



ANEXO II
Requerimento de diárias

À **Secretaria de Administração e Planejamento**

Protocolo nº

Em: 05/03/2025

Servidor

Valdecir Luiz Joaquim, inscrito no CPF/MF sob o nº 680.726.519-00, agente público municipal, matrícula nº 15989, ocupante do cargo de Motorista, de provimento efetivo, lotado (a) na Secretaria de Saúde, exercendo minhas funções no (a) Centro de Saúde, ramal/fone: 45-32351650 -32351533, venho, por meio deste, **requerer autorização para deslocamento da sede do município e concessão de diárias** Levar pacientes Crislaine de Fátima Fernandes Internamento cirurgia - Hospital Dr Aurelio – Nova Aurora - Pr, pelo prazo de um dia 05/03/2025, contar com retorno previsto para , 05/03/2025, nos termos do disposto no art. 7º e seguintes da **Lei nº 1936/19, de 10/12/2019 e Lei nº. 2277/2022, 26/05/2022.**

1. Número total de diária(s) SEM pernoite: _____
2. Número total de diária(s) COM pernoite: _____
3. Necessita utilizar veículo oficial? SIM _____
4. Necessita adquirir passagens? _____
5. Em caso de resposta positiva no item 4, de qual tipo? () terrestre () aérea
6. Infomar dados da conta bancária de titularidade do beneficiário para creditar as diárias: Banco: Bradesco, Ag. 5867-0, Conta nº:0001027-8

Termo de compromisso

Declaro para todos os efeitos legais que as informações acima são verdadeiras, e comprometo-me a prestar contas nos termos do artigo 16 da Lei Municipal nº 4.648/2018. Na impossibilidade de viagem ou retorno antecipado, comprometo-me a restituir os valores excedentes dentro do prazo estipulado no art. 37 da Lei Municipal nº 85/1994 – Estatuto dos Servidores do Município de Três Barras do Paraná, ciente de que se não o fizer os valores poderão ser descontados em Folha de Pagamento, sendo que, desde já autorizo o desconto.

Nesses termos, pede deferimento.

Três Barras do Paraná/PR, 05/03/2025

Nome do Requerente e assinatura



salvo
cl 14.344.8
2024

ANEXO III
Autorização de Diárias

Nº: 120/2025

Autorizo o Sr. (a):

Valdecir Luiz Joaquim	CPF: 680.726.519-00		Matrícula 15989	RG nº4.213212-8
-----------------------	---------------------	--	-----------------	-----------------

Lotado na Divisão de:

Secretaria Municipal de Saúde

Na função de:

Motorista

Justificativa para realização da viagem:

Levar Pacientes: Crislaine de Fátima Fernandes -Internamento Cirurgia –
HOSPITAL DR AURELIO

Data de início e término da viagem:

05/03/2025

Destino da viagem:

NOVA AURORA - PR

Meio de Transporte utilizado:

Descrição:

mobi	Placa: BEU 2G87
------	-----------------

Quantidade de diárias integrais pagas:

0,4%

Quantidade de diárias parciais pagas (indicar porcentagem):

40%

Valor unitário das diárias integrais:

301,69 (trezentos e um reais e sessenta e nove centavos)

Valor unitário das diárias parciais (indicar porcentagem):

R\$ 120,67 (cento e vinte reais e sessenta e sete centavos).

Valor total das diárias:

R\$ 120,67 (cento e vinte reais e sessenta e sete centavos).

Autorizado

(identificação do agente público que autoriza:
Nome legível e assinatura)

Atesto que a(s) Nota(s)
Fiscal correspondente a
material adquirido ou
serviço prestado a esta
Prefeitura Municipal de
ÓRGÃO _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO