



CAPITAL DO FELIÃO

Prefeitura Municipal de Três Barras do Paraná
ESTADO DO PARANÁ

ANEXO II
requerimento de diárias

À Secretaria de Administração e Planejamento

Protocolo nº <u>044</u> Em <u>05/02/2020</u> _____ Servidor
--

A, inscrito no CPF/MF sob o nº 680726519-00, agente público municipal, matrícula nº 2240-3/1, 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 Cidade de Nova Lurora - PR, por motivos de pegar pacientes de alta, pelo prazo de um dia, a contar de 05/02/2020 com retorno previsto para 05/02/2020, 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: 0,4
2. Número total de diária(s) COM pernoite: ZERO
3. Necessita utilizar veículo oficial? SIM - Ambulância BCW 5C50
4. Necessita adquirir passagens? não
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: _____, Ag. _____, Conta nº: _____

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, 05/02/2020.

Nome do Requerente e assinatura



CAPITAL DO FEIJÃO

Prefeitura Municipal de Três Barras do Paraná
ESTADO DO PARANÁ

ANEXO III
Autorização de Diárias

Nº2052 /2020.

Autorizo o Sr. (a):

Antonio Manoel Da Silva	CPF: 074752528 - 50	Matrícula 2205-5/1	RG nº14793922
-------------------------	---------------------	--------------------	---------------

Lotado na Divisão de:

Hospital Municipal

Na função de:

Motorista

Justificativa para realização da viagem:

Pegar paciente de alta Diva Pereira Dos Santos

Data de início e término da viagem:

05/02/2020.

Destino da viagem:

Nova Aurora - Pr.

Meio de Transporte utilizado:

Descrição:

AMBULANCIA	BCW 5C50
------------	----------

Quantidade de diárias integrais pagas:

0

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

Janice C. Savaris

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

*Hospital
saúde
hoje*

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

ÓRGÃO *saúde*

Janice
Responsável pelo recebimento