



CAPITAL DO FEIJÃO

Prefeitura Municipal de Três Barras do Paraná  
ESTADO DO PARANÁ

ANEXO II  
requerimento de diárias

À Secretaria de Administração e Planejamento

Protocolo nº <u>041</u>
Em <u>04/02/2020</u>
<u>ARI PAULI</u> Servidor

ARI PAULI, inscrito no CPF/MF sob o nº 686.790.179-49, agente público municipal, matrícula nº 158-9/1, ocupante do cargo de Motorista, de provimento efetivo, lotado (a) na Secretaria de Saude, exercendo minhas funções no (a) Hospital Municipal, ramal/fone: 45 3235 1479/ 3235 1272, venho, por meio deste, **requerer autorização para deslocamento da sede do município e concessão de diárias** para transporte de paciente internamento cirurgico, por motivos de internamento cirurgico, pelo prazo de 40%, a contar de 04/02/2020 com retorno previsto para 04/02/2020, nos termos do disposto no art. 7º e seguintes da Lei nº 1936/19, de 10/12/2019.

1. Número total de diária(s) SEM pernoite: 0,40
2. Número total de diária(s) COM pernoite: 0
3. Necessita utilizar veículo oficial? Sim
4. Necessita adquirir passagens? nao
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, Conta nº: 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 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, 03/02/2020.

ARI PAULI  
Nome do Requerente e assinatura



CAPITAL DO FELIÃO

# Prefeitura Municipal de Três Barras do Paraná

ESTADO DO PARANÁ

## ANEXO III Autorização de Diárias

Nº 2049/2020.

Autorizo o Sr. (a):

Ari Pauli

CPF: 686.790.179-49

Matrícula 158-9/1

RG nº 4.573.866-3

Lotado na Divisão de:

Hospital Municipal

Na função de:

Motorista

Justificativa para realização da viagem:

1- Levar Pcte Diva Pereira Dos Santos para internamento cirurgico Hospital Dr. Aurelio

Data de início e término da viagem:

04/02/2020

Destino da viagem:

Nova Aurora - Pr.

Meio de Transporte utilizado:

ambulancia

Descrição:

BAL- 8156

Quantidade de diárias integrais pagas:

1

Quantidade de diárias parciais pagas (indicar porcentagem):

0,4

Valor unitário das diárias integrais:

0

Valor unitário das diárias parciais (indicar porcentagem):

R\$ 230,00 (duzentos e trinta reais)

Valor total das diárias:

R\$ 92,00 (noventa e dois reais).

Autorizado

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

Hospital  
saúde  
livre

Atesto que a(s) Nota(s) Fisca  
corresponde a material adquirido  
ou serviços prestados a esta  
Prefeitura.

ÓRGÃO

Responsável pelo recebimento