

**Processo Administrativo de Concessão de Diárias nº. 79/2025.**  
**Proposta de Concessão**

**PROPONENTE**

**NOME:** Marília Fernanda de Souza Bueno de Camargo  
**CARGO/FUNÇÃO:** Agendadora  
**CPF:** 067.045.159-25  
**LOCAL: SERVIÇO A SER EXECUTADO E PERÍODO DE AFASTAMENTO:** para reunião Agendadores Municipal de Saúde no CISONOP e treinamento do sistema IDS em **Cornélio Procópio.**  
**Saída:** 18/02/2025 as 07:00hrs  
**Chegada:** 18/02/2025 as 14:00hrs  
**Em:** 14 de fevereiro de 2025.

\_\_\_\_\_  
Marília Fernanda de Souza Bueno de Camargo  
Proponente

**INFORMAÇÃO**

Existe disponibilidade orçamentária para a concessão da diária, através da dotação orçamentária. Conta de Despesa/Natureza da despesa: \_\_\_\_\_  
**Em,** 14 de fevereiro de 2025.

\_\_\_\_\_  
Marcelo Corinth  
Contador

**CONCESSÃO**

Concedo 01 diárias de R\$40,00 solicitada. Requisite(m)-se e pague(m)-se;  
**Em,** 14 de fevereiro de 2025.

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

**PAGAMENTO/RECEBIMENTO**

Paga a importância de **R\$40,00** (quarenta reais), referente à concessão de diária, através da conta poupança do Poder Executivo para a conta corrente do solicitante com o nº 13119-0, da agência nº.3882;

\_\_\_\_\_  
Deiziane Rodrigues Escaraber  
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



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO NORTE DO PARANÁ – CISNOP  
CNPJ N.º 00.126.737/0001-55

Ilmo (a) Senhor (a)  
Secretário (a) Municipal de Saúde

**CONVOCAÇÃO**

A diretoria do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Norte do Paraná – CISNOP, no uso de suas atribuições legais, convoca **ATÉ 05 AGENDADORES** de cada secretaria municipal de saúde, para **treinamento do sistema IDS**.

O treinamento acontecerá em dois dias, dividido da seguinte maneira:

Horário: 08:00h

Local: Auditório da 18ª Regional de Saúde

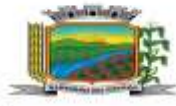
R. Justino Marquês Bonfim, 27 – Cornélio Procópio PR

| <b>DIA 01 – 17 DE FEVEREIRO</b> | <b>DIA 02 – 18 DE FEVEREIRO</b> |
|---------------------------------|---------------------------------|
| ABATIÁ                          | CORNÉLIO PROCÓPIO               |
| ANDIRÁ                          | LEÓPOLIS                        |
| BANDEIRANTES                    | NOVA AMÉRICA DA COLINA          |
| CONGONHINHAS                    | NOVA SANTA BARBARA              |
| ITAMBARACÁ                      | RANCHO ALEGRE                   |
| NOVA FATIMA                     | RIBEIRÃO DO PINHAL              |
| SANTA CECILIA DO PAVÃO          | SANTA AMELIA                    |
| SANTA MARIANA                   | SANTO ANTONIO DO PARAÍSO        |
| SÃO SEBASTIÃO DA AMOREIRA       | SÃO JERONIMO DA SERRA           |
| SAPOPEMA                        | SERTANEJA                       |
| URAI                            |                                 |

Cornélio Procópio, 12 de fevereiro de 2025.

  
**CRISTINA DONZETTI MARTINS ALVES**  
Diretora Administrativa – CISNOP

Rua Justino Marques Bonfim, 17 – CEP 86.300-000 – Fone/fax (43) 3904-1500 / 3904-1501  
CORNÉLIO PROCÓPIO - PARANÁ



**RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO**

Utilização de Diárias

**1. IDENTIFICAÇÃO**

2. **NOME:** Marília Fernanda de Souza Bueno de Camargo  
3. **CARGO/FUNÇÃO:** Agendadora  
4. **CPF:** 067.045.159-25  
5. **N.º do Empenho da Liberação de Diárias:**

**6. DESTINO DO SERVIDOR BENEFICIÁRIO**

**Destino:** Cornélio Procópio

**7. JUSTIFICATIVA**

para reunião Agendadores Municipal de Saúde no CISNOP e treinamento do sistema IDS em Cornélio Procópio.

**4. VALOR SOLICITADO:**

**Números de Diárias:** 01 diárias de 40,00

**Valor Unitário das Diárias:**

**Valor a Restituir:**

**Valor total das Diárias:40,00**

**5. LOCOMOÇÃO**

**Veículo:**

**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 pública ou o serviço prestado, se for o caso;**  
(colar em folhas anexadas este relatório);

Assinatura do Servidor Beneficiário