



CAPITAL DO FEMÃO

Prefeitura Municipal de Três Barras do Paraná
ESTADO DO PARANÁ

ANEXO II
requerimento de diárias

À **Secretaria de Administração e Planejamento**

Protocolo nº.191/2021

Em: 15/12/2021

Servidor

Cleusa Bonetti de Oliveira , inscrito no CPF/MF sob o nº 021.436.419-40 agente público municipal, matrícula nº15677 , 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 Cidade de Piraquara Pr**, por motivos de Acompanhar paciente Amarante de Lima Hospital San Julian Piraquara , pelo prazo de um dia , a contar de 15/12/2021 com retorno previsto para 15/12/2021, 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: 01
2. Número total de diária(s) COM pernoite: 0
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: Sicoob , Ag. 4370, Conta nº: 302376

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, 15/12/2021



Nome do Requerente e assinatura



CAPITAL DO FEIJÃO

Prefeitura Municipal de Três Barras do Paraná
ESTADO DO PARANÁ

ANEXO III
Autorização de Diárias

Nº : 191/2021

Autorizo o Sr. (a):

Cleusa Bonetti de Oliveira	CPF: 021.436.419-40	Matricula : 15677	RG nº: 6.509.250.6
----------------------------	---------------------	-------------------	--------------------

Lotado na Divisão de:

Secretaria Municipal de Saúde

Na função de:

Técnica de Enfermagem

Justificativa para realização da viagem:

Acompanhar paciente Amarante de Lima para Hospital San Julian Piraquara

Data de início e término da viagem:

15/12/2021

Destino da viagem:

Piraquara Pr

Meio de Transporte utilizado:

Descrição:

Ambulância	BCW 5050
------------	----------

Quantidade de diárias integrais pagas:

01

Quantidade de diárias parciais pagas (indicar porcentagem):

0

Valor unitário das diárias integrais:

250,00 (duzentos e cinquenta reais)

Valor unitário das diárias parciais (indicar porcentagem):

0

Valor total das diárias:

R\$ 250,00 (duzentos e cinquenta reais).

Autorizado

Débora M. L. Lieder
(identificação do agente público que autoriza:
Nome legível e assinatura)

*Saúde
Livre*