



Processo Administrativo de Concessão de Diárias nº. 41/2024
Proposta de Concessão

PROPONENTE

NOME: Josney Rodrigues da Rosa
CARGO/FUNÇÃO: Assistente Social
CPF: 085.012.089-65
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.

Josney Rodrigues da Rosa
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 nº. 21742-9, da agência nº.3882;

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

RUA JUSTINO MARQUES BONFIM, 17, CL. VÍTOR DANTAS
CORNÉLIO PROCÓPIO, PARANÁ – CEP 8630-000
www.cisnop.com.br
(43) 3520.0100



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

DATA: 19.01.24

NOME	RG	SETOR	ASSINATURA	HORÁRIO	
				ENTRADA	SALDA
Pauline Patrício	7936096-7	SMS		8:57	11:00
M = AP = Fone	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	agendador	Apolly	9:00	
Amanda de Paula.	1028688-4	Agendadora	Amanda	09:05	11:21
Fanny Rodrigues do Tovo	12644074-0	auditoria	Fanny K.	09:06	11:20
Vanildem S. de Figueira	5.287.821-5	auditoria	Vanildem S. de F.	09:10	11:21
Onofreia Valente	5.142.2570	auditoria	Onofreia	9:10	
Beatriz Ap: 3 de Campos	092109959.29	auditoria	Beatriz	9:11	11:11
Pauline Patrício Patr: Leung	4.617.502-6	auditoria		09:12	11:11



RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO

Utilização de Diárias

1. IDENTIFICAÇÃO

2. **NOME:** Josney Rodrigues da Rosa
3. **CARGO/FUNÇÃO:** Assistente Social
4. **CPF:** 085.012.089-65
5. **N.º do Empenho da Liberação de Diárias:**

6. DESTINO DO SERVIDOR BENEFICIÁRIO

Destino: Cornélio Procópio
Saída: 19/01/2024 as 7:00hrs
Chegada: 19/01/2024 as 13:30

7. 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: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