



Processo Administrativo de Concessão de Diárias nº. 1483/2023
Proposta de Concessão

PROPONENTE

NOME: Amanda Rodrigues de Paula e Silva

CARGO/FUNÇÃO: Agendadora

CPF: 069.111.479-05

LOCAL: SERVIÇO A SER EXECUTADO E PERÍODO DE AFASTAMENTO para Reunião Secretários e Agendadores Municipal de Saúde em Cornélio Procópio.

Saída: 11/12/2023 as 12:00hrs

Chegada: 11/12/2023 as 17:00hrs

Em: 14 de dezembro de 2023.

Amanda Rodrigues de Paula e Silva
Proponente

INFORMAÇÃO

Existe disponibilidade orçamentária para a concessão da diária, através da dotação orçamentária. Conta de Despesa/Natureza da despesa: _____

Em, 14 de dezembro de 2023.

Marcelo Corinth
Contador

CONCESSÃO

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

Em: 14 de dezembro de 2023..

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 nº22710-5. da agência nº3882

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



Ilmo (a) Senhor (a)
Secretário Municipal de Saúde
Agendador Municipal de Saúde
Prestador (a)

CONVOCAÇÃO

A diretora administrativa do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Norte do Paraná – CISNOP, no uso de suas atribuições legais, convoca os senhores (as), para reunião, a saber:

Data: 11 de dezembro (segunda-feira)
Horário: 13:30 horas
Local: Auditório da 18ª Regional de Saúde
Rua Justino Marques Bonfim, 27- Conjunto Vitor Dantas – Cornélio Procópio PR

Pauta:

- Alinhamentos de Condutas para 2024
- Assuntos abordados na Reunião do dia 09.11.

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 08/12/2023 às 16:00 horas, através do e-mail: atencaoprimary@cisnop.com.br, ou através do grupo de secretários municipais no whatsapp.

Cornélio Procópio, 05 de dezembro de 2023.


CRISTINA DONIZETE ALVES MARTINS
Diretora Administrativa do CISNOP



CONTROLE DE ENTRADA DE VISITANTES - 18ª REGIONAL DE SAÚDE - CORNÉLIO PROCÓPIO

DATA: 11.12.23

NOME	RG	SETOR	ASSINATURA	HORÁRIO	
				ENTRADA	SAÍDA
Amanda de Paula	106286884	Auditoria	Amanda	13:44	15:50
Ednaldo José Gonçalves	32598197-2	Manutenção SI	Ednaldo	13:44	14:46
Wales Morceno	95117691	Justiça	Wales	13:45	14:44
Lyndora Lupem	102647718	Auditoria	Lyndora	13:45	14:44
Patrícia Amhart	8.870.9370	Auditoria	Patrícia	13:46	14:46
Leilite Lúcio	13.733.544.1	Auditoria	Leilite	13:47	14:46
Jeruzilda Pancaldi	19.160.270	Auditoria	Jeruzilda	13:47	14:46
Glauco Tolucci	3167958-3	Auditoria	Glauco	13:48	
Helton P. da Silva	5301.001-6	Cred. Tópic	Helton	13:48	14:46
Andrea R. L. Assis	9.468.818.3	Alimentação	Andrea	13:48	14:46
Kenique Barroso	10446570-6	Faturamento	Kenique	13:48	14:46



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO NORTE DO PARANÁ – CISNOP
CORNÉLIO PROCOPIO – PARANÁ CNPJ 00126737/0901-55

LISTA DE PRESEÇA - AGENDADORES

Local: 18º REGIONAL DE SAÚDE

DATA: 11/12/2023

	NOME (letra legível)	MUNICÍPIO	ASSINATURA
01	GESSE AWES DOS REIS	R. ALEGRE	[Handwritten Signature]
02	Maria Ap - Rosa	Sertãozinho	[Handwritten Signature]
03	[Handwritten Name]	S.ª Inácia	[Handwritten Signature]
04	[Handwritten Name]	Santa Mariana	[Handwritten Signature]
05	[Handwritten Name]	Santo Antônio do Paraná	[Handwritten Signature]
06	[Handwritten Name]	Guapeva	[Handwritten Signature]
07	[Handwritten Name]	Uraí	[Handwritten Signature]
08	[Handwritten Name]	Uraí	[Handwritten Signature]
09	[Handwritten Name]	Uraí	[Handwritten Signature]
10	[Handwritten Name]	Rib. do Pinhal	[Handwritten Signature]
11	[Handwritten Name]	Rib. do Pinhal	[Handwritten Signature]
12	[Handwritten Name]	S.ª Cecília Barão	[Handwritten Signature]
13	[Handwritten Name]	Nova América da Velha	[Handwritten Signature]
14	[Handwritten Name]	Nova América da Colúcia	[Handwritten Signature]
15	[Handwritten Name]	Uraí	[Handwritten Signature]
16	[Handwritten Name]		
17	[Handwritten Name]	Nova Látima	[Handwritten Signature]
18			



RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO

Utilização de Diárias

1. IDENTIFICAÇÃO

NOME: Amanda Rodrigues de Paula e Silva

CARGO/FUNÇÃO: Agendadora

CPF: 069.111.479-05

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

3. DESTINO DO SERVIDOR BENEFICIÁRIO

4. Saída: 11/12/2023 as 12:00hrs

5. Chegada: 11/12/2023 as 17:00hrs

6. Em: 14 de dezembro de 2023.

7. JUSTIFICATIVA

para Reunião Secretários e Agendadores Municipal de Saúde em **Cornélio Procópi**

4. VALOR SOLICITADO:

Números de Diárias: 01 diárias de 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