



CAPITAL DO FÉLÃO

Prefeitura Municipal de Três Barras do Paraná
ESTADO DO PARANÁ

ANEXO II
requerimento de diárias
À Secretaria de Administração e Planejamento

Protocolo nº.

Em: 15/04/2025

Servidor

Ari Pauli, inscrito no CPF/MF sob o nº 68679017949, agente público municipal, matrícula nº15641, 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 para Hospital Regional Centro - Oeste Paraná Pr Cidade de Guarapuava Pr**, por motivos Buscar paciente Lucas Miguel Nunes pelo prazo de um dia, a contar de 15/04/2025, com retorno previsto para 16/04/2025 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: 01
3. Necessita utilizar veículo oficial? _____
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, conta nº:903-2

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, 15/04/2025

Ari Pauli
Nome do Requerente e assinatura



CAPITAL DO FEIJÃO

Prefeitura Municipal de Três Barras do Paraná
ESTADO DO PARANÁ

AP sus
15/04

ANEXO III
Autorização de Diárias

Nº: 217/25

Autorizo o Sr. (a):

Ari Pauli

CPF: 68679017949

Matrícula: 15641

RG nº: 45738663

Lotado na Divisão de:

Secretaria Municipal de Saúde

Na função de:

Motorista

Justificativa para realização da viagem:

Buscar alta paciente Lucas Miguel Nunes -Hospital Regional Centro -Oeste do Paraná Pr

Data de início e término da viagem:

15/04/2025 à 16/04/2025

Destino da viagem:

Guarapuava PR – Hospital Regional Oeste do Paraná Pr

Meio de Transporte utilizado:

Descrição:

SPIN

Placa: SFW 5J03

Quantidade de diárias integrais pagas:

01

Quantidade de diárias parciais pagas (indicar porcentagem):

0

Valor unitário das diárias integrais:

R\$ 329,12 (trezentos e vinte e nove reais e doze centavos)

Valor unitário das diárias parciais (indicar porcentagem):

0

Valor total das diárias:

R\$ 329,12 (trezentos e vinte e nove reais e doze centavos)

Autorizado

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

Atesto que a(s) Nota(s)
Fiscal correspondente a
materi adquirido ou
serviço estado a est:
Prefeit
ÓRGÃO

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO