



CAPITAL DO FIELÃO

Prefeitura Municipal de Três Barras do Paraná  
ESTADO DO PARANÁ

**ANEXO II**  
**requerimento de diárias**

À Secretaria de Administração e Planejamento

Protocolo nº <u>06</u>
Em <u>21/02/2020</u>
<u>[Assinatura]</u> Servidor

JOÃO FERRAZ DOS SANTOS, inscrito no CPF/MF sob o nº 499.821.099-87, agente público municipal, matrícula nº 617-3/1, 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 Lonotina, por motivos de Bustar alta, pelo prazo de 1 dia, a contar de 21/02/2020 com retorno previsto para 21/02/2020 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: \_\_\_\_\_
2. Número total de diária(s) COM pernoite: \_\_\_\_\_
3. Necessita utilizar veículo oficial? \_\_\_\_\_
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: \_\_\_\_\_, 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, 21/02/2020

Nome do Requerente e assinatura



CAPITAL DO FÊLÍÃO

Prefeitura Municipal de Três Barras do Paraná  
ESTADO DO PARANÁ

ANEXO III  
Autorização de Diárias

Nº2069 /2020.

Autorizo o Sr. (a):

João Ferraz dos Santos

CPF: 499.821.099-87

Matrícula 617-3/1

RG nº 48126883

Lotado na Divisão de:

Hospital Municipal

Na função de:

Motorista

Justificativa para realização da viagem:

Buscar alta do paciente Celio Inacio Da Silva – Hospital Psiquiatrico de Londrina +  
Acpte

Data de início e término da viagem:

21/02/2020

Destino da viagem:

Londrina – Pr.

Meio de Transporte utilizado:

Ambulancia

Descrição:

BCW 5C50

Quantidade de diárias integrais pagas:

0

Quantidade de diárias parciais pagas (indicar porcentagem):

1

Valor unitário das diárias integrais:

0

Valor unitário das diárias parciais (indicar porcentagem):

R\$300,00 (trezentos reais).

Valor total das diárias:

R\$ 120 ,00 (cento e vinte reais).

Autorizado

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

**Tania Conradi Tavares**  
Secretaria Municipal de Saúde  
Diretora Hospital Municipal  
Decreto nº 3536/2019

Hospital  
saude  
hoje

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

Responsável pelo recebimento