



**Processo Administrativo de Concessão de Diárias nº. 1004/2024**  
**Proposta de Concessão**

**PROPONENTE**

**NOME:** Andreia Regina Gonçalves  
**CARGO/FUNÇÃO:** Enfermeira  
**CPF:**899.210.039-68  
**LOCAL: SERVIÇO A SER EXECUTADO E PERÍODO DE AFASTAMENTO:** Reunião no Cispnop sobre atendimento a pacientes ostomizados em Cornélio Procópio.  
**saída:** 22/07/2024 às 12:00  
**Chegada:** 22/07/2024 às 18:00  
**Em,** 18 de julho de 2024.

\_\_\_\_\_  
Andreia Regina Gonçalves  
Proponente

**INFORMAÇÃO**

Existe disponibilidade orçamentária para a concessão da diária, através da dotação orçamentária. Conta de Despesa/Natureza da despesa: \_\_\_\_\_  
**Em,** 18 de julho de 2024.

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

**CONCESSÃO**

Concedo 01 diárias de R\$40,00 solicitada. Requisite(m)-se e pague(m)-se;  
**Em,** 18 de julho 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 **Fonte 494-21 C/C26.216-1 PlanificaSUS** para a conta corrente do solicitante nº. 22768-3 da agência nº: 3882

\_\_\_\_\_  
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



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 **UM ENFERMEIRO (A) E UM TÉCNICO DE ENFERMAGEM responsável** pelo atendimento dos pacientes ostomizados, para reunião, a saber:

Data: 22 de julho de 2024 (segunda-feira)  
Horário: 13:00h  
Local: Auditório da 18ª Regional de Saúde  
R. Justino Marquês Bonfim, 27 – Cornélio Procópio PR  
Pauta: (1) Colostomia;

Informamos ainda, que municípios que realizam o atendimento aos pacientes ostomizados em mais de um posto de saúde, deverá enviar um enfermeiro (a) e um técnico DE CADA POSTO DE SAÚDE.

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

Confirmar presença até o dia 15/07/2024 às 15:00 horas, através do e-mail: [relacoespublicas@cisnop.com.br](mailto:relacoespublicas@cisnop.com.br), ou através do whatsApp.

Cornélio Procópio, 05 de julho de 2024.

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



**RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO**

Utilização de Diárias

**1. IDENTIFICAÇÃO**

2. **NOME:** Andreia Regina Gonçalves  
3. **CARGO/FUNÇÃO:** Enfermeira  
4. **CPF:**899.210.039-68  
5. **N.º do Empenho da Liberação de Diárias:**

**6. DESTINO DO SERVIDOR BENEFICIÁRIO**

7. **Destino:** Cornélio Procópio

**8. JUSTIFICATIVA**

Reunião no Cisnop sobre atendimento a pacientes ostomizados em Cornélio Procópio.

**4. VALOR SOLICITADO:**

**Números de Diárias:** 01 diárias de R\$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