



**Processo Administrativo de Concessão de Diárias nº. 02/2024**  
**Proposta de Concessão**

**PROPONENTE**

**NOME:** VANDERLENE SILVEIRA DE REZENDE

**CARGO/FUNÇÃO:** DIRETORA DE SAÚDE

**CPF:** 017.549.309-05

**LOCAL: SERVIÇO A SER EXECUTADO E PERÍODO DE ::** Reunião da **Comissão Intergestores Regional – CIR**, em Cornélio Procópio.

**Saída:** 09/01/2024 as 07:00hrs

**Chegada:** 09/01/2024 as 13:00hrs

\_\_\_\_\_  
VANDERLENE SILVEIRA DE REZENDE  
Proponente

**INFORMAÇÃO**

Existe disponibilidade orçamentária para a concessão da diária, através da dotação orçamentária. Conta de Despesa/Natureza da despesa: \_\_\_\_\_  
**Em**, 08 de janeiro de 2024.

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

**CONCESSÃO**

Concedo 01 diárias de R\$40,00 solicitada. Requisite(m)-se e pague(m)-se;  
**Em**, 08 de janeiro de 2024.

\_\_\_\_\_  
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 para a conta corrente do solicitante nº. 98209877-5, da agência nº.0001 -NUBANK

\_\_\_\_\_  
Nadir Sara Melo Fraga Cunha  
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 Circular nº 01/2024 – SCAERA/18ªRS**  
Para: Secretários (as) Municipal de Saúde

Cornélio Procópio, 04 de janeiro de 2024.

**Senhores (as) Secretário (a) Municipal de Saúde**  
Representante da Gestão Estadual da 18ªRS

**CONVOCAÇÃO**  
**REUNIÃO - COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL – CIR/18ªRS**

Convocamos os Secretários (as) Municipais de Saúde para a Reunião da **Comissão Intergestores Regional - CIR**, a ser realizada no dia **09/01/2024 a partir 09 horas** para tratar dos assuntos pautados, conforme descrito na tabela abaixo.

Estão convidados a participar da reunião os técnicos dos municípios que assessoram os Secretários Municipais de Saúde no respectivo assunto a ser discutido.

Atenciosamente.

**Pauta CIR**

Item	Assunto	Nome / Seção	Deliberar	Informe
1	<ul style="list-style-type: none"><li>Abertura</li></ul>	Gimerson Subtil Diretor/18ªRS		
2	<ul style="list-style-type: none"><li>Aprovação da Ata - Reunião da CIR 10/10/2023 (enviada p/ e-mail)</li></ul>			
3	<ul style="list-style-type: none"><li>CAPS I municipal - Santa Mariana</li></ul>	Mariane Gaino SCAPS/18RS	X	
4	<ul style="list-style-type: none"><li>CAPS Infantil (Regional) Sertaneja</li><li>Qualificação CAPS III - Cornélio Procópio</li></ul>			X



## RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO

Utilização de Diárias

### 1. IDENTIFICAÇÃO

- NOME:** VANDERLENE SILVEIRA DE REZENDE
- CARGO/FUNÇÃO:** DIRETORA DE SAÚDE
- CPF:** 017.549.309-05
- N.º do Empenho da Liberação de Diárias:**

### 6. DESTINO DO SERVIDOR BENEFICIÁRIO

- Cornélio Procópio
- Saída:** 09/01/2024 as 07:00hrs
  - Chegada:** 09/01/2024 as 13:00Hrs

### 1. JUSTIFICATIVA

Reunião da **Comissão Intergestores Regional – CIR**, em Cornélio Procópio.

### 4. VALOR SOLICITADO:

Números de Diárias: 01 diárias de R\$40,00

Valor Unitário das Diárias: 40,00

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);

Assinatura do Servidor Beneficiário