



CAPITAL DO FEIJÃO

Prefeitura Municipal de Três Barras do Paraná
ESTADO DO PARANÁ

ANEXO II
requerimento de diárias
À Secretaria de Administração e Planejamento

Protocolo nº.

Em: 16/07/2025

Servidor

Ari Pauli, inscrito no CPF/MF sob o nº 68679017949, agente público municipal, matrícula nº 15641, 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 Cidade de Céu Azul Pr** por motivos de levar paciente Luan Antonio Fontana – Hospital Bom Samaritano pelo prazo de um dia, a contar de 16/07/2025, com retorno previsto para 16/07/2025, 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: 0
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, 16/07/2025



Nome do Requerente e assinatura



CAPITAL DO FEIJÃO

Prefeitura Municipal de Três Barras do Paraná
ESTADO DO PARANÁ

AP 2003
14.344.8
10/07

ANEXO III
Autorização de Diárias

Nº: 415/25

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:

Levar Paciente : Luan Antonio Fontana

Data de início e término da viagem:

16/07/25

Destino da viagem:

Céu Azul Pr

Meio de Transporte utilizado:

Descrição:

| | |
|------|----------------|
| HB20 | Placa: TBB4E64 |
|------|----------------|

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)