



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 012/2021
Em 21/01/2021
Marise de F. Jessor
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 Ir Levar paciente Milena H. Basso – Hospital de Olhos – as 10:00 + acomp. . pelo prazo de Um dia, a contar de 21/01/21 com retorno previsto para 22/01/21, 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? Não
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, 21/01/21.


Nome do Requerente e assinatura



CAPITAL DO FELIÃO

Prefeitura Municipal de Três Barras do Paraná

ESTADO DO PARANÁ

ANEXO III Autorização de Diárias

Nº012/2021.

Autorizo o Sr. (a):

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

Lotado na Divisão de:

Hospital Municipal

Na função de:

Motorista

Justificativa para realização da viagem:

Levar paciente Milena H. Basso – Hospital de Olhos – as 10:00 + acomp.

Data de início e término da viagem:

21/01/21 e 22/01/2021

Destino da viagem:

Curitiba – 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:

R\$ 400,00 (Quatrocentos Reais).

Valor unitário das diárias parciais (indicar porcentagem):

R\$ 0

Valor total das diárias:

R\$ 400,00 (Quatrocentos Reais).

Autorizado

Moriso de F. Tessari
 (identificação do agente público que autoriza:
 Nome legível e assinatura)

*Saudé
livre*

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

ÓRGÃO

Moriso de F. Tessari
 Responsável Pelo Recebimento