



Processo Administrativo de Concessão de Diárias nº. 463/2022
Proposta de Concessão

PROPONENTE

NOME: ZENI DE CAMPOS

CARGO/FUNÇÃO: ENFERMEIRA DA EPIDEMIOLOGIA

CPF: 656.138.289-53

LOCAL: SERVIÇO A SER EXECUTADO E PERÍODO DE AFASTAMENTO: Capacitação sobre qualificação e apoio às equipes Municipais de planejamento e gestão, PRÓGESTÃO.

de: 03/11/2022

à: 03/11/2022

Em: 26 de outubro de 2022.

ZENI DE CAMPOS
Proponente

INFORMAÇÃO

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

Conta de Despesa/Natureza da despesa: _____

Em, 26 de outubro de 2022.

Marcelo Corinth
Contador

CONCESSÃO

Concedo 01 diárias de R\$80,00 solicitada. Requisite(m)-se e pague(m)-se;

Em, 26 de outubro de 2022.

Dartagnan Calixto Fraiz
Prefeito Municipal

PAGAMENTO/RECEBIMENTO

Paga a importância de **R\$80,00** (Oitenta Reais), referente à concessão de diária, através da conta corrente do Poder Executivo para a conta corrente do solicitante nº. 20.235-5, da agência nº.06521

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



PROGESTÃO

PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO E APOIO ÀS EQUIPES
MUNICIPAIS DE PLANEJAMENTO E GESTÃO 2022

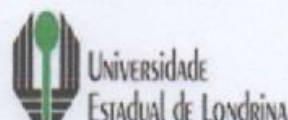
Convite

Venho por meio deste convidar os profissionais deste Município para participar da
IV Oficina de capacitação os desafios de ser gestor.

Local: auditório da 18ª Regional.

Data: 03 de novembro de 2022

Horas: das 8:00 as 17:00





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: ZENI DE CAMPOS

CPF: 656.138.289-53

N.º do Empenho da Liberação de Diárias:

2. DESTINO DO SERVIDOR BENEFICIÁRIO

Destino: *CORNÉLIO PROCOPIO - PR*

Data de Saída:

Hora da Saída:

Data de Chegada:

Hora da Chegada:

3. JUSTIFICATIVA

*Reunião Técnica na 18ª Regional de Saúde
na cidade de Cornélio Procopio*



4. VALOR SOLICITADO:

Números de Diárias:

Valor Unitário das Diárias:

Valor a Restituir:

Valor total das Diárias:

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 publica ou o serviço prestado, se for o caso;

(colar em folhas anexadas este relatório);

Ze. Campos

Assinatura do Servidor Beneficiário

Ze. Campos