




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 nº	/2023
Em 07/04/2023	
	M <sup>a</sup> do Socorro M. S. Prestes
	Decreto N 5051/2022
_____	_____
Servidor	Diretora

ORLEI JOSE FORALOSSO inscrito no CPF/MF858.468.649-53 sob o nº agente público municipal, matrícula nº 23848-1/1, ocupante do cargo de Motorista, de provimento efetivo, lotado (a) na Secretaria de Saúde, exercendo minhas funções no (a) Hospital Municipal, ramal/fone: 45 3235 1479/ 3235 1272, venho, por meio deste, **requerer autorização para deslocamento da sede do município e concessão de diária para**, Buscar paciente pós cirurgica Ana Mafra Hospital Bom Samaritano de Céu Azul. pelo prazo de um dia a contar de 07/04/2023 com retorno previsto em 07/04/2023 nos termos do disposto no art. 7º e seguintes da Lei nº 1936/19, de 10/12/2019 E Lei nº 2277/2022.

1. Número total de diária(s) SEM pernoite: 0,4%
2. Número total de diária(s) COM pernoite: 0
3. Necessita utilizar veículo oficial? Sim Ambulancia BCW 5C50.
4. Necessita adquirir passagens? Não
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, 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, 07/04/2023.

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

06/04



CAPITAL DO FÊLIÃO

# Prefeitura Municipal de Três Barras do Paraná

ESTADO DO PARANÁ

## ANEXO III Autorização de Diárias

Nº 164/2023

Autorizo o Sr. (a):

Orlei Jose Foralosso	CPF:858.468.649-53	Matrícula23848-1/1	RG nº5648253-9
----------------------	--------------------	--------------------	----------------

Lotado na Divisão de:

Hospital Municipal

Na função de:

Motorista

Justificativa para realização da viagem:

Buscar paciente pós cirurgica Ana Mafra Hospital Bom Samaritano de Céu Azul.

Data de início e término da viagem:

07/04/2023.

Destino da viagem:

Céu Azul - Pr

Meio de Transporte utilizado:

Descrição:

Ambulancia	BCW 5C50.
------------	-----------

Quantidade de diárias integrais pagas:

0,4%

Quantidade de diárias parciais pagas (indicar porcentagem):

0,4%

Valor unitário das diárias integrais:

R\$: 301,69 ( Trezentos e Um Real 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  
*Marina do Socorro Marinho dos Santos Prestes*  
 (identificação do agente público que autoriza:  
 Nome legível e assinatura)

*Sociedade Livre*

*Marina do Socorro M. S. Prestes*  
 M<sup>o</sup> do Socorro M. S. Prestes  
 Decreto N 5051/2022  
 Diretora