



**Processo Administrativo de Concessão de Diárias nº. 1072/2024**  
**Proposta de Concessão**

**PROPONENTE**

**NOME:** ZENI DE CAMPOS  
**CARGO/FUNÇÃO:** ENFERMEIRA DA EPIDEMIOLOGIA  
**CPF:** 565.138.289-53  
**LOCAL: SERVIÇO A SER EXECUTADO E PERÍODO DE AFASTAMENTO:** Convocação para Roteiro de Supervisão e Monitoramento do SISPNCD em Cornélio Procópio.  
**Saída:** 23/07/2024 as 12:00hrs  
**Chegada:** 23/07/2024 as 18:30hrs  
**Em:** 19 de julho de 2024.

\_\_\_\_\_  
ZENI DE CAMPOS  
Proponente

**INFORMAÇÃO**

Existe disponibilidade orçamentária para a concessão da diária, através da dotação orçamentária. Conta de Despesa/Natureza da despesa: \_\_\_\_\_  
**Em:** 19 de julho de 2024.

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

**CONCESSÃO**

Concedo 01 diárias de R\$40,00 solicitada. Requisite(m)-se e pague(m)-se;  
**Em:** 19 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, **Pro-VigiaSUS Fonte 494 C/C 26.216-1** para a conta corrente do solicitante nº. 20.235-5, da agência nº.06521.

\_\_\_\_\_  
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.

\_\_\_\_\_  
Izaque Olimpico de Farias  
Assinatura do Responsável



18.<sup>a</sup> Regional de Saúde - DVVGS/DVAGS



**Versão 3 – Cronograma do Monitoramento do Programa Municipal de Controle da Dengue/Chikungunya e Zika - Primeiro Semestre/2024**

As Reuniões serão realizadas na 18.<sup>a</sup> Regional de Saúde de Cornélio Procópio (sala da Diretoria) no segundo andar, conforme alinhamento com o Diretor da 18RS

Participantes do município (Convocados): Secretário (a) Municipal de Saúde ou representante, Coordenações: Assistência/APS, Vigilância Epidemiológica, Dengue e Vigilância Sanitária.

MUNICÍPIO	Julho/2024/Dia	Horário	Contato (s) no Município
ABATIA	26/07	Das 9:30 às 12:00	Vanderlei
ANDIRA	24/07	Das 9:00 às 12:00	Francisco (Chico)
BANDEIRANTES	16/07	Das 9:00 às 12:00	Silvia/Tássia
CONGONHINHAS	22/07	Das 14:00 às 16:00	Walquiris
C. PROCÓPIO	29/07	Das 14:00 às 16:00	Marlon/Elizeo
ITAMBARACÁ	24/07	Das 13:30 às 16:00	Osvaldo (Dinho)
LEÓPOLIS	11/07	Das 14:00 às 16:00	Tiago
NOVA A. DA COLINA	30/07	Das 9:00 às 12:00	Alessi / Jaqueline
NOVA FÁTIMA	23/07	Das 9:00 às 12:00	Tiago/Sérgio
NOVA STA BARBARA	10/07	Das 13:30 às 16:00	Thiago
RANCHO ALEGRE	25/07	Das 9:00 às 12:00	Mayara/Jack
RIB. PINHAL	23/07	Das 13:30 às 16:00	Zeni / Izaque/Adilson
SANTA AMÉLIA	26/07	Das 13:30 às 16:00	Benedito
SANTA C. DO PAVÃO	10/07	Das 9:00 às 12:00	Giovana
SANTA MARIANA	12/07	Das 14:30 às 16:30	Cristiano
SANTO A. PARAÍSO	15/07	Das 14:00 às 16:00	Rhoan
SÃO J. DA SERRA	31/07	Das 9:30 às 12:00	Leandro
SÃO S. AMOREIRA	30/07	Das 13:30 às 16:00	Simone/Hariane
SERTANEJA	25/07	Das 13:30 às 16:00	Edigar
SAPOPEMA	31/07	Das 13:30 às 15:30	Guilherme
URAI	11/07	Das 9:00 às 12:00	Ana Cláudia



**RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO**

Utilização de Diárias

**1. IDENTIFICAÇÃO**

**NOME:** ZENI DE CAMPOS

**CARGO/FUNÇÃO:** ENFERMEIRA DA EPIDEMIOLOGIA

**CPF:** 565.138.289-53

**N.º do Empenho da Liberação de Diárias:**

**2. DESTINO DO SERVIDOR BENEFICIÁRIO**

Cornélio Procópio-PR.

**3. JUSTIFICATIVA**

: Convocação para Roteiro de Supervisão e Monitoramento do SISPNCD em  
Cornélio Procópio

**4. VALOR SOLICITADO:**

**Números de Diárias:** 01 diárias de 40,00

**Valor Unitário das Diárias:** 40,00

**Valor total das Diárias:** 40,00

**5. LOCOMOÇÃO**

**Veículo:**

**Placa:**

**Frota:** Publica

**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