



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 224/2020

Em ____/____/____

Yago
SERVIDOR

TIAGO MARCELO RODRIGUES, inscrito no CPF/MF sob o nº 040.491.849-23, agente público municipal, matrícula nº 23851-1/1, ocupante do cargo de Motorista, de provimento efetivo, lotado (a) na Secretaria de Saúde, 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 _____, por motivos: Levar paciente Daiane Rocha – Hospital Dr. Aurélio Nova Aurora, pelo prazo de _____, a contar de ____/____/____ com retorno previsto para ____/____/____, 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, ____/____/____.

Yago

Nome do Requerente e assinatura



CAPITAL DO FEIJÃO

Prefeitura Municipal de Três Barras do Paraná

ESTADO DO PARANÁ

ANEXO III Autorização de Diárias

Nº 2232/2020.

Autorizo o Sr. (a):

Tiago Marcelo Rodrigues	CPF: 040.491.849-23		Matrícula 23851/1	RG nº8.634.279-0
-------------------------	---------------------	--	-------------------	------------------

Lotado na Divisão de:

Hospital Municipal

Na função de:

Motorista

Justificativa para realização da viagem:

1 – Levar paciente Daiane Rocha – Hospital Dr. Aurélio Nova Aurora – Cirurgia.

Data de início e término da viagem:

14/11/2020

Destino da viagem:

Nova Aurora – Pr.

Meio de Transporte utilizado:

Descrição:

Ambulância	BAL 8156
------------	----------

Quantidade de diárias integrais pagas:

0

Quantidade de diárias parciais pagas (indicar porcentagem):

1

Valor unitário das diárias integrais:

R\$ 0

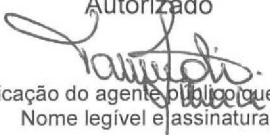
Valor unitário das diárias parciais (indicar porcentagem):

R\$ 230,00 40%

Valor total das diárias:

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

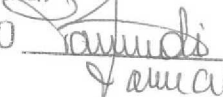
Autorizado



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

Hospital
live

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

ÓRGÃO 

Responsável pelo recebimento