



Prefeitura Municipal de Três Barras do Paraná
ESTADO DO PARANÁ

ANEXO II
Requerimento de diárias
À Secretaria de Administração e Planejamento

Protocolo n°.

Em : 07/02/2025

Servidor

Ari Pauli, inscrito no CPF/MF sob o n° 68679017949, agente público municipal, matrícula n°15641, 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 Toledo Pr** por motivos de levar pacientes : Adriana Motta - exame, pelo prazo de um dia, a contar de 07/02/2025, com retorno previsto para 07/02/2025 nos termos do disposto no art. 7º e seguintes da Lei n° 1936/19, de 10/12/2019 e Lei n°. 2277/2022, 26/05/2022.

1. Número total de diária(s) SEM pernoite: _____
2. Número total de diária(s) COM pernoite: 0 _____
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: Bradesco, Ag.5867, Conta n°:903-2

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 n° 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 n° 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, 07/02/2025
Nome do Requerente e assinatura



CAPITAL DO FEIJÃO

Prefeitura Municipal de Três Barras do Paraná
ESTADO DO PARANÁ

07/02/25
saúde
luz

ANEXO III
Autorização de Diárias

Nº : 064/25

Autorizo o Sr. (a):

Ari Pauli	CPF: 68679017949	Matrícula :15641	RG nº: 45738663
-----------	------------------	------------------	-----------------

Lotado na Divisão de:

Secretaria Municipal de Saúde

Na função de:

Motorista

Justificativa para realização da viagem:

Levar Pacientes: Adriana Motta

Data de início e término da viagem:

07/02/2025

Destino da viagem:

Toledo Pr – Hospital Regional Oeste do Paraná

Meio de Transporte utilizado:

Descrição:

GOL	Placa: BER2J46
-----	----------------

Quantidade de diárias integrais pagas:

0,4%

Quantidade de diárias parciais pagas (indicar porcentagem):

40%

Valor unitário das diárias integrais:

R\$ 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)