



**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE RIBEIRÃO DO PINHAL**

**Estado do Paraná**

Rua Paraná - 940 - CEP 86.490-000 - Fone/ fax 0XX 43 3551 – 8350  
smsrpinh@hotmai.com

**Processo Administrativo de Concessão de Diárias nº. 125 /2016**

**Proposta de Concessão**

**PROPONENTE**

**NOME:** MÁRCIA RAIMUNDO

**CARGO/FUNÇÃO:** AGENTE COMUNITÁRIO DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

**CPF:** 659.002.359-04

**LOCAL, SERVIÇO A SER EXECUTADO E PERÍODO DE AFASTAMENTO:**

Londrina;

Acompanhar a senhora Rosa Jesus da Silva, que está em acompanhante social por determinação judicial para exame de alta complexidade no horário das 8h1min.

Dia 23 de maio de 2016 saída às 4:45h.

R\$ 80,00

**Em, 20 de maio de 2016.**

\_\_\_\_\_  
Márcia Raimundo  
Proponente

**INFORMAÇÃO**

Existe disponibilidade orçamentária para a concessão da diária, através da dotação orçamentária nº 1190-3.3.90.14.00.00

**Em, 20 de maio de 2016.**

\_\_\_\_\_  
Nadir Sara Melo de Fraga Cunha  
Ordenador de Despesas

**CONCESSÃO**

Concedo uma diária solicitada. Requisite(m)-se e pague(m)-se;

**Em, 20 de maio de 2016.**

\_\_\_\_\_  
Dartagnan Calixto Fraiz  
Prefeito Municipal



**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE RIBEIRÃO DO PINHAL**

**Estado do Paraná**

Rua Paraná - 940 - CEP 86.490-000 - Fone/ fax 0XX 43 3551 – 8350  
smsrpinh@hotmai.com

**PAGAMENTO/RECEBIMENTO**

Paga a importância de R\$80,00 referente à concessão de 01 diária(s), através da conta corrente do Poder Executivo com nº..... para a conta corrente do solicitante com o nº 17.262-4, da agência nº3882;

\_\_\_\_\_  
Ordenador de Despesa

**PUBLICAÇÃO**

O presente documento está de acordo com as normas regulamentares pertinentes, será afixado no mural de avisos desta Casa, no Portal de Transparência e também publicado no órgão oficial do município em \_\_/\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável

**RELATÓRIO**

**BENEFICIÁRIO:**

**CARGO:**

**CPF/MF Nº:**

**SOLICITOU A DIÁRIA:**

**TRANSFERÊNCIA REALIZADA:**

**PORTARIA PUBLICADA:**

**HORÁRIO DE SAÍDA:**

**HORÁRIO DE CHEGADA:**

**LOCAL, HORÁRIO DO INÍCIO E TÉRMINO, MOTIVO DA VIAGEM, AGENDA CUMPRIDA E RESULTADOS:**

BENEFICIÁRIO (DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS DE DIREITO E SOB AS PENAS DA LEI QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA DECLINADAS SÃO VERDADEIRAS)



**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE RIBEIRÃO DO PINHAL**

**Estado do Paraná**

Rua Paraná - 940 - CEP 86.490-000 - Fone/ fax 0XX 43 3551 – 8350  
smsrpinhal@hotmail.com

**Processo Administrativo de Concessão de Diárias nº.126 /2016**

**Proposta de Concessão**

**PROPONENTE**

**NOME:** NORACI DA SILVA VELANI

**CARGO/FUNÇÃO:** MOTORISTA DA SECRETARIA MUNICIPAL SAÚDE

**CPF:** 573.833.329-20

**LOCAL, SERVIÇO A SER EXECUTADO E PERÍODO DE AFASTAMENTO:**

Barretos - 03/05,

Londrina -05/05 e 13/05

Astorga - 09/05

Londrina, Apucarana e Araçongas -10/05, 17/05 e 18/05

Para transporte de pacientes;

R\$ 587,50

**Em, 20 de maio de 2016.**

\_\_\_\_\_  
Noraci da Silva Velani  
Proponente

**INFORMAÇÃO**

Existe disponibilidade orçamentária para a concessão da diária, através da dotação orçamentária nº 1190-3.3.90.14.00.00

**Em, 20 de maio de 2016.**

\_\_\_\_\_  
Nadir Sara Melo de Fraga Cunha  
Ordenador de Despesas

**CONCESSÃO**

Concedo uma diária solicitada. Requisite(m)-se e pague(m)-se;

**Em, 20 de maio de 2016.**

\_\_\_\_\_  
Dartagnan Calixto Fraiz  
Prefeito Municipal



**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE RIBEIRÃO DO PINHAL**

**Estado do Paraná**

Rua Paraná - 940 - CEP 86.490-000 - Fone/ fax 0XX 43 3551 – 8350  
smsrpinhal@hotmail.com

**PAGAMENTO/RECEBIMENTO**

Paga a importância de R\$587,50 referente à concessão de 01 diária(s), através da conta corrente do Poder Executivo com nº..... para a conta corrente do solicitante com o nº 00386-0, da agência nº3882;

\_\_\_\_\_  
Ordenador de Despesa

**PUBLICAÇÃO**

O presente documento está de acordo com as normas regulamentares pertinentes, será afixado no mural de avisos desta Casa, no Portal de Transparência e também publicado no órgão oficial do município em \_\_/\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável

**RELATÓRIO**

**BENEFICIÁRIO:**

**CARGO:**

**CPF/MF Nº:**

**SOLICITOU A DIÁRIA:**

**TRANSFERÊNCIA REALIZADA:**

**PORTARIA PUBLICADA:**

**HORÁRIO DE SAÍDA:**

**HORÁRIO DE CHEGADA:**

**LOCAL, HORÁRIO DO INÍCIO E TÉRMINO, MOTIVO DA VIAGEM, AGENDA CUMPRIDA E RESULTADOS:**

BENEFICIÁRIO (DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS DE DIREITO E SOB AS PENAS DA LEI QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA DECLINADAS SÃO VERDADEIRAS)