

Processo Administrativo de Concessão de Diárias nº. 198/2025
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 AFASTAMENTO: convite para oficina de tutores PlanificaSus Saúde mental na Atenção Primária em Cornélio Procópio.

Dia: 26/03.

Em: 24 de março de 2025.

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: 24 de março de 2025.

Marcelo Corinth
Contador

CONCESSÃO

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

Em: 24 de março de 2025.

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, **Pro-VigiaSUS Fonte 494 C/C 26.216-1** para a conta corrente do solicitante nº. 30495770-4 Agência nº:0001 Banco 336 C6Bank.

Deiziane Rodrigues Escaraber
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



Ofício. nº 34/DIR/18RS/SESA

Cornélio Procópio, 17 de março de 2025

Da: Diretoria da 18ª Regional de Saúde

Para: Secretários Municipais de Saúde da 18ª RS, Rts e Tutores do Municipais do Planifica SUS/ AME/ CAPS

Assunto: "PlanificaSUS Saúde Mental - 18ª Regional de Saúde"

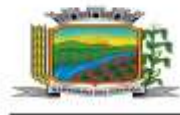
O PlanificaSus Saúde Mental na Atenção Primária em Saúde- APS tem como objetivo a organização da Atenção Primária a Saúde em rede com Atenção Ambulatorial Especializada e demais pontos de atenção a saúde mental, utilizando a metodologia da Planificação, proposta pelo CONASEMSS, em parceria com o Ministério da Saúde e Hospital Israelita Albert Einstein para fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde no SUS.

A Linha prioritária da Macro Região Norte de Saúde é a Saúde Mental, com objetivo de avançarmos na concretização desta rede convidamos os Rts e tutores para **Oficina de Tutores PlanificaSUS Saúde Mental na Atenção Primária em Saúde**, sendo de suma importância a participação dos mesmos. Neste evento teremos a presença da tutora regional **Larissa Maciel do Hospital Israelita Albert Einstein**.

A oficina acontecerá nos dias 25 e 26 de março de 2025, das 08:30hrs até as 17:00 hrs, no anfiteatro da 18ª Regional de Saúde, a divisão dos tutores e RTs por municípios está disposto desta forma:

25/03/2025	26/03/2025
Bandeirantes (INCLUI CAPS)	Bandeirantes
Andará (INCLUI CAPS)	Andará
Abatiá	Itambaracá
Nova América da Colina	Leópolis
Santa Mariana (INCLUI CAPS)	Nova Fátima
Santa Cecília do Pavão	Santa Amélia
São Sebastião da Amoreira	Santo Antônio do Paraíso
Sertaneja	Sapopema
São Jerônimo da Serra	Uraí
Cornélio Procópio	Rancho Alegre
Congonhinhas	Cornélio Procópio

Secretaria da Saúde do Paraná
18ª Regional de Saúde
Cornélio Procópio - PR



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. DESTINO DO SERVIDOR BENEFICIÁRIO

Cornélio Procópio - Pr.

1. JUSTIFICATIVA

convite para oficina de tutores PlanificaSus Saúde mental na Atenção Primária em Cornélio Procópio Pr.

4. VALOR SOLICITADO:

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

Valor Unitário das Diárias: R\$40,00

Valor total da Diária: R\$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);

8. Declaro para os devidos fins que todas as informações prestadas são da responsabilidade do beneficiário solicitante

Assinatura do Servidor Beneficiário