



# Município de Salto do Itararé

*Paço Municipal "Prefeito José Odair"*

SECRETARIA MUNICIPAL DE: SAÚDE

## SOLICITAÇÃO DE DIÁRIAS Nº 00330/2019

### SOLICITANTE

NOME: ODAIR DE OLIVEIRA CPF: 548.963.209-72

CARGO: Secretário Municipal de Saúde MATRICULA Nº

DADOS CONTA BANCÁRIA: Nº BANCO: 341 Nº AGÊNCIA: 5345 Nº CONTA: 02591-9

**HOSPSUS**

**MOTIVO DA VIAGEM:** REUNIAO DE AVALIAÇÃO DO HOSPSUS FASE 3, REFERENTE AO PERÍODO, SETEMBRO 2018 A FEVEREIRO 2019, COM EQUIPE DA REGIONAL.

### DESCRIÇÃO DAS DIÁRIAS

DESTINO: JACAREZINHO KM: 110 Sem pernoite

HORÁRIO SAÍDO: 13:00 CHEGADA: 19:45 VEÍCULO/PLACA: ARGO - BCO - 6494

PERÍODO DA VIAGEM: 13 / 03 / 2019 à 13 / 03 / 2019

Nº DE DIÁRIAS: 01 VALOR UNITÁRIO: 75,00 VALORES TOTAIS: 75,00

TOTAL POR EXTENSO: SETENTA E CINCO REAIS

Salto do Itararé, 13 e MARÇO de 2019 ,

ASSINATURA DO SOLICITANTE

Odair de Oliveira  
Secretário Municipal de Saúde  
Salto do Itararé - PR  
Portaria - 007/2017

### AUTORIZAÇÃO DA CHEFIA

DATA: 13 / 03 / 2019

NOME: PAULO SERGIO F DA SILVA

CARGO: PREFEITO MUNICIPAL

ASSINATURA: \_\_\_\_\_

### AUTORIZAÇÃO DO PAGAMENTO

NOME: PAULO SERGIO FRAGOSO DA SILVA

CARGO: PREFEITO MUNICIPAL

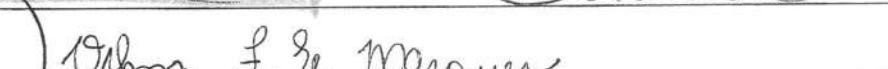
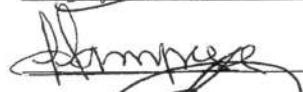
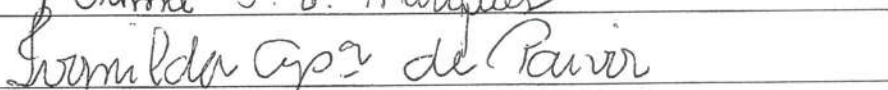
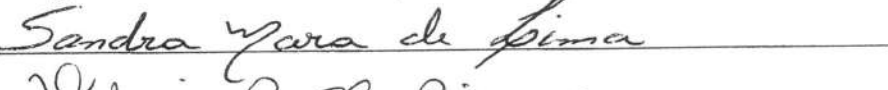
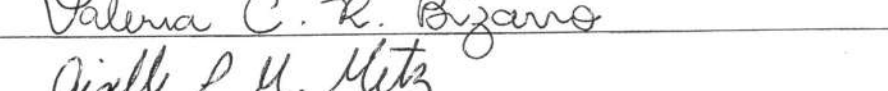
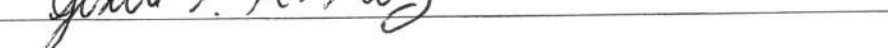
ASSINATURA: \_\_\_\_\_

DATA: 13 / 03 / 2019



ATA AVALIAÇÃO HOSPSUS HOSPITAL MUNICIPAL DE SALTO DO ITARARÉ

Aos 13 dias do mês de março de 2019, estiveram reunidos na 19ª Regional de Saúde, membros do hospital, Sras. Sandra e Vilma, o Secretário Municipal de Saúde de Salto do Itararé, Sr. Odair Oliveira, membros do Conselho Municipal de Saúde, Sras. Ivanilda e Gilmara e membros da 19ª Regional de Saúde, Valeria Bizarro e Giselle Metz, para a avaliação semestral do período de Setembro de 2018 a Fevereiro 2019 do programa Hospsus Fase 3 do Hospital Municipal de Salto do Itararé. Os itens foram sendo lidos e avaliados pela comissão um a um, mediante as documentações apresentadas pelo Hospital. Durante a avaliação, todos os itens foram tidos como cumpridos pela comissão avaliadora, abaixo assinada.

|                                                                                     |                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|                                                                                     |  |
|                                                                                     |  |