



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 nº032/2021
Em <u>22</u> / <u>03</u> /21
_____
Servidor

Aldoir da Silva, inscrito no CPF/MF sob o nº: 603.100.149-72, agente público municipal, matrícula nº , ocupante do cargo de Motorista, de provimento efetivo, lotado (a) na Secretaria de Saúde, exercendo minhas funções no (a) Centro de Saúde, ramal/fone: 45-32351650 -32351533, venho, por meio deste, **requerer autorização para deslocamento da sede do município e concessão de diárias** para TRANSPORTE PACIENTE, por motivos de CONSULTA SAÚDE, pelo prazo de \_\_\_\_\_, a contar de 22 / 03 / 2021 com retorno previsto para 23 / 03 / 2021, 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: 01
3. Necessita utilizar veículo oficial? \_\_\_\_\_
4. Necessita adquirir passagens? \_\_\_\_\_
5. Em caso de resposta positiva no item 4, de qual tipo? (x) terrestre ( ) aérea
6. Infomar dados da conta bancária de titularidade do beneficiário para creditar as diárias: Banco: \_\_\_\_\_, Ag. 4788-0, Conta nº: 8.025-X

**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, 22 / 03 / 2021.

Nome do Requerente e assinatura



CAPITAL DO FEIJÃO

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

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

Nº :032 /2021

Autorizo o Sr. (a):

Aldoir da Silva

CPF: 603.100.149-72

Matrícula : 15614

RG nº. 106999686

Lotado na Divisão de:

Secretaria Municipal de Saúde

Na função de:

Motorista

Justificativa para realização da viagem:

Levar Paciente Jeferson André Zanella

Data de início e término da viagem:

22/03/2021-23/03/2021

Destino da viagem:

Londrina Pr

Meio de Transporte utilizado:

Descrição:

Cronos

BCG 4363

Quantidade de diárias integrais pagas:

01

Quantidade de diárias parciais pagas (indicar porcentagem):

0

Valor unitário das diárias integrais:

01

Valor unitário das diárias parciais (indicar porcentagem):

R\$ 300,00 (trezentos reais).

Valor total das diárias:

R\$ 300,00 (trezentos reais).

Autorizado

*Debona n.p. Siqueira*  
(identificação do agente público que autoriza:  
Nome legível e assinatura)

*Saúde  
Livre*