

Processo Administrativo de Concessão de Diárias nº. 509-2025

Proposta de Concessão

PROPONENTE

NOME: Josney Rodrigues da Rosa

CARGO/FUNÇÃO: Assistente Social

CPF: 085.012.089-65

LOCAL: SERVIÇO A SER EXECUTADO E PERÍODO DE AFASTAMENTO: Oficina do Planifica
SUS Saúde Mental – 18ª Regional em Cornélio Procopio.

Saída: 07:00 horas

Chegada: 18:00 horas

Em: 07 de julho de 2025.

Josney Rodrigues da Rosa

INFORMAÇÃO

Existe disponibilidade orçamentária para a concessão da diária, através da dotação orçamentária.

Conta de Despesa/Natureza da despesa: _____

Em, 07 de julho de 2025.

Marcelo Corinth
Contador

CONCESSÃO

Concedo 01 diária de R\$40,00 solicitada. Requisite(m)-se e pague(m)-se;

Em, 07 de julho 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 corrente do Poder Executivo **Fonte 494-21 C/C26.216-1 PlanificaSUS** para a conta corrente do solicitante com o nº. 21742-9 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



Ofício. nº 87/DIR/18RS/SESA

Cornélio Procópio, 30 de junho de 2025

Da: Diretoria da 18ª Regional de Saúde

Para: Secretários Municipais de Saúde, Rts e Tutores do Municipais do Planificasus de todas as Unidades de Saúde, AME e CAPS.

Assunto: "PlanificaSUS Saúde Mental - 18ª Regional de Saúde"

O PlanificaSus Saúde Mental na Atenção Primária em Saúde- APS tem como objetivo a organização da Atenção Primária a Saúde em rede com Atenção Ambulatorial Especializada e demais pontos de atenção a saúde mental, utilizando a metodologia da Planificação, proposta pelo CONASEMSS, em parceria com o Ministério da Saúde e Hospital Israelita Albert Einstein para fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde no SUS.

A Linha prioritária da Macro Região Norte de Saúde é a Saúde Mental, com objetivo de avançarmos na concretização desta rede convidamos para **Oficina de Tutores PlanificaSUS Saúde Mental**, sendo de suma importância a participação de todos. Neste evento teremos a presença da Analista **Larissa Maciel** do Hospital Israelita Albert Einsten.

A oficina acontecerá no dia 08 de julho de 2025, das 08:30hrs às 17:00 hrs, no auditório da 18ª Regional de Saúde.

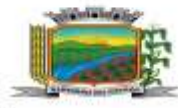
Desde já agradecemos a participação e apoio de todos.

Atenciosamente:

Gimerson de Jesus Subtil
Diretor da 18ª Regional de Saúde

Secretaria da Saúde do Paraná
18ª Regional de Saúde
Cornélio Procópio - PR

OFICIO 023/2024. Assinatura Avançada realizada por: Gimerson de Jesus Subtil (XXX.440.129-XX) em 30/06/2025 14:21 Local: SESA/18/DIR. Inserido ao documento 972.409 por: Mariane de Moura Galvão em: 30/06/2025 14:01. Documento assinado nos termos do Art. 38 do Decreto Estadual nº 7304/2021. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: <https://www.eprotocolo.pr.gov.br/spiweb/validarDocumento> com o código: dd6e69771ae5e6464e2afb9c4deab64e.



RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO

Utilização de Diárias

1. IDENTIFICAÇÃO

2. **NOME:** Josney Rodrigues da Rosa
3. **CARGO/FUNÇÃO:** Assistente Social
4. **CPF:** 085.012.089-65
5. **N.º do Empenho da Liberação de Diárias:**

6. DESTINO DO SERVIDOR BENEFICIÁRIO

Cornélio Procópio - Pr

7. JUSTIFICATIVA

Oficina do Planifica SUS Saúde Mental – 18ªRegional em Cornélio Procópio.

4. VALOR SOLICITADO:

Números de Diárias: 01 diária de 40,00

Valor Unitário das Diárias:

Valor a Restituir:

Valor total da Diária: 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);

8. Declaro para os devidos fins que todas as informações prestadas são da responsabilidade do beneficiário solicitante.

Assinatura do Servidor Beneficiário