



Prefeitura Municipal de Três Barras do Paraná
ESTADO DO PARANÁ

ANEXO II
requerimento de diárias

À Secretaria de Administração e Planejamento

Protocolo nº <u>30/2020</u>
Em <u>22/01/2020</u>
<u>[Assinatura]</u>
Servidor

ARI PAULI, inscrito no CPF/MF sob o nº 686.790.179-49, agente público municipal, matrícula nº 158-9/1, ocupante do cargo de Motorista, de provimento efetivo, lotado (a) na Secretaria de Saude, exercendo minhas funções no (a) Hospital Municipal, ramal/fone: 45 3235 1479/ 3235 1272, venho, por meio deste, **requerer autorização para deslocamento da sede do município e concessão de diárias** para Cassis Chateaubriand, por motivos de Consulta paciente Thiago Fernandes, pelo prazo de Um dia, a contar de 22/01/2020 com retorno previsto para 22/01/2020, nos termos do disposto no art. 7º e seguintes da Lei nº 1936/19, de 10/12/2019.

1. Número total de diária(s) SEM pernoite: 04
2. Número total de diária(s) COM pernoite: 01 (Uma)
3. Necessita utilizar veículo oficial? Sim / Ambulância BAL-8156
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: _____, Ag. _____, Conta nº: _____

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, 22/01/2020

[Assinatura]
Nome do Requerente e assinatura



CAPITAL DO FEIJÃO

Prefeitura Municipal de Três Barras do Paraná

ESTADO DO PARANÁ

ANEXO III Autorização de Diárias

Nº 2039/2020.

Autorizo o Sr. (a):

Ari Pauli

CPF: 686.790.179-49

Matricula 158-9/1

RG nº 4.573.866-3

Lotado na Divisão de:

Hospital Municipal

Na função de:

Motorista

Justificativa para realização da viagem:

1- Thiago Fernandes – Hospital de Beneficente Moacir Micheletto - Assis
Chateaubriand – as 08:00 hr.

Data de início e término da viagem:

22 /2020

Destino da viagem:

Assis Chateaubriand – Pr.

Meio de Transporte utilizado:

Descrição:

ambulancia

BAL- 8156

Quantidade de diárias integrais pagas:

1

Quantidade de diárias parciais pagas (indicar porcentagem):

0,4

Valor unitário das diárias integrais:

0

Valor unitário das diárias parciais (indicar porcentagem):

R\$ 230,00 (duzentos e trinta reais)

Valor total das diárias:

R\$ 92,00 (noventa e dois reais).

Autorizado

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

Tania Conradi Tavares
Secretaria de Saúde/Hospital Municipal
Diretora Hospital Municipal
Decreto nº 3536/2019

Atesto que a(s) Nota(s) Fiscal
corresponde a material adquirido
ou serviços prestados a esta
Prefeitura.

ÓRGÃO

Tania

Responsável pelo recebimento

Hospital
saúde
livre