



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 _____/2023
Em 17/09/2023. M <sup>a</sup> do Socorro M. S. Prestes
Decreto N 5051/2022
_____ Diretora
_____ Servidor

ALEXANDRE DELGADO HENRIQUES, inscrito no CPF/MF sob o nº 815.614.749-91, agente público municipal, matrícula nº 2269-1/1, 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 Diária para** Levar pacientes Clezielli Brandt + Acomp Hospital De Olhos do Paraná + acomp. Genoir Manoel Teodoro + acomp Hospital Angelina Caron de Curitiba. A contar de 17/09/2023 com retorno previsto para 18/09/2023, nos termos do disposto no art. 7º e seguintes da Lei nº 1936/19, de 10/12/2019. E Lei nº 2277/2022.

1. Número total de diária(s) SEM pernoite: 0
2. Número total de diária(s) COM pernoite: 1
3. Necessita utilizar veículo oficial?. Sim Carro Gol BER 2J46.
4. Necessita adquirir passagens? Não
5. Em caso de resposta positiva no item 4, de qual tipo? ( ) terrestre ( ) aérea
6. Informar dados da conta bancária de titularidade do beneficiário para creditar as diárias: Banco: SICOB -AG: 4370 CONTA 60747-9 .

**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, 17/09/2023.

\_\_\_\_\_  
Nome do Requerente e assinatura



CAPITAL DO FEIJÃO

Prefeitura Municipal de Três Barras do Paraná  
ESTADO DO PARANÁ

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

Nº 459 /2023

Autorizo o Sr. (a):

Alexandre Delgado  
Henriques

CPF: 815.614.749-91

Matrícula 2269-1/1

RG nº5.382.567-2

Lotado na Divisão de:

Hospital Municipal

Na função de:

Motorista

Justificativa para realização da viagem:

Levar pacientes Clezielli Brandt + Acomp Hospital De Olhos do Paraná + acomp. Genoir Manoel Teodoro + acomp Hospital/Angelina Caron de Curitiba.

Data de início e término da viagem:

17/09/2023 E 18/09/2023.

Destino da viagem:

Curitiba - Pr

Meio de Transporte utilizado:

Carro GOL

Descrição:

BER 2J46.

Quantidade de diárias integrais pagas:

1

Quantidade de diárias parciais pagas (indicar porcentagem):

1

Valor unitário das diárias integrais:

R\$: 477,00 ( Quatrocentos e Setenta e Sete Reais).

Valor unitário das diárias parciais (indicar porcentagem):

R\$: 477,00 ( Quatrocentos e Setenta e Sete Reais).

Valor total das diárias:

R\$: 477,00 ( Quatrocentos e Setenta e Sete Reais).

Autorizado

*Maia do Socorro Maria  
dos Santos Prestes*

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

*Mª do Socorro M. S. Prestes*  
Mª do Socorro M. S. Prestes  
Decreto N 5051/2022

Diretora