



CAPITAL DO FELIÃO

Prefeitura Municipal de Três Barras do Paraná
ESTADO DO PARANÁ

ANEXO II
requerimento de diárias

À Secretaria de Administração e Planejamento

Protocolo nº 151120

Em 02/09/2020

Tania C. Soradi Tavares

Secretaria de Saúde/Hospital Municipal

Diretora Hospital Municipal

agente nº 15842019

ARI PAULI, inscrito no CPF/MF sob o nº 686.790.179-49, agente 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 Ponta Grossa, por motivos de tramp. Maria de F. Borges - Urosau de, pelo prazo de _____, a contar de 01/08/20 com retorno previsto para 02/09/20, 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? nao
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, 02/09/20.

Nome do Requerente e assinatura



CAPITAL DO FEIJÃO

Prefeitura Municipal de Três Barras do Paraná
ESTADO DO PARANÁ

ANEXO III
Autorização de Diárias

Nº 2159/2020.

Autorizo o Sr. (a):

Ari Pauli

CPF: 686.790.179-49

Matrícula 158-9/1

RG nº 4.573.866-3

Lotado na Divisão de:

Hospital Municipal

Na função de:

Motorista

Justificativa para realização da viagem:

- Levar paciente Fatima dos Santos Borges –Urosaude Clinica Médica – Ponta Grossa – as 09:00 hr.

Data de início e término da viagem:

01-02/09 /2020

Destino da viagem:

Ponta Grossa – Pr.

Meio de Transporte utilizado:

Descrição:

Cronos

BCG 4365

Quantidade de diárias integrais pagas:

1

Quantidade de diárias parciais pagas (indicar porcentagem):

0

Valor unitário das diárias integrais:

300,00

Valor unitário das diárias parciais (indicar porcentagem):

R\$

Valor total das diárias:

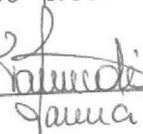
R\$ 300,00 (trezentos reais).

Autorizado


(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


Tania

Responsável pelo recebimento

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