

**PROCESSO ADMINISTRATIVO DE CONCESSÃO DE DIÁRIAS N.º 212/2025****PROPOSTA DE CONCESSÃO****PROPONENTE****NOME:** ANA PAULA GONÇALVES ESTEVÃO**CARGO/FUNÇÃO:** PROFESSORA/COORDENADORA PEDAGÓGICA**CPF:** 006.888.069-37**LOCAL, SERVIÇO A SER EXECUTADO E PERÍODO DE AFASTAMENTO:**

Jacarezinho - PR: encontro formativo do Compromisso Nacional Criança Alfabetizada/Leitura e Escrita na Educação Infantil.

Saída: 01/04/2025

Retorno: 01/04/2025

Em, 31 de março de 2025.
ANA PAULA GONÇALVES ESTEVÃO
Proponente**INFORMAÇÃO**

Existe disponibilidade orçamentária para a concessão da diária, através da dotação orçamentária.

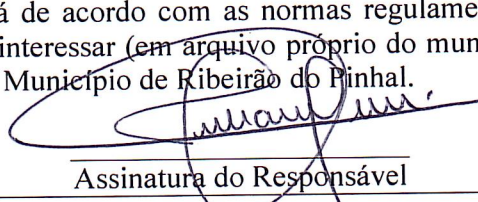
Conta de Despesa/Natureza da despesa: _____

Em, 31 de março de 2025._____
Marcelo Corinth
Contador**CONCESSÃO**

Concedo o pagamento de ½ (meia) diária solicitada. Requisite(m)-se e pague(m)-se.

Em, 31 de março de 2025.**PAGAMENTO/RECEBIMENTO**Paga a importância de R\$ 80,00 (oitenta reais), referentes à concessão de ½ (meia) diária, através da conta corrente do Poder Executivo para a conta corrente do solicitante no **Banco Itaú, Agência 3882, Conta Corrente 15384-8.**_____
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) e será publicado no Portal de Transparência do Município de Ribeirão do Pinhal.


Assinatura do Responsável

**RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO**

Utilização de Diárias

1. IDENTIFICAÇÃO**Órgão:** PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO DO PINHAL**Unidade Administrativa:** Poder Executivo - Secretaria Municipal de Educação e Cultura**Nome do Servidor Beneficiário:** Ana Paula Gonçalves Estevão**CPF:** 006.888.069-37**N.º do Empenho da Liberação de Diárias:****2. DESTINO DO SERVIDOR BENEFICIÁRIO****Destino:** Jacarezinho - PR**Data de Saída:** 01/04/2025**Hora da Saída:** 07h00**Data de Chegada:** 01/04/2025**Hora da Chegada:** 19h00**3. JUSTIFICATIVA**

Participação no Encontro C.N.C. C. / Leitura e Escrita na Educação Infantil.

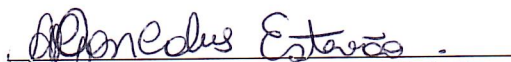
4. VALOR SOLICITADO:**Números de Diárias:** ½ diária**Valor Unitário das Diárias:** R\$ 160,00**Valor a Restituir:** R\$ 0,00**Valor total das Diárias:** R\$ 80,00**5. LOCOMOÇÃO****Veículo:** Gol**Placa:** SDT 4B94**Frota:** Educação**Particular:** -----

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);


Assinatura do Servidor Beneficiário