



**Processo Administrativo de Concessão de Diárias nº. 1981/2024**  
**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:** 2ª Oficina Regional da VISA em Andirá-Pr

**Saída:** 03/12/2024 as 6:30hrs

**Chegada:** 04/12/2024 as 18:30hrs

**Em:** 28 de novembro 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:** 28 de novembro de 2024.

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

Contador

**CONCESSÃO**

Concedo 02 diárias de R\$40,00 solicitada. Requisite(m)-se e pague(m)-se;

**Em:** 28 de novembro de 2024.

\_\_\_\_\_  
Dartagnan Calixto Fraiz

Prefeito Municipal

**PAGAMENTO/RECEBIMENTO**

Paga a importância de **R\$80,00** (oitenta reais), referente à concessão de diária, através da conta corrente do Poder Executivo, **PlanificaSUS - Fonte 494-21 C/C26.216-1** para a conta corrente do solicitante nº. 20.235-5, da agência nº. 06521.

\_\_\_\_\_  
Nadir Sara Melo Fraga Cunha

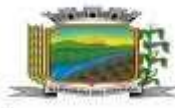
Ordenador de Despesa

**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.

\_\_\_\_\_  
Adilson Martins Inácio

Assinatura do Responsável



**2ª Oficina Regional de VISA - 18ª Regional de Saúde**

**03 e 04 de dezembro de 2024**

**Endereço: Rua São Paulo, 212-B – Centro. Andirá – PR**

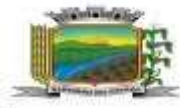
**Programação**

**Objetivos:**

- *Aprofundar o conhecimento sobre os fundamentos do Processo Administrativo Sanitário, incluindo etapas, prazos e obrigações legais;*
- *Ensinar a redigir relatórios de inspeção e processos administrativos, assegurando clareza e conformidade legal;*
- *Promover a importância da atuação integrada entre vigilância sanitária, profissionais de saúde e outros grupos de pessoas ou organizações que podem ter algum tipo de interesse pelas ações.*
- *Capacitar os participantes a compreenderem os principais aspectos relacionados ao uso, gestão e monitoramento da qualidade da água proveniente do lençol freático e de aquíferos confinados, e proteção e sustentabilidade desses recursos hídricos subterrâneos.*
- *Apresentar os principais métodos de tratamento de água contaminada e eficiência destes.*
- *Analisar casos práticos e reais para facilitar a compreensão das dificuldades enfrentadas e das melhores práticas em inspeções.*
- *Capacitar os profissionais a comunicar de forma eficaz as informações relevantes para os serviços fiscalizados e a população em geral.*
- *Prover técnicas para a resolução de conflitos que possam surgir durante as inspeções e no processo administrativo.*
- *Incentivar o planejamento estratégico das ações de vigilância sanitária, com foco em resultados e melhoria contínua.*

**Público alvo:** *Secretários Municipais de Saúde, Diretores e Técnicos da Vigilância em Saúde Municipal.*

*A única verdadeira sabedoria é saber que nada sabemos."  
Sócrates*



**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**

Andirá – Pr.

**3. JUSTIFICATIVA**

2ª Oficina Regional da VISA em Andirá-Pr

**4. VALOR SOLICITADO:**

**Números de Diárias:** 02 diárias de 40,00

**Valor Unitário das Diárias:** 80,00

**Valor total das Diárias:** 80,00

**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