



Processo Administrativo de Concessão de Diárias nº. 40/2023
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 Agendadores Municipal de Saúde no CISNOP em Cornélio Procópio.

Saída: 19/01/2024 as 7:00hrs

Chegada: 19/01/2024 as 13:30

Em: 23 de janeiro de 2024.

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, 23 de janeiro de 2024.

Marcelo Corinth
Contador

CONCESSÃO

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

Em: 23 de janeiro 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 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

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: 19 de janeiro (sexta-feira)
Horário: 08:30 horas
Local: Auditório da 18º Regional de Saúde
Rua Justino Marques Bonfim, 27- Conjunto Vitor Dantas – Cornélio Procópio PR

Pauta:

- Novo Sistema
- Calendário 2024
- Hospital Regional
- Ano Eleitoral (regras)
- Demais assuntos necessários.

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 18/01/2024 às 16:00 horas, através do e-mail: atencaoprimaria@cisnop.com.br, ou através do grupo de secretários municipais no whatsApp.

Cornélio Procópio, 17 de janeiro 2024.

CRISTINA DONIZETE ALVES MARTINS
Diretora Administrativa do CISNOP



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

DATA: 19.01.24

NOME	RG	SETOR	ASSINATURA	HORÁRIO	
				ENTRADA	SALIDA
Pauline Patrício	7936096-7	SMS		8:57	11:00
M = AP = Rose	6834552694	SMS	MLL	8:59	11:54
Moira E. Aniel	5.202.639	SMS	MD	9:00	
Elisângelo Ep: Concato	8.266.147.8	DS	EEC	9:00	
Apolly G. Pin	10.383.0561	operadora	Apolly	9:00	
Amanda de Paula.	1028688-4	Operadora	Amanda	09:05	11:21
Formy Rodrigues do Tovo	12644074-0	auditoria	Formy T.	09:06	11:20
Vanildem S. de Figueira	5.287.821-5	auditoria	Vanildem S.	09:10	11:21
Onofreia Valente	5.142.2579	auditoria	Onofreia	9:10	
Beatriz Ap: Z de Campos	092109959.29	auditoria	Beatriz	9:11	11:11
Pauline Patrício Patr: Leing	4.617.502-6	auditoria		09:12	11:11



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

Destino: Cornélio Procópio

Saída: 19/01/2024 as 7:00hrs

Chegada: 19/01/2024 as 13:30

4. JUSTIFICATIVA

reunião Agendadores Municipal de Saúde no CISNOP em Cornélio Procópio.

4. VALOR SOLICITADO:

Números de Diárias: 01 diárias de 40,00

Valor Unitário das Diárias:

Valor a Restituir:

Valor total das Diárias: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);

Assinatura do Servidor Beneficiário