



**PROCESSO ADMINISTRATIVO DE CONCESSÃO DE DIÁRIAS N.º 259/2025**

**PROPOSTA DE CONCESSÃO**

**PROPONENTE**

**NOME:** FERNANDA BRAZ MARTINS ALVES

**CARGO/FUNÇÃO:** COORDENADORA DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA

**CPF:** 072.810.189-08

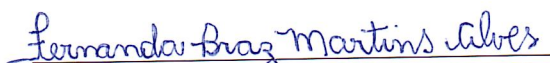
**LOCAL, SERVIÇO A SER EXECUTADO E PERÍODO DE AFASTAMENTO:**

Cornélio Procópio - PR: Encontro descentralizado de Coordenadores do Cad Único/2025

Saída: 23/04/2025 às 11h

Retorno: 25/04/2025 às 19h

**Em, 16 de abril de 2025.**

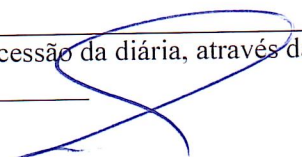
  
FERNANDA BRAZ MARTINS ALVES  
Proponente

**INFORMAÇÃO**

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

Conta de Despesa/Natureza da despesa: \_\_\_\_\_

**Em, 16 de abril de 2025.**

  
\_\_\_\_\_  
Marcelo Corinth  
Contador

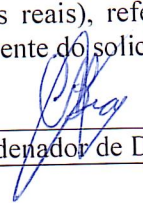
**CONCESSÃO**

Concedo o pagamento da diária solicitada. Requisite(m)-se e pague(m)-se.

**Em, 16 de abril de 2025.**

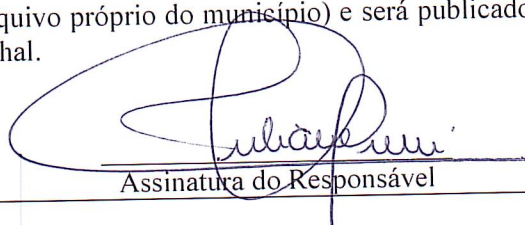
**PAGAMENTO/RECEBIMENTO**

Paga a importância de R\$ 200,00 (duzentos reais), referentes à concessão de diária, através da conta corrente do Poder Executivo para a conta corrente do solicitante.

  
\_\_\_\_\_  
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:** Fernanda Braz Martins Alves

**CPF:** 072.810.189-08

**N.º do Empenho da Liberação de Diárias:**

### 2. DESTINO DO SERVIDOR BENEFICIÁRIO

**Destino:** Cornélio Procópio - PR

**Data de Saída:** 23/04/2025

**Hora da Saída:** 11h

**Data de Chegada:** 25/04/2025

**Hora da Chegada:** 19h

### 3. JUSTIFICATIVA

Participar do evento se faz necessário para qualificar a gestão e o atendimento à população, ofertando capacitação aos coordenadores por meio da atualização de normativas, compartilhamento de experiências e apresentação de novos sistemas e ferramentas.

### 4. VALOR SOLICITADO:

**Números de Diárias:** 3 diárias

**Valor Unitário da Diárias de 1/2 período (1):** R\$ 40,00

**Valor Unitário das Diárias integrais (2):** R\$ 80,00

**Valor total das Diárias:** R\$ 200,00

**Valor a Restituir:** R\$ 200,00

### 5. LOCOMOÇÃO

**Veículo:** Gol

**Placa:** BEP9H72

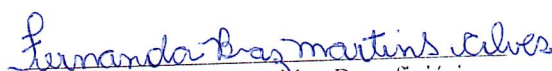
**Frota:** CRAS – Programa Bolsa Família

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