



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 nº029/2021

Em 18 / 03 / 21

\_\_\_\_\_  
Servidor

Gilmar Fernandes, inscrito no CPF/MF sob o nº63800861968, agente público municipal, matrícula nº , ocupante do cargo de Motorista, 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 diárias para transporte de Paciente**, por motivos de Consulta, pelo prazo de um dia, a contar de 18 / 03 / 2021 com retorno previsto para      /      /     , 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: \_\_\_\_\_
2. Número total de diária(s) COM pernoite: 01
3. Necessita utilizar veículo oficial? \_\_\_\_\_
4. Necessita adquirir passagens? \_\_\_\_\_
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.

x



CAPITAL DO FELIÃO

*Prefeitura Municipal de Três Barras do Paraná*  
ESTADO DO PARANÁ

**ANEXO III**  
**Autorização de Diárias**

Nº : 029/2021

Autorizo o Sr. (a):

Gilmar Fernandes

CPF: 638.008.619.68

Matrícula : 15754

RG nº4.550.839.0

Lotado na Divisão de:

Secretaria Municipal de Saúde

Na função de:

Motorista

Justificativa para realização da viagem:

Levar Paciente Conrado Fernandes Mocelin no Hospital Coração Sagrada Família

Data de início e término da viagem:

18/03/2021

Destino da viagem:

Londrina Pr

Meio de Transporte utilizado:

Spin

Descrição:

BDM - 5F39

Quantidade de diárias integrais pagas:

01

Quantidade de diárias parciais pagas (indicar porcentagem):

0

Valor unitário das diárias integrais:

01

Valor unitário das diárias parciais (indicar porcentagem):

R\$ 300,00 (trezentos reais).

Valor total das diárias:

R\$ 300,00 (trezentos reais).

Autorizado

*Deborah M. L. Lidor*

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

*Saúde  
Lidior*