



ANEXO II
Requerimento de diárias

À Secretaria de Administração e Planejamento

Protocolo nº

Em: 09/06/2025



Servidor

MARIA HELENA DE OLIVEIRA CALGAROTO, inscrito no CPF/MF sob o nº: **014.682.899-26**, agente público municipal, matrícula nº: **15857** ocupante do cargo de Serviços Gerais, 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 – **Conferência Estadual (política Estadual/nacional da saúde do trabalhador e da trabalhadora - representando segmento do Conselho Municipal de Saúde - Usuário) Curitiba - Pr**, pelo prazo de um dia (09/06/2025), contar com retorno previsto para 10/06/2025, 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.**

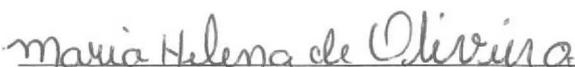
1. Número total de diária(s) SEM pernoite: _____
2. Número total de diária(s) COM pernoite: 01 _____
3. Necessita utilizar veículo oficial? SIM _____
4. Necessita adquirir passagens? _____
5. Em caso de resposta positiva no item 4, de qual tipo? () terrestre () aérea
6. Infomar dados da conta bancária de titularidade do beneficiário para creditar as diárias: Banco: Sicredi, Ag. 0727, conta nº: 00016148-0

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, 06/06/2025


Nome do Requerente e assinatura



Prefeitura Municipal de Três Barras do Paraná
ESTADO DO PARANÁ

06/06
saúde
luz

ANEXO III
Autorização de Diárias

Nº : 330/25

Autorizo o Sr. (a):

| | | | | |
|---|--------------------------------|--|-------------------------|-----------------------|
| MARIA HELENA DE OLIVEIRA CALGAROTO | CPF: 014.682.899-26 | | Matrícula: 15857 | RG:6.623.664-1 |
|---|--------------------------------|--|-------------------------|-----------------------|

Lotado na Divisão de:

Prefeitura Municipal

Na função de:

Serviços Gerais

Justificativa para realização da viagem:

Conferência Estadual (Política Estadual/Nacional da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – Representando Segmento do Conselho Municipal de Saúde - Usuário)

Data de início e término da viagem:

09/06/2025 à 10/06/2025

Destino da viagem:

Curitiba – PR.

Meio de Transporte utilizado:

Descrição:

Ônibus Regional de Saúde

Quantidade de diárias integrais pagas:

01

Quantidade de diárias parciais pagas (indicar porcentagem):

0

Valor unitário das diárias integrais:

R\$: 477,00 (Quatrocentos e setenta e sete reais)

Valor unitário das diárias parciais (indicar porcentagem):

0

Valor total das diárias:

R\$: 477,00 (Quatrocentos e setenta e sete reais)

Autorizado

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