**Processo Administrativo de Concessão de Diárias Nº94/2017.**

**Proposta de Concessão**

**PROPONENTE**

|  |
| --- |
| **NOME:** NORACI DA SILVA VELANI**CARGO/FUNÇÃO:** MOTORISTA DA SAÚDE**CPF:** 573.833.329-20**LOCAL, SERVIÇO A SER EXECUTADO E PERÍODO DE AFASTAMENTO**: Apucarana, Londrina, Arapongas.**VALOR DA DIÁRIA** - R$ 400,00 (Quatrocentos reais)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Noraci da Silva Velani |

**INFORMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

|  |
| --- |
| Existe disponibilidade orçamentária para a concessão da diária, através da dotação orçamentária nº \_\_\_\_\_\_\_;Em, 04/04/2017.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_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.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Evanir PereiraOrdenadora de Despesas |

**CONCESSÃO**

|  |
| --- |
| Concedo uma diária solicitada, conforme relatório do supervisor. Requisite-se e pague(m)-se;\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Wagner Luiz Oliveira MartinsPrefeito Municipal |

**PAGAMENTO/RECEBIMENTO**

|  |
| --- |
| Paga a importância de R$ 400,00 referente à concessão de diária(s), no período de 23/03/2017 à 31/03/2017,conforme relatório em anexo através da conta corrente do Poder Executivo com nº..... para a conta corrente do solicitante com o nº 00386-0, da agência nº 3882;\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Evanir PereiraOrdenadora 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.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Vanderlene Silveira de Rezende |

