ANEXO II
Requerimento de diárias

À Secretaria de Administração e Planejamento

Protocolo nº
Em: 20/04/2025

_____
Servidor

ALEXANDRE DELGADO HENRIQUES , inscrito no CPF/MF sob o nº**: 815.614.749.91** , agente público municipal, matrícula nº: **15617,** 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 Souza– Guarapuava Pr Hospital Regional do Oeste do Paraná Pr, pelo prazo de um dia 21/04/2025, contar com retorno previsto para 20/04/2025, 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: Sicoob _, Ag. 4370, Conta nº:607479

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, 17/04/2025

_____
Nome do Requerente e assinatura

17/04
AP plus

Prefeitura Municipal de Três Barras do Paraná
ESTADO DO PARANÁ

CAPITAL DO FEIJÃO

ANEXO III
Autorização de Diárias

Nº: 222/25

Autorizo o Sr. (a):

ALEXANDRE DELGADO HENRIQUES	CPF: 815.614.749.91		Matrícula: 15617	RG nº2.725.766.96

Lotado na Divisão de:
Secretaria Municipal de Saúde

Na função de:
Motorista

Justificativa para realização da viagem:
Levar paciente: Carlos Aparecido Souza–Hospital Regional do Oeste Paraná Pr

Data de início e término da viagem:
20/04/2025 á 21/04/2025

Destino da viagem:
Guarapuava – PR.

Meio de Transporte utilizado:	Descrição:
Gol	Placa: BEX 9174

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)

Atesto que a(s) Nota(s) Fiscal correspondente a material adquirido ou serviço prestado a esta Prefeit
ÓRGÃO

RESPONSÁVEL PELO