



Prefeitura Municipal de Três Barras do Paraná
ESTADO DO PARANÁ

ANEXO II
Requerimento de diárias
À Secretaria de Administração e Planejamento

Protocolo nº.

Em: 24/07/2025

Servidor

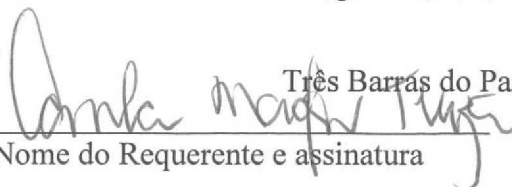
Camila Marafon Trevisan, inscrito no CPF/MF sob o nº. 023.337.739-52, agente público municipal, matrícula nº. 15649, ocupante do cargo de Farmacêutica, de provimento efetivo, lotado (a) na Secretaria de Saúde, exercendo minhas funções no (a) Centro de Saúde, ramal/fone: 45-32351650 -32351533, venho, por meio deste, **requerer autorização para deslocamento da sede do município e concessão de diária para, Oficina de Saúde PCA -2025 Prática para Revisão dos Questionários de Avaliação** Toledo Pr, de pelo prazo do dia 24/07/2025, a contar de com retorno previsto para 24/07/2025, nos termos do disposto no art. 2º, § 2º. da Lei nº 1936/19, de 10/12/2019 e art. 1º da Lei nº. 2277/2022 de 25/05/2022.

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? (x) terrestre () aérea
6. Informar dados da conta bancária de titularidade do beneficiário para creditar as diárias: Banco Bradesco: Ag. 5867, conta nº: 82-5

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.


Nome do Requerente e assinatura

Três Barras do Paraná/PR, 24/07/2025



Prefeitura Municipal de Três Barras do Paraná
ESTADO DO PARANÁ

29/04
APSV5

ANEXO III
Autorização de Diárias

Nº : 442/2025

Autorizo o Sr. (a):

Camila Marafon Trevisan

CPF: 023.337.739-52

Matrícula : 15649

RG nº: 6.831.375-9

Lotado na Divisão de:

Secretaria Municipal de Saúde

Na função de:

Farmacêutica

Justificativa para realização da viagem:

Oficina de Saúde PCA -2025 Prática para Revisão dos Questionários de Avaliação

Data de início e término da viagem:

24/07/2025

Destino da viagem:

Toledo Pr

Meio de Transporte utilizado:

Descrição:

VAN

Placa: TBI 2D 16

Quantidade de diárias integrais pagas:

0,5%

Quantidade de diárias parciais pagas (indicar porcentagem):

50%

Valor unitário das diárias integrais:

R\$: 301,69 (trezentos e um reais e sessenta e nove centavos)

Valor unitário das diárias parciais (indicar porcentagem):

R\$: 150,84 (cento e cinquenta reais e oitenta e quatro centavos)

Valor total das diárias:

R\$: 150,84 (cento e cinquenta reais e oitenta e quatro centavos)

Autorizado

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