



**Processo Administrativo de Concessão de Diárias Nº. 266/2019.**  
**Proposta de Concessão**

**PROPONENTE**

**NOME:** ADRIEL GOULART

**CARGO/FUNÇÃO:** FARMACÊUTICO

**CPF:** 025.487.229-88

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

CAPACITAÇÃO DE PROFISSIONAIS PARA ABORDAGEM INTENSIVA A PESSOA TABAGISTA NA APS.

**VALOR DA DIÁRIA** – R\$ 40,00(Quarenta reais)

\_\_\_\_\_  
Adriel Goulart

**INFORMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

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

Em, 16/09/2019

\_\_\_\_\_  
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.

\_\_\_\_\_  
Vanderlene Silveira de Rezende  
Ordenadora de Despesas

**CONCESSÃO**

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

\_\_\_\_\_  
Wagner Luiz de Oliveira Martins  
Prefeito Municipal

**PAGAMENTO/RECEBIMENTO**

Paga a importância de R\$ 40,00 referente à concessão de diária(s), no período de 16/09/2019 conforme relatório em anexo através da conta corrente do Poder Executivo com nº..... para a conta poupança do solicitante com o nº. 06627-1, da agência nº.3882;

\_\_\_\_\_  
Vanderlene Silveira de Rezende  
Ordenadora 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) e será publicado no Portal de Transparência do Município de Ribeirão do Pinhal.

\_\_\_\_\_  
Adilson Martins Inácio



Memo Circular n.º SCAPS/014/2019

Cornélio Procópio, 05 de setembro de 2019.

Da: 18ª Regional de Saúde /SCAPS  
Para: SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE E COORDENADORES DO PROGRAMA MUNICIPAL DO TABAGISMO

Prezados(as) Srs(as).

Vimos através desta informá-los que teremos a **CAPACITAÇÃO DE PROFISSIONAIS PARA ABORDAGEM INTENSIVA A PESSOA TABAGISTA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA** para os municípios da 18ª Regional de Saúde que ocorrerá no Auditório da 18ª Regional de Saúde no dia **18 de setembro de 2019**, com início as 8:00hs e encerramento as 17:00hs, sendo 08 vagas para municípios com mais de 20 mil habitantes e para os demais 04 vagas para profissionais de nível superior por município (podendo ser Médico, Enfermeiro, Farmacêutico, Cirurgião Dentista, Psicólogo, Nutricionista, etc.). É indispensável a presença de 01 Médico e 01 Farmacêutico para a prescrição e dispensação das medicações, respectivamente.

Para que sejam realizadas as inscrições os participantes deverão ter cadastro prévio na Escola de Gestão, caso não tenham deverão realizá-lo pelo link abaixo:

[www.cursos.escoladegestao.pr.gov.br/pdcweb/loginParticipante.do?action=loginInicial](http://www.cursos.escoladegestao.pr.gov.br/pdcweb/loginParticipante.do?action=loginInicial)

Após a realização do cadastro deverá ser encaminhado até o dia 17 de setembro no e-mail [scaps18rs@sesa.pr.gov.br](mailto:scaps18rs@sesa.pr.gov.br) pelo Coordenador do Programa no município, listagem contendo as seguintes informações:

- Nome completo do participante;
- Nome da Chefia imediata; e
- e-mail e telefone da Chefia imediata

Sem mais para o momento, manifestamos expressões de respeito e consideração,

Atenciosamente,

*Claudio Queniti Hirai*  
Cláudio Queniti Hirai  
Médico SCAPS 18º RS  
Coordenador Regional do Programa do  
Tabagismo

*Cornélio Nogueira Neto*  
Cornélio Nogueira Neto  
Chefe SCAPS 18ª Regional de Saúde



**RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO**

Utilização de Diárias

**1. IDENTIFICAÇÃO**

Órgão: PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO DO PINHAL  
Unidade Administrativa: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
Nome do Servidor Beneficiário: *ADRIEL GOULART*  
CPF:  
N.º do Empenho da Liberação de Diárias:

**2. DESTINO DO SERVIDOR BENEFICIÁRIO**

Destino:  
Data de Saída: *18/09/19* Hora da Saída: *7:30*  
Data de Chegada: Hora da Chegada:

**3. JUSTIFICATIVA**

*CAPACITAÇÃO 18º RS*  
*Comitê de Proteção - PR 18/09/19*



**4. VALOR SOLICITADO:**

Números de Diárias:

Valor Unitário das Diárias:

Valor a Restituir: 40,00

Valor total das Diárias:

**5. LOCOMOÇÃO**

Veículo: 60L

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