



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>005/21</u> Em <u>06/01/2021</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 buscar alta da Paciente BIANCA DOS SANTOS VELHO + Acomp. Do Hospital Regional de Francisco Beltrão. . pelo prazo de Hum, 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.

- Número total de diária(s) SEM pernoite: 1
- Número total de diária(s) COM pernoite: 0
- Necessita utilizar veículo oficial? sim
- Necessita adquirir passagens? Não
- Em caso de resposta positiva no item 4, de qual tipo? ( ) terrestre ( ) aérea
- Informar 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

Nome do Requerente e assinatura



CAPITAL DO FELJÃO

*Prefeitura Municipal de Três Barras do Paraná*  
ESTADO DO PARANÁ

**ANEXO III**  
**Autorização de Diárias**

Nº005/2021.

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 da Paciente BIANCA DOS SANTOS VELHO + Acomp. Do Hospital Regional de Francisco Beltrão.

Data de início e término da viagem:

06/01/2021

Destino da viagem:

Francisco Beltrão – Pr.

Meio de Transporte utilizado:

Descrição:

AMBULANCIA

BAL 8156

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

Valor total das diárias:

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

Autorizado

*Mauro de F. Tessari*  
(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

*Mauro de F. Tessari*  
Responsável Pelo Recebimento