



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 004/21
Em 06/01/2021
Moisés de F. Tessari
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 _____ Buscar alta do paciente IDAMAR PINHEIRO Hospital Moacir Micheletto de Assis Chatobriand por motivos de Alta do Paciente pelo prazo de um dia a contar de 06/01/21 com retorno previsto para 06/01/21, 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, 06/01/2021

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 004/2021.

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- Buscar alta do paciente IDAMAR PINHEIRO Hospital Moacir Micheletto de Assis Chatobriand.

Data de início e término da viagem:

06/01/2021

Destino da viagem:

Assis Chatobriand – 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

Moacir de F. Tessori
(identificação do agente público que autoriza:
Nome legível e assinatura)

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

ÓRGÃO

Moacir de F. Tessori
Responsável Pelo Recebimento