



SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE RIBEIRÃO DO PINHAL

Rua Paraná -940 -CEP 86.490-000 - Fone/ fax 0XX 43 3551 - 1204 - E.Mail – smsrpinh@visão.net.com.br

Processo Administrativo de Concessão de Diárias nº.85 /2016

Proposta de Concessão

PROPONENTE

NOME: JOÃO BATISTA DE OLIVEIRA

CARGO/FUNÇÃO: MOTORISTA DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

CPF: 881.902.349-00

LOCAL, SERVIÇO A SER EXECUTADO E PERÍODO DE AFASTAMENTO:

Londrina, Arapongas;

Para transporte de pacientes;

Saída dia 20 de abril de 2016 às 4:30h.

R\$ 50,00

Em, 18 de abril de 2016.

João Batista de Oliveira
Proponente

INFORMAÇÃO

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

Em, 18 de abril de 2016.

Nadir Sara Melo de Fraga Cunha
Ordenador de Despesas

CONCESSÃO

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

Em, 18 de abril de 2016.

Dartagnan Calixto Fraiz
Prefeito Municipal

PAGAMENTO/RECEBIMENTO



SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE RIBEIRÃO DO PINHAL

Rua Paraná -940 -CEP 86.490-000 - Fone/ fax 0XX 43 3551 - 1204 - E.Mail – smsrpinhal@visãonet.com.br

Paga a importância de R\$50,00 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 03281-0, 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)