



**Processo Administrativo de Concessão de Diárias nº. 392/2024**  
**Proposta de Concessão**

**PROPONENTE**

**NOME:** Marcelo Teixeira de Siqueira

**CARGO/FUNÇÃO:** Médico Clínico

**CPF** 010.618.592-66

**LOCAL: SERVIÇO A SER EXECUTADO E PERÍODO DE AFASTAMENTO:** Capacitação em estratificação de risco dos pacientes hipertensos e diabéticos, em Cornélio Procópio.

**saída:** 05/04/2024

**Chegada:** 05/04/2024

**Em,** 28 de março de 2024.

\_\_\_\_\_  
Marcelo Teixeira de Siqueira  
Proponente

**INFORMAÇÃO**

Existe disponibilidade orçamentária para a concessão da diária, através da dotação orçamentária.

Conta de Despesa/Natureza da despesa: \_\_\_\_\_

**Em,** 28 de março de 2024.

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

**CONCESSÃO**

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

**Em,** 28 de março 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. 71856-4 da agência nº: 1179-7

\_\_\_\_\_  
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



Capacitação:

## **ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO EM SAÚDE DO HIPERTENSO E DO DIABÉTICO**

Ministrantes: Médico Cardiologista Dr. Ademir Jacob, Médica Endocrinologista Isabelle Itimura e Enfermeira Eliane da Silva

Dia: 05/04/2024

Horário de início: 13:00

Local: Rua Justino Marquês Bonfim, 27 - Cornélio Procópio.  
No Auditório da 18ª Regional de Saúde.

Público alvo: Médicos, enfermeiras e profissionais da APS.

\*Link de inscrição: <https://docs.google.com/forms/d/IFYquq6MOZ-fbmihPOfRmXj-SrIC8i7VCzhUWVAbKEiA/edit>

**\*VAGAS LIMITADAS**

**\*Não haverá emissão de certificados**





**RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO**

Utilização de Diárias

**1. IDENTIFICAÇÃO**

2. **NOME:** Marcelo Teixeira de Siqueira  
3. **CARGO/FUNÇÃO:** Médico Clínico  
4. **CPF** 010.618.592-66

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

**6. DESTINO DO SERVIDOR BENEFICIÁRIO**

7. **Destino:** Cornélio Procópio

**saída:** 05/04/2024

**Chegada:** 05/04/202

**8. JUSTIFICATIVA**

Capacitação em estratificação de risco dos pacientes hipertensos e diabéticos, em Cornélio Procópio..

**4. VALOR SOLICITADO:**

**Números de Diárias:** 01 diárias de R\$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