



**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE RIBEIRÃO DO PINHAL**

**Estado do Paraná**

Rua Paraná - 940 - CEP 86.490-000 - Fone/ fax 0XX 43 3551 – 8350

E-mail: smsrpinhal@hotmail.com

**Processo Administrativo de Concessão de Diárias Nº. 302/2017.**

**Proposta de Concessão**

**PROPONENTE**

**NOME:** VANDERLENE SILVEIRA DE REZENDE

**CARGO/FUNÇÃO:** SECRETARIA DA SAÚDE

**CPF:** 017.549.309-05

**LOCAL, SERVIÇO A SER EXECUTADO E PERÍODO DE AFASTAMENTO:**

Reunião do Consórcio Intermunicipal da Saúde do Norte do Paraná – Auditório da 18ª Regional de Saúde – Cornélio Procópio.

**VALOR DA DIÁRIA** – R\$ 40,00(Quarenta reais)

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

**INFORMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

Existe disponibilidade orçamentária para a concessão da diária, através da dotação orçamentária nº \_\_\_\_\_;

Em, 13/09/2017.

\_\_\_\_\_  
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 13/09/2017, conforme relatório em anexo através da conta corrente do Poder Executivo com nº..... para a conta corrente do solicitante com o nº. 06739-4, da agência nº.3882;

\_\_\_\_\_  
Vanderlene Silveira de Resende  
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



**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE RIBEIRÃO DO PINHAL**

**Estado do Paraná**

Rua Paraná - 940 - CEP 86.490-000 - Fone/ fax 0XX 43 3551 - 8350

E-mail: [smsrpinhal@hotmail.com](mailto:smsrpinhal@hotmail.com)



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO NORTE DO PARANÁ - CISNOP  
CNPJ N.º 00.126.737/0001-65

Ilmo. (a) Senhor (a)  
SECRETÁRIO(a) MUNICIPAL DE SAÚDE e  
Enfermeiro(a) PSF - Programa Saúde da Família

**CONVOCAÇÃO**

O Presidente do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Norte do Paraná - CISNOP, no uso de suas atribuições legais, convoca os Senhores Secretários Municipais de Saúde e os Enfermeiros do PSF - Programa Saúde da Família para reunião, a saber:

**Data:** 13 de setembro de 2017 (quarta-feira)  
**Horário:** 09:00 horas  
**Local:** Auditório da 18.ª Regional de Saúde  
Rua Justino Marques Bonfim, 27 - Cornélio Procópio - PR


**Assuntos:** Funcionamento do Programa de Saúde mental  
Assuntos Diversos

Informamos ainda, que em caso de ausência do secretário, deverá ser designado um representante constituído por procuração específica para votar sobre os assuntos propostos.

A reunião ocorrerá em primeira chamada com presença da maioria dos convocados, ou em segunda chamada após 30 minutos da primeira com qualquer número.

Solicito confirmar presença até o dia 12/09/2017 às 16:00 horas, através dos telefones (43) 3520-0101 / 3520-0104 ou pelo e-mail: [diretoria@cisnop.com.br](mailto:diretoria@cisnop.com.br).

Cornélio Procópio, 05 de setembro de 2017.

  
**EDIMAR APARECIDO PEREIRA DOS SANTOS**  
Presidente do CISNOP