



**Processo Administrativo de Concessão de Diárias nº. 114/2024**  
**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 : AFASTAMENTO :** para reunião dos Secretários Municipal de Saúde no CISNOP em Cornélio Procópio.

**Saída:** 09/02/2024 as 07:00hrs

**Chegada:** 09/02/2024 as 14:00hrs

**Em:** 08 de fevereiro 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:** 08 de fevereiro de 2024.

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

Contador

**CONCESSÃO**

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

**Em:** 08 de fevereiro 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. 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.

\_\_\_\_\_  
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 os **Secretários Municipais de Saúde**, para treinamento, a saber:

**SECRETÁRIO (A) MUNICIPAL DE SAÚDE**

Data: 09 de fevereiro de 2024 (sexta-feira)

Horário: 08:30h

Local: Auditório da 18º Regional de Saúde

R. Justino Marquês Bonfim, 27 – Cornélio Procópio PR

Pauta: Treinamento Sistema IDS

Informamos ainda, que em caso de ausência, deverá ser designado um representante.

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 08/02/2024 às 16:00 horas, através do e-mail: [atencaoprimaria@cisnop.com.br](mailto:atencaoprimaria@cisnop.com.br), ou através do grupo de secretários municipais no whatsApp.

Cornélio Procópio, 01 de fevereiro de 2024.

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



**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

**Saída:** 09/02/2024 as 07:00hrs

**Chegada:** 09/02/2024 as 14:00hrs

**3. JUSTIFICATIVA**

: para reunião dos Secretários Municipal de Saúde no CISNOP 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);

Assinatura do Servidor Beneficiário