



CAPITAL DO FEIJÃO

Prefeitura Municipal de Três Barras do Paraná
ESTADO DO PARANÁ

ANEXO II
Requerimento de diárias

À Secretaria de Administração e Planejamento

Protocolo nº

Em: 01/08/2022



Servidor

Liomar da Silva, inscrito no CPF/MF sob o nº : 04477627963, agente público municipal, matrícula nº:263929, 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** Levar paciente Maicon Machado Vargas internar Hospital Dr. Aurélio Nova Aurora Pr, por motivos de um dia, pelo prazo contar com retorno previsto para 01/08/2022, nos termos do disposto no art. 7º e seguintes da Lei nº 1936/19, de 10/12/2019 e Lei nº. 2277/2022, 26/05/2022.

1. Número total de diária(s) SEM pernoite: _____
2. Número total de diária(s) COM pernoite: _____
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: Brasil, Agência: , Conta nº: 7128-5

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, 01/08/2022



Nome do Requerente e assinatura

01/08



Prefeitura Municipal de Três Barras do Paraná
ESTADO DO PARANÁ

ANEXO III
Autorização de Diárias

Nº: 196/2022

Autorizo o Sr. (a):

| | | | |
|-----------------|------------------|--------------------|---------------|
| Liomar da Silva | CPF: 04477627963 | Matrícula : 263929 | RG nº88749430 |
|-----------------|------------------|--------------------|---------------|

Lotado na Divisão de:

Secretaria Municipal de Saúde

Na função de:

Motorista

Justificativa para realização da viagem:

Levar paciente Maicon Machado Vargas Internamento Hospital Dr. Aurélio e Acompanhante

Data de início e término da viagem:

01/08/2022

Destino da viagem:

Nova Aurora Pr

Meio de Transporte utilizado:

Descrição:

| | |
|------|------------------|
| Spin | Placa : BDM 5F39 |
|------|------------------|

Quantidade de diárias integrais pagas:

0,4%

Quantidade de diárias parciais pagas (indicar porcentagem):

40%

Valor unitário das diárias integrais:

301,69 (trezentos e um reais e sessenta e nove centavos)


Valor unitário das diárias parciais (indicar porcentagem):

R\$ 120,67 (cento e vinte reais e sessenta e sete centavos).

Valor total das diárias:

R\$ 120,67 (cento e vinte reais e sessenta e sete centavos).

Autorizado


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

saúde
live