



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 238/2020 |
| Em 28/11/20 |
| <i>Tania Conrad Favares</i> |
| Servidor |
| Tania Conrad Favares |

Diretora Hosp. ... pal
COREN-PR 426901

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 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 Ceu Azul, por motivos de buscar Alta paciente Leocir Parizotto- Hospital Bom Samaritano -99133 0559 – Ceu Azul/Pr. , pelo prazo de 1, a contar de 28/11/20 com retorno previsto para 28/11/20, 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: 1
2. Número total de diária(s) COM pernoite: 0
3. Necessita utilizar veículo oficial? Sim
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, 28/11/20

João Ferraz dos Santos
Nome do Requerente e assinatura



CAPITAL DO FELIÃO

Prefeitura Municipal de Três Barras do Paraná
ESTADO DO PARANÁ

ANEXO III
Autorização de Diárias

N° 2246/2020

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:

Pegar paciente de alta Leocir Parizotto- Hospital Bom Samaritano -99133 0559 – Ceu Azul/Pr.

Data de início e término da viagem:

28/11/2020

Destino da viagem:

Ceu Azul - Pr.

Meio de Transporte utilizado:

Descrição:

| | |
|--------|----------|
| cronos | BCG 4365 |
|--------|----------|

Quantidade de diárias integrais pagas:

0

Quantidade de diárias parciais pagas (indicar porcentagem):

1- 40%

Valor unitário das diárias integrais:

0


Valor unitário das diárias parciais (indicar porcentagem):

230,00

Valor total das diárias:

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

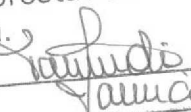
Autorizado



(identificação do agente público que autoriza:
Tania Cristina Favares e assinatura)
Diretora Hosp. Municipal

COREN-PR 426901

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

ÓRGÃO 

Responsável Pelo Recebimento