



**Processo Administrativo de Concessão de Diárias nº. 42/2024**  
**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 ::** para reunião Agendadores Municipal de Saúde no CISNOP em Cornélio Procopio.  
**Saída:** 19/01/2024 as 7:00hrs  
**Chegada:** 19/01/2024 as 13:30  
**Em:** 23 de janeiro 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,** 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. 98209877-5, da agência nº.0001 -NUBANK

\_\_\_\_\_  
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](mailto: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	SALDA
Pauline Patrício	7936096-7	SMS		8:57	11:00
M = Ap = Rose	68345526934	SMS	MLL	8:59	11:34
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 Toso	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: Leung	4.617.502-6	auditoria		09:12	11:11



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

### 6. DESTINO DO SERVIDOR BENEFICIÁRIO

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

### 1. JUSTIFICATIVA

para reunião Agendadores Municipal de Saúde no CISNOP em Cornélio Procópio.

### 4. VALOR SOLICITADO:

**Números de Diárias:** 01 diárias de R\$40,00

**Valor Unitário das Diárias:** 40,00

**Valor total da Diária:** 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