

**Processo Administrativo de Concessão de Diárias nº. 2043/2024**  
**Proposta de Concessão**

**PROPONENTE**

**NOME:** JANE DUTRA DO NASCIMENTO

**CARGO/FUNÇÃO:** ENFERMEIRA

**CPF:** 048.867.749-11

**LOCAL: SERVIÇO A SER EXECUTADO E PERÍODO DE AFASTAMENTO:**

Acompanhamento de Alta do paciente para tratamento de saúde em Rolândia.

**Dia:** 03/12/2024

**Em:** 12 de dezembro de 2024.

\_\_\_\_\_  
JANE DUTRA DO NASCIMENTO  
Proponente

**INFORMAÇÃO**

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

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

**Em:** 12 de dezembro de 2024.

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

**CONCESSÃO**

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

**Em:** 12 de dezembro 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 **Fonte 494-21 C/C26.216-1 PlanificaSUS** para a conta corrente do solicitante com nº. 74144-2, da agência nº.0717;

\_\_\_\_\_  
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



**HOSPITAL NOVA**

Rua Castro Alves, 747 B -  
CEP 86070-670 -  
Fone:

Paciente: MARCIO APARECIDO DA SILVA Idade: 48 Cd Atendimento: 5804 SAME  
Paciente: RUA JULIO FARAH - 969 - CENTRO - 86490000

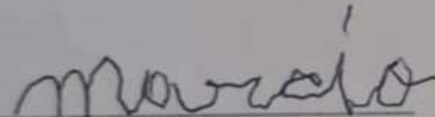
### ATESTADO

Atesto para os fins que se fizerem necessários, à pedido do(a)  
interessado(a) **MARCIO APARECIDO DA SILVA** que o(a)  
mesmo(a) **ESTEVE** internado(a) nesta Instituição para

tratamento especializado desde **03/10/2024** até **A PRESENTE DATA**

CID: **F10.2** (NÃO OBRIGATÓRIO SEGUNDO PORTARIA  
3370/84 do M.P.A.S. e RESOLUÇÃO 121/85 do CFM.)

Salientando que diagnóstico é informação médica sigilosa  
protegida por lei e sua divulgação é de deliberação do paciente.



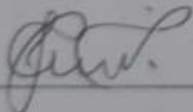
03/12/2024

Autorização do paciente

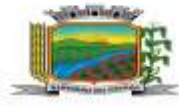
### **IMPORTANTE:**

Este atestado médico deverá ser guardado ou fotocopiado pelo paciente para ser  
posterior, pois não serão fornecidos outros a não ser por exigência legal, para p  
segurança e sigilo do interessado.

Ciente:



Dr Gabriel K. Rivabem  
Médico  
CRM-PR 54751



**RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO**

Utilização de Diárias

**1. IDENTIFICAÇÃO**

**NOME:** JANE DUTRA DO NASCIMENTO  
**CARGO/FUNÇÃO:** ENFERMEIRA  
**CPF:** 048.867.749-11  
**N.º do Empenho da Liberação de Diárias:**

**2. DESTINO DO SERVIDOR BENEFICIÁRIO**

**Destino:** Rolândia– Pr.

**3. JUSTIFICATIVA**

Acompanhamento de Alta de pacientes para tratamento de saúde em Rolândia.

**4. VALOR SOLICITADO:**

**Números de Diárias:** 01 diária de 40,00

**Valor Unitário das Diárias:**

**Valor a Restituir:**

**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