



**PROCESSO ADMINISTRATIVO DE CONCESSÃO DE DIÁRIAS N.º 291/2024**

**PROPOSTA DE CONCESSÃO**

**PROPONENTE**

**NOME:** FERNANDA MAIA DE SOUZA

**CARGO/FUNÇÃO:** Assistente Social

**CPF:** 007.834.159-07

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

Jacarezinho - III Seminário Regional de Enfrentamento às Violências Contra Crianças e Adolescentes.  
Aprimoramento na elaboração de Documentos com base na Lei 13.431/2017.

Saída: 10/04/2024

Retorno: 10/04/2024

**Em, 14 de Março de 2024.**

Fernanda Maia de Souza  
Proponente

**INFORMAÇÃO**

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

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

**Em, 14 de Março de 2024.**

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

**CONCESSÃO**

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

**Em, 14 de Março de 2024.**

**PAGAMENTO/RECEBIMENTO**

Paga a importância de R\$ 80,00 (Oitenta reais), referentes à concessão de meia 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 Assistência Social

**Nome do Servidor Beneficiário:** FERNANDA MAIA DE SOUZA

**CPF:** 007.834.159-07

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

### 2. DESTINO DO SERVIDOR BENEFICIÁRIO

**Destino:** Jacarezinho

**Data de Saída:** 10/04/2024      **Hora da Saída:** 7h00

**Data de Chegada:** 10/04/2024      **Hora da Chegada:** 18h30

### 3. JUSTIFICATIVA

Participação no III Seminário de Enfrentamento às violências contra crianças e adolescentes, voltado para profissionais que atuam na Rede de Proteção.

### 4. VALOR SOLICITADO:

**Números de Diárias:** meia diária

**Valor Unitário das Diárias:** R\$ 80,00

**Valor a Restituir:** R\$ 0,00

**Valor total das Diárias:** R\$ 80,00

### 5. LOCOMOÇÃO

**Veículo:** Ecosport      **Placa:** BDP7G02      **Frota:** Prefeitura/Assistência Social      **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