



Prefeitura Municipal de Três Barras do Paraná
ESTADO DO PARANÁ

ANEXO II
Requerimento de diárias
À Secretaria de Administração e Planejamento

Protocolo nº

Em: 08/08/2024

Servidor

Antonio Manoel Da Silva, inscrito no CPF/MF sob o nº 074752528-50, agente público municipal, matrícula nº 2240-3/1, 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** Levar paciente realizar CLAUDINEI TRAMONTIN Toledo-PR por motivos (consulta), pelo prazo de um dia 09/08/2024, com retorno previsto para 09/08/2024 nos termos do disposto no art. 7º e seguintes da Lei nº 1936/19, de 10/12/2019 e Lei nº. 2277/2022, 26/05/2022.

1. Número total de diária(s) SEM pernoite: _____
2. Número total de diária(s) COM pernoite: _____
3. Necessita utilizar veículo oficial? _____ sim _____
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: Bradesco, Ag. 437, Conta nº:276340

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, 08/08/2024

Nome do Requerente e assinatura



CAPITAL DO FEIJÃO

09/08 saúde livre

Prefeitura Municipal de Três Barras do Paraná
ESTADO DO PARANÁ

ANEXO III
Autorização de Diárias

Nº: *319/24*

Autorizo o Sr. (a):

Antonio Manoel Da Silva

CPF: 074752528-50

Matricula 2205-5/1

RG nº14793922

Lotado na Divisão de:

Secretaria Municipal de Saúde

Na função de:

Motorista

Justificativa para realização da viagem:

Levar paciente: CLAUDINEI TRAMONTIN HOSPITAL REGIONAL OESTE DO PARANÁ PR

Data de início e término da viagem:

09/08/2024

Destino da viagem:

Toledo - Pr.

Meio de Transporte utilizado:

Descrição:

GOL

Placa: BEX- 9174

Quantidade de diárias integrais pagas:

0,4%

Quantidade de diárias parciais pagas (indicar porcentagem):

40%

Valor unitário das diárias integrais:

301,69 (trezentos e um reais e sessenta e nove centavos)

Valor unitário das diárias parciais (indicar porcentagem):

R\$ 120,67 (cento e vinte reais e sessenta e sete centavos).

Valor total das diárias:

R\$ 120,67 (cento e vinte reais e sessenta e sete centavos).

Autorizado


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