



Associação Regional de Saúde do Sudoeste
 Fone/Fax: (46) 3520-0900 - Bairro Água Branca
 E-Mail: financeiro@arssparana.com.br
 85601-970 – Rod. Vitorio Traiano, 501 – Francisco Beltrão – PR

NÚMERO: 031/2021
1

RESOLUÇÃO Nº 027/2018
DATA: 13/04/2018

2

INDENIZAÇÃO DAS DESPESAS COM ALIMENTAÇÃO E POUSADA

DIÁRIAS OU RESSARCIMENTO

IDENTIFICAÇÃO 3

ÓRGÃO: ASSOCIAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO SUDOESTE - ARSS
NOME DO SERVIDOR: ALCEU CARLOS FREISLEBEN – RG.: 3.620.605-5 SESP/PR
CPF: 896.866.839-68 **CARGO:** CHEFE DIV. ADMINISTRATIVA **REGIME JURÍDICO:** COMISSÃO
MUNICÍPIO DE ORIGEM: FRANCISCO BELTRÃO/PR

DA VIAGEM PERÍODO MOTIVO 4

DATA DE SAÍDA: 14/05/2021 **HORA:** 06:00 **DATA DE RETORNO:** 14/05/2021 **HORA:** 17:00
MOTIVO DA VIAGEM: Participar de reunião com Direção do Hospital Nossa Senhora de Fátima na cidade de Missal-Pr., referente a credenciamento de cirurgias eletivas e outros serviços prestados ao Consórcio ARSS.
ALOJAMENTO GRATUITO: SIM: NÃO:

TRANSPORTE MEIO DE 5

VEÍCULO **PLACA:** BCF-4099
 PASSAGEM: **AÉREA** **ÔNIBUS CONVENCIONAL** **ÔNIBUS LEITO**
 OUTROS (ESPECIFICAR) :

6 OU RESSARCIMENTO CONCESSÃO DIÁRIA

MUNICÍPIOS A SEREM VISITADOS	DIA/MÊS	DIÁRIAS OU RESSARCIMENTO		
		Nº	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
MISSAL - PR	14/05	0,20	350,00	70,00
TOTAL GERAL				70,00

POR EXTENSO R\$ (Setenta Reais)

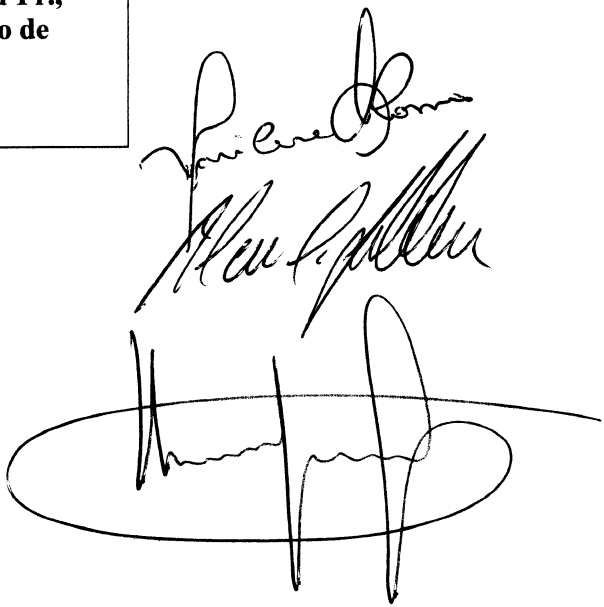
AUTORIZAÇÃO CÊNCIAE 7

CHEFE DA UNIDADE ADMINISTRATIVA ATESTO A NECESSIDADE DA VIAGEM ACIMA ESPECIFICADA EM: 13/05/2021 NOME: HEVANDRO I. MULLER RG: 8.671.340-3 CARGO: Chefe Recursos Humanos ASSINATURA:	AUTORIDADE CONCEDENTE AUTORIZO, CUMPRIDAS AS FORMALIDADES LEGAIS EM: 13/05/2021 NOME: ALCEU C. FREISLEBEN RG: 3.620.605-5 CARGO: Chefe Div. Administrativa ASSINATURA:	SERVIDOR Recebi o Valor de R\$ 70,00 NOME: ALCEU C. FREISLEBEN CARGO: Matricula n.º 2230 ASSINATURA:
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

CONTASO DEPRESTAÇÃO 8

VALOR ADIANTADO: R\$ **VALOR REAL GASTO:** R\$
SALDO (RESTITUIR / RECEBER): R\$
DECLARO SEREM VERDADEIRAS ESTAS INFORMAÇÕES. EM:
SERVIDOR BENEFICIÁRIO **RESPONSÁVEL PELO ADIANTAMENTO**

MODELO DE SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA

Nome do servidor(a): HELTON PEDRO PFEIFER ALCEU C. FREISLEBEN MARILENE TERESINHA MANFRIN		Matrícula do servidor: Setor: ADMINISTRATIVO ARSS		
Nº Banco:	Nº Agência:	Nº conta p/ depósito:		
CPF.:	RG.:			
Origem da viagem: Fco. Beltrão		UF: PR	Destino da viagem: Curitiba	UF: PR
Data da saída: 14/05/21	Hora da saída: 06:00	Data do retorno: 14/05/21	Hora do retorno: 17:00	
Tipo de diárias: Dentro do Estado <input type="checkbox"/> Fora do Estado <input type="checkbox"/> Internacional <input type="checkbox"/> Dentro do Município <input type="checkbox"/>	Natureza da diária: Diária Única <input type="checkbox"/> Capital - com pernoite <input type="checkbox"/> Capital - sem pernoite <input type="checkbox"/> Capital Federal - com pernoite <input type="checkbox"/> Capital Federal - sem pernoite <input type="checkbox"/> Diária de Campo - com pernoite <input type="checkbox"/> Diária de Campo - sem pernoite <input type="checkbox"/> Municípios Vizinhos - com pernoite <input type="checkbox"/> Municípios Vizinhos - sem pernoite <input type="checkbox"/> Outros Municípios - com pernoite <input type="checkbox"/> Outros Municípios - sem pernoite <input type="checkbox"/>			
Tipo de Transporte: Aérea <input type="checkbox"/> Terrestre <input type="checkbox"/>		Veículo /Órgão informar modelo e placa: BCF-4099		
Objetivo da viagem: Visita ao Hospital Nossa Senhora de Fátima na cidade de Missal-Pr., para conhecer e tratar com a direção assunto de credenciamento de prestação de serviços.		Assinatura: 		

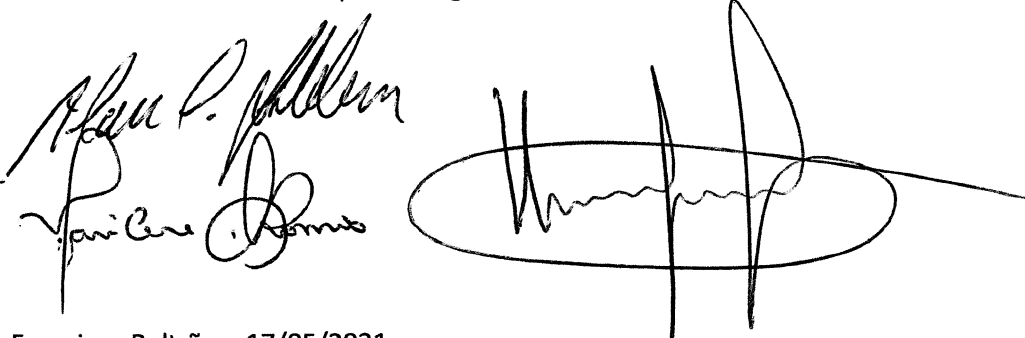


ASSOCIAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO SUDOESTE

CNPJ Nº. 00.333.678/0001-96- Fone/Fax (046) 3520-0900

Rod. Vitorio Traiano, 501 – Bairro Água Branca

CEP 85601-970 - FRANCISCO BELTRÃO - PR

RELATÓRIO DE DIARIA DA ARSS			
		No.	
IDA		VOLTA	
Data: 14/05/2021	Horário: 06:00	Data: 14/05/2021	Horário: 17:00
Veículo: BCF-4099	Despesa:		
Local Destino:	MISSAL - PR.		
Servidor:	HELTON PEDRO PFEIFER ALCEU CARLOS FREISLEBEN MARILENE T. M. ROMIO		
Motivo:	VISITA E REUNIÃO COM A DIREÇÃO DO HOSPITAL NOSSA SENHORA DE FÁTIMA NA CIDADE DE MISSAL-PR.		
RELATÓRIO			
<p>Saida de Francisco Beltrão às 06:00 hs. com destino ao município de Ampére-Pr., após encontrar com o Sr. Robson servidor do município de Ampére-Pr., de carona com veículo do município de Ampére seguimos até ao município de Missal – Pr., com objetivo de participar de uma reunião com a direção do Hospital Nossa Senhora de Fátima para discutir o credenciamento junto ao consórcio de serviços prestados pelo hospital, e conhecer parte da equipe técnica, as salas de cirurgias e quartos do hospital. Após o término da reunião retornamos a cidade de Francisco Beltrão, trocando de veículo na cidade de Ampére chegando ao destino às 17:00 hs.do dia 14/05/2021.</p>			
			
Francisco Beltrão – 17/05/2021			





