

**Processo Administrativo de Concessão de Diárias nº. 1983/2024**  
**Proposta de Concessão**

**PROPONENTE**

**NOME:** VANDERLENE SILVEIRA DE REZENDE  
**CARGO/FUNÇÃO:** DIRETORA DE SAÚDE  
**CPF:** 017.549.309-05  
**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.

\_\_\_\_\_  
VANDERLENE SILVEIRA DE REZENDE  
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, **Pro-VigiaSUS Fonte 494 C/C 26.216-1** para a conta corrente do solicitante nº. 30495770-4 Agencia nº:0001 Banco 336 C6Bank

\_\_\_\_\_  
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**

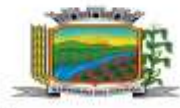
**Objetivos:**

- *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

- 2. **NOME:** VANDERLENE SILVEIRA DE REZENDE
- 3. **CARGO/FUNÇÃO:** DIRETORA DE SAÚDE
- 4. **CPF:** 017.549.309-05

### 5. DESTINO DO SERVIDOR BENEFICIÁRIO

Andirá -PR

### 1. JUSTIFICATIVA

2ª Oficina Regional da VISA em Andirá-Pr

### 4. VALOR SOLICITADO:

Números de Diárias: 02 diárias de R\$40,00

Valor Unitário das Diárias: R\$40,00

Valor total da Diária: R\$80,00

### 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);

8. Declaro para os devidos fins que todas as informações prestadas são da responsabilidade do beneficiário solicitante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Servidor Beneficiário