



Processo Administrativo de Concessão de Diárias nº. 329/2021

Proposta de Concessão

PROPONENTE

NOME: ZENAIDE DE LOURDES DEL PADRE RODRIGUES

CARGO/FUNÇÃO: Agente de Saúde

CPF: 897.545.819-91

LOCAL: SERVIÇO A SER EXECUTADO E PERÍODO DE AFASTAMENTO:

Acompanhamento de paciente à Cidade de Londrina à tratamento de Saúde

Saída: 28/10/2021

Retorno: 28/10/2021

Em, 04/11/2021.

ZENAIDE DE LOURDES DEL PADRE RODRIGUES
Proponente

INFORMAÇÃO

Existe disponibilidade orçamentária para a concessão da diária, através da dotação orçamentária.

Conta de Despesa/Natureza da despesa: _____

Em, 04/11/2021.

Marcelo Corinth
Contador

CONCESSÃO

Concedo 01 diária de R\$80,00 solicitada. Requisite(m)-se e pague(m)-se;

Em, 04/11/ 2021.

PAGAMENTO/RECEBIMENTO

Paga a importância de **R\$80,00** (oitenta e Reais), referente à concessão de diária, através da conta corrente do Poder Executivo para a conta corrente do solicitante nº. 2946-1, da agência nº.6095 , Bradesco .

Nadir Sara Melo Fraga Cunha
Ordenador 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, tesouraria e/ou contabilidade) e será publicado no Portal de Transparência do Município de Ribeirão do Pinhal, anexado o motivo da viagem.

Adilson Martins Inácio
Assinatura do Responsável



Hospital do Câncer de Londrina
Instituto de Câncer de Londrina - I.C.L

DECLARAÇÃO
(ACOMPANHANTE)

329/2021

Atesto para os devidos fins que o paciente **Pedrina Domingos de Carvalho** esteve em consulta no dia 28 de outubro de 2021, nesta instituição. Necessitou ser acompanhado(a) pelo(a) sr(a) **Zenaide de Lourdes Del Padre Rodrigues** **CID Z76.3** . Sem mais para o momento, coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos.


Dra. Ana Maria U. Gomes
MÉDICA
CRM-PR 35520

Londrina, 28 de outubro de 2021



RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO

Utilização de Diárias

1. IDENTIFICAÇÃO

Órgão: PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO DO PINHAL
Unidade Administrativa: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO DO PINHAL
Nome do Servidor Beneficiário: *IGOR ALBERTO DEL PADRE RODRIGUES*
CPF:
N.º do Empenho da Liberação de Diárias: *329/2021*

2. DESTINO DO SERVIDOR BENEFICIÁRIO

Destino: *LONDRINA*
Data de Saída: *28/10/2021* Hora da Saída: *4:30*
Data de Chegada: *28/10/2021* Hora da Chegada: *19:30*

3. JUSTIFICATIVA

acompanhante da paciente PEDRINA DOMINGUES DE CARVALHO à cidade LONDRINA no HC à TRATAMENTO DE SAÚDE



4. VALOR SOLICITADO:

| | |
|-----------------------------------|--------------------------|
| Números de Diárias: 01 | Valor a Restituir: 80,00 |
| Valor Unitário das Diárias: 80,00 | |
| Valor total das Diárias: 80,00 | |

5. LOCOMOÇÃO

| | |
|-------------------------------|-------------|
| Veículo: MUNICIPAL | Placa: |
| Frota: DA SECRETARIA DA 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