



CAPITAL DO FÊLIÃO

Prefeitura Municipal de Três Barras do Paraná
ESTADO DO PARANÁ

ANEXO II
requerimento de diárias
À Secretaria de Administração e Planejamento

Protocolo nº.047 /2021

Em 30/04/2021

Servidor

Miguel Jose da Silva, inscrito no CPF/MF sob o nº 63539093968 agente público municipal, matrícula nº15885 , 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 Cidade de Curitiba Pr**, por motivos de levar paciente Hospital , pelo prazo de um dia , a contar de 12/04/2021 com retorno previsto para 13/04/2021, 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? () 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, 30/04/2021



Nome do Requerente e assinatura



CAPITAL DO FEIJÃO

Prefeitura Municipal de Três Barras do Paraná
ESTADO DO PARANÁ

ANEXO III
Autorização de Diárias

Nº : 047 /2021

Autorizo o Sr. (a):

Miguel Jose da Silva

CPF: 63539093968

Matrícula : 15885

RG nº: 18510152

Lotado na Divisão de:

Secretaria Municipal de Saúde

Na função de:

Motorista

Justificativa para realização da viagem:

Levar Paciente Jenoir Hospital Angelina Caron

Data de início e término da viagem:

02/05/2021-03/05/2021

Destino da viagem:

Curitiba 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:

400,00 (quatrocentos reais)

Valor unitário das diárias parciais (indicar porcentagem):

0

Valor total das diárias:

R\$ 400,00 (quatrocentos reais).

Autorizado

Deborah M. P. Fidalgo

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