

**Processo Administrativo de Concessão de Diárias nº. 80/2025.**  
**Proposta de Concessão**

**PROPONENTE**

**NOME:** ELIENE DA SILVA VELANI  
**CARGO/FUNÇÃO:** Auxiliar de Enfermagem  
**CPF:** 022.950.219-95  
**LOCAL: SERVIÇO A SER EXECUTADO E PERÍODO DE AFASTAMENTO:** para reunião Agendadores Municipal de Saúde no CISNOP 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.

\_\_\_\_\_  
ELIENE DA SILVA VELANI  
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 Agência 0717 C/C 00003497-5 Sicredi.

\_\_\_\_\_  
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

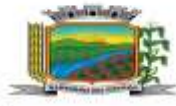
R. Justino Marquês Bonfim, 27 – Cornélio Procópio PR

<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:** ELIENE DA SILVA VELANI  
3. **CARGO/FUNÇÃO:** Auxiliar de Enfermagem  
4. **CPF:** 022.950.219-95  
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