



**Processo Administrativo de Concessão de Diárias Nº.120/2022.**

**Proposta de Concessão**

**PROPONENTE**

**NOME :** Gabriela da Costa Nascimento

**CARGO/FUNÇÃO:** Agente de Saúde

**CPF:** 032848989-13

**LOCAL, SERVIÇO A SER EXECUTADO E PERÍODO DE AFASTAMENTO:** Para participação - Atualização e Capacitação sobre Agendamentos Cisnop.

**VALOR DA DIÁRIA – R\$ 120,00(cento e vinte reais)**

\_\_\_\_\_  
Gabriela da Costa Nascimento

**INFORMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

Existe disponibilidade orçamentária para a concessão da diária, através da dotação orçamentária nº \_\_\_\_\_;

Em,

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

**SUPERVISOR**

Superior hierárquico do Departamento ou Secretaria em que o proponente encontra-se lotado, responsável por controlar e fiscalizar as saídas dos agentes públicos a serviço do município.

\_\_\_\_\_  
Nadir Sara Melo Fraga Cunha  
Ordenadora de Despesas

**CONCESSÃO**

Concedo diária solicitada, conforme relatório do supervisor em anexo. Requisite-se e pague(m)-se;

\_\_\_\_\_  
Dartagnan Calixto Fraiz  
Prefeito Municipal

**PAGAMENTO/RECEBIMENTO**

Paga a importância de R\$120,00 referente à concessão de diária(s), nos dias de 28/02/2022,04/03/2022 e 05/03/2022 conforme relatório em anexo através da conta corrente do Poder Executivo com nº..... para a conta corrente do solicitante com o nº. 46251-9, da agência nº.3496-7 Banco do Brasil;

\_\_\_\_\_  
Nadir Sara Melo Fraga Cunha  
Ordenadora de Despesas

**PUBLICAÇÃO**

O presente documento está de acordo com as normas regulamentares pertinentes, ficará à disposição de quem possa interessar (em arquivo próprio do município) e será publicado no Portal de Transparência do Município de Ribeirão do Pinhal.

\_\_\_\_\_  
Adilson Martins Inácio



**4. VALOR SOLICITADO:**

Números de Diárias: 3

Valor Unitário das Diárias: 40,00

Valor a Restituir: 120,00

Valor total das Diárias: 120,00

**5. LOCOMOÇÃO**

Veículo: Ônibus da Saúde

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 publica ou o serviço prestado, se for o caso;**

(colar em folhas anexadas este relatório);

Assinatura do Servidor Beneficiário



**RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO**

Utilização de Diárias

**1. IDENTIFICAÇÃO**

Órgão: PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO DO PINHAL  
Unidade Administrativa: SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO DO PINHAL  
Nome do Servidor Beneficiário: Gabriela Nascimento da Costa  
CPF: 032848989-13  
N.º do Empenho da Liberação de Diárias:

**2. DESTINO DO SERVIDOR BENEFICIÁRIO**

Destino: Cornélio Procópio-Pr  
Data de Saída: 28/02  
Data de Chegada: 28/02  
Hora da Saída: 6:00  
Hora da Chegada: 17:00

**3. JUSTIFICATIVA**

Treinamento TFD  
Dias: 28/02  
04/03  
05/03



**18ª Regional de Saúde**  
**Cornélio Procópio-Pr**



**PARANÁ**  
GOVERNO DO ESTADO  
Secretaria da Saúde

Cornélio Procópio, 20 de ABRIL de 2022.

## 18ª REGIONAL DE SAÚDE

Informo que A GABRIELA NASCIMENTO COSTA, servidora Do município de Ribeirão do Pinhal esteve em treinamento no TFD, nos dias 28/02/2022 e 04/03/2022 e 05/03/2022 para exercer o trabalho no setor de agendamento.

Atenciosamente,

Ana Cláudia Lalau  
TFD/ SCRACA

**SESA - FUNSAÚDE**  
Tratamento Fora Domicílio  
18ª Regional de Saúde

SECRETARIA DE SAÚDE

18ª Regional de Saúde - SCRCA

Rua Justino Marques Bonfim, 27 Cornélio Procópio - Paraná CEP 86300 000  
Fone/Fax (43) 3520-3500 e-mail: scraca18rs@sesa.pr.gov.br