



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

Protocolo nº

Em: 19/04/2023

\_\_\_\_\_  
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 MARILENE SIMÃO Hospital de CAPITÃO LEONIDAS MARQUES - PR por motivos o (cirurgia), pelo prazo de um dia 19/04/2023, com retorno previsto para 19/04/2023, nos termos do disposto no art. 7º e seguintes da Lei nº 1936/19, de 10/12/2019 e Lei nº. 2277/2022, 26/05/2022.

1. Número total de diária(s) SEM pernoite: \_\_\_\_\_
2. Número total de diária(s) COM pernoite: \_\_\_\_\_
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: 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, 19/04/2023

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

19/04



CAPITAL DO FELIÃO

Prefeitura Municipal de Três Barras do Paraná  
ESTADO DO PARANÁ

ANEXO III  
Autorização de Diárias

Nº: 186/2023

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 MARILENE SIMÃO ( cirurgia )Hospital de Capitão Léonidas Marques Pr

Data de início e término da viagem:

19/04/2023

Destino da viagem:

Capitão Leonidas Marques – 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)

saúde  
live