



Prefeitura Municipal de Três Barras do Paraná
ESTADO DO PARANÁ

ANEXO II
Requerimento de diárias

À Secretaria de Administração e Planejamento

Protocolo nº

Em: 17/02/2025

Servidor

Valdecir Luiz Joaquim, inscrito no CPF/MF sob o nº 680.726.519-00, agente público municipal, matrícula nº 15989, 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: Carlos Aparecido consulta –Hospital Regional do Oeste do Paraná Pr, pelo prazo de um dia 18/02/2025, contar com retorno previsto para 19/02/2025, 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: 01
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:0001027-8

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, 17/02/2025



Nome do Requerente e assinatura



CAPITAL DO FEIJÃO

Prefeitura Municipal de Três Barras do Paraná
ESTADO DO PARANÁ

*Sauca
live*

ANEXO III
Autorização de Diárias

Nº : 089/25

Autorizo o Sr. (a):

| | | | |
|-----------------------|---------------------|-----------------|-----------------|
| Valdecir Luiz Joaquim | CPF: 680.726.519-00 | Matrícula 15989 | RG nº4.213212-8 |
|-----------------------|---------------------|-----------------|-----------------|

Lotado na Divisão de:

Secretaria Municipal de Saúde

Na função de:

Motorista

Justificativa para realização da viagem:

Levar paciente: Carlos Aparecido Consulta – Hospital Regional do Oeste Paraná Pr

Data de início e término da viagem:

18/02/2025 À 19/02/2025

Destino da viagem:

Guarapuava – PR.

Meio de Transporte utilizado:

Descrição:

| | |
|------|----------------|
| MOBI | Placa: BEU2G87 |
|------|----------------|

Quantidade de diárias integrais pagas:

01

Quantidade de diárias parciais pagas (indicar porcentagem):

0

Valor unitário das diárias integrais:

R\$: 329,12 (trezentos e vinte e nove reais e doze centavos)

Valor unitário das diárias parciais (indicar porcentagem):

0

Valor total das diárias:

R\$: 329,12 (trezentos e vinte e nove reais e doze centavos)

Autorizado

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