

PREFEITURA MUNICIPAL DE  
**NOVA SANTA BÁRBARA**  
ESTADO DO PARANÁ

€ 1440,24  
PK 09/04

**DEMONSTRATIVO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS DE DIÁRIA**

Funcionário: Sidney Fernandes da Silva  
 Cargo ou Função: Técnico em Saneamento Básico (VISA)  
 Órgão: Secretaria Municipal de Saúde  
 Unidade: Saúde  
 Solicitação N° \_\_\_\_\_ Empenho N° \_\_\_\_\_  
 Recebido em: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**RESUMO DAS DESPESAS VIAGEM**

| Data Inicio  | Hora inicio | Data Fim   | Hora final | Motivo da viagem                                                                        | Destino | Controle viagem | Valor        |
|--------------|-------------|------------|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------|-----------------|--------------|
| 05/04/2024   | 08:00       | 05/04/2024 | 17:00      | Reunião – Comissão intergestores Regional – CIR18ªRS, auditório da 8ª Regional de Saúde |         |                 | 60,00        |
|              | :           |            | :          |                                                                                         |         |                 |              |
|              | :           |            | :          |                                                                                         |         |                 |              |
|              | :           |            | :          |                                                                                         |         |                 |              |
|              | :           |            | :          |                                                                                         |         |                 |              |
|              | :           |            | :          |                                                                                         |         |                 |              |
|              | :           |            | :          |                                                                                         |         |                 |              |
|              | :           |            | :          |                                                                                         |         |                 |              |
|              | :           |            | :          |                                                                                         |         |                 |              |
|              | :           |            | :          |                                                                                         |         |                 |              |
|              | :           |            | :          |                                                                                         |         |                 |              |
| <b>TOTAL</b> |             |            |            |                                                                                         |         |                 | <b>60,00</b> |

  
Assinatura do Funcionário








  
Secretário  
09/04/2024

Assinatura do Tesoureiro  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_



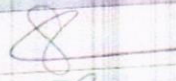


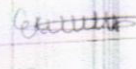
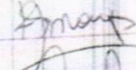
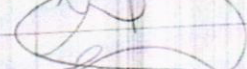



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO NORTE DO PARANÁ

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO NORTE DO PARANÁ - CISNOP  
CORNÉLIO PROCÓPIO - PARANÁ CNPJ 00126737/0001-55

| LISTA DE PRESENÇA           |                           | HORÁRIO: 08:00                                                                    |
|-----------------------------|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| DATA: 05/04/2024            | ASSUNTO: PAUTA ANEXO      |                                                                                   |
| NOME LEGÍVEL                | MUNICÍPIO                 | ASSINATURA                                                                        |
| Sandra da Silva Reis        | São Sebastião da Amoreira |  |
| Belen C. de Jesus           | São Jerônimo do Seno      |  |
| Giuvanna Passa              | São Jerônimo do Seno      |  |
| Elany F. de F. F. F.        | Itaí - Santa Bárbara      |  |
| Fernanda de F. F. F.        | Cornélio Procopio         |  |
| Maria Carolina de S. Dargin | Cornélio Procopio         |  |
| Priscila Ap. Batista Silva  | Santa Helena              |  |
|                             |                           |                                                                                   |
|                             |                           |                                                                                   |
|                             |                           |                                                                                   |
|                             |                           |                                                                                   |
|                             |                           |                                                                                   |
|                             |                           |                                                                                   |
| NOME LEGÍVEL                | MUNICÍPIO                 | ASSINATURA                                                                        |

### CONTROLE DE ENTRADA DE VISITANTES - 18ª REGIONAL DE SAÚDE - CORNÉLIO PROCÓPIO

DATA: 05.04.24

| NOME                    | RG          | SETOR     | ASSINATURA                                                                           | HORÁRIO |       |
|-------------------------|-------------|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------|---------|-------|
|                         |             |           |                                                                                      | ENTRADA | SAÍDA |
| Glaucia Torres          | 2161958-3   | Auditoria |   | 8:11    |       |
| Sandra de Silva Reis    | 761820-6    | Auditoria |   | 8:12    |       |
| Alex de Matt.           | 3716283-0   | "         |    | 8:12    |       |
| Eloa B. Wada Helal      | 2.821.591-5 | auditoria |   | 8:12    |       |
| Waldy dos Passos        | 13495126-5  | Auditoria |   | 08:13   |       |
| Sra Ellen Padua         | 7.9593303   | auditoria |    | 08:14   |       |
| Emmanuel Cardozo        | 7163121-4   | auditoria |   | 08:15   |       |
| Sandra F. Silva         | 62280344    | VISA      |  | 08:34   |       |
| Elizair de Mattos Leite | 4378580-0   | SMS       |  | 08:35   |       |
|                         |             |           |                                                                                      |         |       |
|                         |             |           |                                                                                      |         |       |

## SOLICITAÇÃO DE VIAGEM

### DADOS DO SOLICITANTE

Nome: **Sidney Fernandes da Silva**

Matrícula: **33151**

Órgão de Lotação: **Secretaria Municipal de Saúde**

Cargo ou função: **Técnico em Saneamento Básico (VISA)**

### DADOS DA VIAGEM

Data da Viagem:

- Saída dia **05/04/2024** às 7:30:00 horas e retorno dia **05/04/2024** às 17:00 horas.

Destino: **Cornélio Procópio - Pr**

Valor de diárias: **60,00 (1 diária de 60,00)**

Transporte utilizado: **Sandero**

Finalidade da viagem: **Reunião – Comissão Intergestores Regional – CIR18ªRS**

Órgãos/locais a serem visitados ou eventos: **Auditório da 18ª Regional de Saúde**

Dotação Orçamentária: **08 – Secretaria Municipal de Saúde**

**001 – Fundo Municipal de Saúde**

**10.301.0330.2025 – Manutenção do Fundo Municipal de Saúde**

**2270 – 3.3.90.14.00.00 324 – Diárias – Civil**

Liberação Orçamentária:

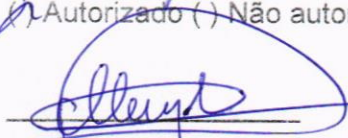
Declaro estar ciente das normas previstas na Lei Municipal nº **1147/2023**, que aprova a concessão das diárias. Declaro também e para todos os fins que são verdadeiras as informações prestadas, sem rasuras, nesta solicitação de diária e me responsabilizo por eventuais equívocos e omissões, sendo que autorizo o desconto em folha de pagamento de eventuais créditos não gastos e não ressarcidos ao erário.

Informações Complementares:

03/04/2024

  
\_\_\_\_\_  
**Sidney Fernandes da Silva**

Autorizado ( ) Não autorizado

  
\_\_\_\_\_  
Mizaél Mateus Leite

**Secretaria Municipal de Saúde**