiz
Prefeito Municipal

PAGAMENTO / RECEBIMENTO

Paga a importância de R\$ 40,00 referente à concessão de diária(s), no dia de 09/08/2021, 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

Nadir Sara Melo Fraga Cunha
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: 927.534.159-000
N.º do Empenho da Liberação de Diárias:

2. DESTINO DO SERVIDOR BENEFICIÁRIO

Destino: *SO. MARIANA*
Data de Saída: *09/08/21* Hora da Saída: *8:00*
Data de Chegada: *09/08/21* Hora da Chegada: *16:00*

3. JUSTIFICATIVA

LEVAR PACIENTE CIRURGIA OLHO



PREFEITURA DE
RIBEIRÃO DO PINHAL
ESTADO DO PARANÁ

Secretaria Municipal de Saúde



PREFEITURA DE
RIBEIRÃO DO PINHAL
ESTADO DO PARANÁ

4. VALOR SOLICITADO: 40,00

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

5. LOCOMOÇÃO


Veículo: gol	Placa: B.C. 2
Frota: saúde	Particular: 2.A.92

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