



ANEXO II
Requerimento de diárias

À Secretaria de Administração e Planejamento
Protocolo nº

Em: 18/03/2025

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 pacientes Angelina Dias Tochio, Alauana da Silva, Cristina Rodrigues, Ines S dos Santos, Edson Banaini, Geizieli Blasius, Gilmar Schilickmann, Jandira da Silva, Luiz Simon, Lucia da Silva, Mario Lucas, Marina Dresch, Rosalina Fonseca, Sandra Mara, Maria Alves Pereira,, realizar exames (tomografia) - Hospital Regional do Oeste do Paraná Pr)realizar exames - Hospital Regional do Oeste do Paraná – Toledo - Pr, pelo prazo de um dia 19/03/2025, contar com retorno previsto para, 19/03/2025, 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: _____
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, 18/03/2025

Nome do Requerente e assinatura



AP 200
14.344.8

ANEXO III
Autorização de Diárias

Nº: 14912025

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 Pacientes: Angelina Dias Tochio, Alauana da Silva, Cristina Rodrigues, Ines S dos Santos, Edson Banaini, Geizeli Blasius, Gilmar Schilickmann, Jandira da Silva, Luiz Simon, Lucia da Silva, Mario Lucas, Marina Dresch, Rosalina Fonseca, Sandra Mara, Maria Alves Pereira, realizar exames (tomografia) - Hospital Regional do Oeste do Paraná Pr)

Data de início e término da viagem:

19/03/2025

Destino da viagem:

Toledo Pr - Hospital Regional do Oeste do Paraná 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)

Atesto que a(s) Nota(s)
Fiscal correspondente a
material adquirido ou
serviço prestado a esta
Prefeitura Municipal de
TRÊS BARRAS DO PARANÁ
ÓRGÃO

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO