



Prefeitura Municipal de Três Barras do Paraná
ESTADO DO PARANÁ

ANEXO II
requerimento de diárias

À Secretaria de Administração e Planejamento

Protocolo nº 35/2020

Em 28/10/2020

Paulo Sérgio
Servidor

JOÃO FERRAZ DOS SANTOS, inscrito no CPF/MF sob o nº 499.821.099-87, agente público municipal, matrícula nº 617-3/1, 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 Campo Largo, por motivos de Alta Hosp. Paciente Jonete Guoragmi, pelo prazo de _____, a contar de 28/10/2020 com retorno previsto para 29/10/2020, 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: - 0 -
2. Número total de diária(s) COM pernoite: 1
3. Necessita utilizar veículo oficial? Sim
4. Necessita adquirir passagens? - 0 -
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: _____, 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, 28/10/2020.

João Ferraz dos Santos
Nome do Requerente e assinatura



ESTADO DO PARANÁ

Prefeitura Municipal de Três Barras do Paraná

CAPITAL DO FEIJÃO

ANEXO III

Modelo de autorização de diárias

AUTORIZAÇÃO DE DIÁRIAS

Nº 2100/2020

Autorizo o Sr. (a):

João Ferraz dos Santos	CPF:	499.821.099-87	Matrícula 617-3/1	RG nº 48126883 SSP-PR
------------------------	------	----------------	----------------------	-----------------------

Lotado na Divisão de:

HOSPITAL MUNICIPAL

Na função de:

MOTORISTA

Justificativa para realização da viagem:

PEGAR PACIENTE DE ALTA > IVONETE GUARAGNI - HOSPITAL NOSSA SENHORA DO ROCIO + ACOMP.

Data de início e término da viagem:

28/01/2020 e 29/01/2020

Destino da viagem:

CAMPO LARGO - PR

Meio de Transporte utilizado:

OFICIAL

Descrição:

FIAT CRONOS BCG - 4365

Quantidade de diárias integrais pagas:

- 01 (UMA)

Quantidade de diárias parciais pagas (indicar porcentagem):

-

Valor unitário das diárias integrais:

R\$ - 250,00 (DUZENTOS E CINQUENTA REAIS)

Valor unitário das diárias parciais (indicar porcentagem):

R\$ -

Valor total das diárias:

R\$ - 250,00 (DUZENTOS E CINQUENTA REAIS)

Autorizado

Tania Conradi

Diretora do Hospital

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

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

ÓRGÃO

Responsável Pelo Recebimento