



CAPITAL DO FERIÃO

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

**ANEXO II**  
**requerimento de diárias**  
**À Secretaria de Administração e Planejamento**

Protocolo nº. 094/2021

Em 27/07/2021

\_\_\_\_\_  
Servidor

Miguel Jose da Silva, inscrito no CPF/MF sob o nº 63539093968 agente público municipal, matrícula nº15885 , 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 Curitiba Pr**, por motivos de levar paciente Hospital realizar exames e consulta , pelo prazo de um dia , a contar de 12/04/2021 com retorno previsto para 13/04/2021, 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: \_\_\_\_\_
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. Informar dados da conta bancária de titularidade do beneficiário para creditar as diárias: Banco: Socoob Ag. 4370-2 Conta nº: 68.850-9

**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, 27/07/2021

  
\_\_\_\_\_  
Nome do Requerente e assinatura

26/07



CAPITAL DO FÊMEÃO

Prefeitura Municipal de Três Barras do Paraná  
ESTADO DO PARANÁ

ANEXO III  
Autorização de Diárias

Nº : 094 /2021

Autorizo o Sr. (a):

Miguel Jose da Silva	CPF: 635.390.989.68	Matricula : 15885	RG nº: 18510152
----------------------	---------------------	-------------------	-----------------

Lotado na Divisão de:

Secretaria Municipal de Saúde

Na função de:

Motorista

Justificativa para realização da viagem:

Levar Paciente Jenoir Hospital Angelina Caron

Data de início e término da viagem:

26/07/2021 – 27/07/2021

Destino da viagem:

Curitiba Pr

Meio de Transporte utilizado:

Descrição:

cronos	BCG 4363
--------	----------

Quantidade de diárias integrais pagas:

01

Quantidade de diárias parciais pagas (indicar porcentagem):

0

Valor unitário das diárias integrais:

400,00 ( quatrocentos reais)

Valor unitário das diárias parciais (indicar porcentagem):

0

Valor total das diárias:

R\$ 400,00 ( quatrocentos reais).

Autorizado

*Flora Cruz*

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

*saúde  
luz*