Requerimento de Diárias

À Secretaria de Administração e Planejamento

Protocolo nº 153/2025
Em 21/03/2025
Jondra
Servidor

ALDOIR DA SILVA, inscrito no CPF sob o nº 603.100.149-72, agente público municipal, matrícula nº 2233-0/1, ocupante do cargo de MOTORISTA, de provimento EFETIVO, lotado na SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO, exercendo minhas funções na SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO E PLANEJAMENTO, telefone: 45-3235-1212, venho, por meio deste, **REQUERER** autorização para deslocamento da sede do Município e concessão de diárias para **SÃO PAULO-SP**, por motivo de: ***TRANSPORTE DE PACIENTES PARA REALIZAR CONSULTAS NO HOSPITAL OSWALDO CRUZ, RUA TREZE DE MAIO, 1815, BAIRRO BELA VISTA***, SÃO PAULO-SP, com saída no dia 23/03/2025 ás 23h00 e retorno previsto para o dia 25/03/2025 nos termos da Lei nº 1.936/19, de 10/12/2019 e Lei nº 2.277/2022 de 25/05/2022.

1. Número total de diária (s) SEM pernoite: 00 (ZERO)
2. Número total de diária (s) COM pernoite: 02 (DUAS)
3. Necessita utilizar veículo oficial? SIM, SPIN PLACA : SFW 5F03
4. Necessita adquirir passagens? NÃO
5. Em caso de resposta positiva no item 4, de qual tipo? ( ) terrestre ( ) aérea
6. Informar dados da conta bancária de titularidade do beneficiário para creditar as diárias: Banco do Brasil, Ag. 4788-0, conta nº: 8025-X

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, 21/03/2025.

Nome do Requerente e assinatura

Autorização de Diárias

Nº: 153/2025

Autorizo o Sr. (a):

ALDOIR DA SILVA	CPF	603.100.149-72	Matrícula: 2233-0/1	RG nº 4.228.498-0

Lotado na Divisão de:
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO

Na função de:
MOTORISTA

Justificativa para realização da viagem:
TRANSPORTE DE PACIENTES PARA REALIZAR CONSULTAS NO HOSPITAL OSWALDO CRUZ, RUA TREZE DE MAIO, 1815, BAIRRO BELA VISTA, SÃO PAULO-SP

Data de início e término da viagem:
23/03/2025 – 25/03/2025

Destino da viagem:
SÃO PAULO-SP

Meio de Transporte utilizado:	Descrição:
VEÍCULO OFICIAL	SPIN PLACA: SFW 5F03

Quantidade de diárias integrais pagas:
02 (DUAS)

Quantidade de diárias parciais pagas (indicar porcentagem):
00 (ZERO)

Valor unitário das diárias integrais:
R$ 608.17 (SEISCENTOS E OITO REAIS E DEZESSETE CENTAVOS)

Valor unitário das diárias parciais (indicar porcentagem):

Valor total das diárias:
R$ 1.216,34 (UM MIL DUZENTOS E DEZESSEIS REAIS E TRINTA E QUATRO CENTAVOS)

Autorizado

CLEBESON BORDIM

Secretário de Administração e Planejamento

Atesto que a(s) Nota(s) Fiscal correspondente a material adquirido ou serviço prestado a esta Prefeit
ÓRGÃO

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO