



**Processo Administrativo de Concessão de Diárias Nº.210/2019**  
**Proposta de Concessão**

**PROPONENTE**

NOME: ANA MARIA DA SILVA  
CARGO/FUNÇÃO: AGENTE DE SAÚDE  
CPF: 783.064.779-87  
LOCAL, SERVIÇO A SER EXECUTADO E PERÍODO DE AFASTAMENTO:  
Convocação para a Reunião Técnica de Imunização na 18ª. R.S.  
VALOR DA DIÁRIA – R\$ 40,00(Quarenta reais)

\_\_\_\_\_  
Ana Maria da Silva

**INFORMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

Existe disponibilidade orçamentária para a concessão da diária, através da dotação orçamentária nº \_\_\_\_\_;  
Em, 22/07/2019.

\_\_\_\_\_  
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.

\_\_\_\_\_  
Vanderlene Silveira de Rezende  
Ordenadora de Despesas

**CONCESSÃO**

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

\_\_\_\_\_  
Wagner Luiz de Oliveira Martins  
Prefeito Municipal

**PAGAMENTO / RECEBIMENTO**

Paga a importância de R\$ 40,00 referente à concessão de diária(s), no período de 10/07/2019 conforme relatório em anexo através da conta corrente do Poder Executivo com nº..... para a conta corrente do solicitante com o nº. 00292-0, da agência nº.3882

\_\_\_\_\_  
Vanderlene Silveira de Rezende  
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.

\_\_\_\_\_  
Júlio César Pinheiro





**RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO**  
Utilização de Diárias

**1. IDENTIFICAÇÃO**

Órgão: PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO DO PINHAL  
Unidade Administrativa: SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
Nome do Servidor Beneficiário: *Ana maria da silva*  
CPF: *783.064.779-87*  
N.º do Empenho da Liberação de Diárias:

**2. DESTINO DO SERVIDOR BENEFICIÁRIO**

Destino: *Lornélio Procópio*  
Data de Saída: *10/10/19*  
Data de Chegada: *10/10/19*  
Hora da Saída: *7:30hr*  
Hora da Chegada: *16:30hr*

**3. JUSTIFICATIVA**

*turno para atualização de calendário vacinal*



4. VALOR SOLICITADO:

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

5. LOCOMOÇÃO

Veículo: GOL	Placa:
Frota:	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