



Prefeitura Municipal de Três Barras do Paraná
ESTADO DO PARANÁ

ANEXO II
Requerimento de diárias

À Secretaria de Administração e Planejamento

Protocolo nº

Em: 18/01/2023

Servidor

Orlei Foralosso, inscrito no CPF/MF sob o nº 858.468.649-53, agente público municipal, matrícula nº 15905, 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 Alice Nicole da Silva Baretta Corbélia -Pr, por motivos internamento para cirurgia, pelo prazo de um dia, contar com retorno previsto para 18/01/2023, 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. 5867-0, Conta nº: 931-8

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, 18/01/2023

Orlei Foralosso

Nome do Requerente e assinatura

18102



CAPITAL DO FELIÃO

Prefeitura Municipal de Três Barras do Paraná

ESTADO DO PARANÁ

ANEXO III Autorização de Diárias

Nº: 019/2023

Autorizo o Sr. (a):

| | | | |
|-----------------|---------------------|------------------|-------------------|
| ORLEI FORALOSSO | CPF: 858.468.649-53 | Matrícula: 15905 | RG nº 5.648.253-9 |
|-----------------|---------------------|------------------|-------------------|

Lotado na Divisão de:

Secretaria Municipal de Saúde

Na função de:

Motorista

Justificativa para realização da viagem:

Levar paciente Alice Nicole da Silva Baretta Internamento Hospital Santa Simone

Data de início e término da viagem:

18/01/2023 (saída às 17:00 horas / chegada 21:00 horas)

Destino da viagem:

Corbélia – Pr.

Meio de Transporte utilizado:

Descrição:

| | |
|-----|-----------------|
| VAN | Placa: BEH 4G13 |
|-----|-----------------|

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)

274