



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: 23/09/2023

\_\_\_\_\_  
Servidor

Orlei Foralosso, inscrito no CPF/MF sob o nº 858.468.649-53, agente público municipal, matrícula nº 15905, 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 Corbélia -Pr, por motivos internamento para cirurgia, pelo prazo de um dia, contar com retorno previsto para 23/09/2023, nos termos do disposto no art. 7º e seguintes da **Lei nº 1936/19, de 10/12/2019 e Lei nº. 2277/2022, 26/05/2022.**

1. Número total de diária(s) SEM pernoite: \_\_\_\_\_
2. Número total de diária(s) COM pernoite: \_\_\_\_\_
3. Necessita utilizar veículo oficial?  sim \_\_\_\_\_
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: Bradesco Ag. 5867-0, Conta nº: 931-8

**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, 23/09/2023

Orlei M. Foralosso  
Nome do Requerente e assinatura

22/09



Prefeitura Municipal de Três Barras do Paraná  
ESTADO DO PARANÁ

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

Nº: 480/23

Autorizo o Sr. (a):

ORLEI FORALOSSO	CPF: 858.468.649-53	Matrícula: 15905	RG nº 5.648.253-9
-----------------	---------------------	------------------	-------------------

Lotado na Divisão de:

Secretaria Municipal de Saúde

Na função de:

Motorista

Justificativa para realização da viagem:

Levar paciente: GENI MACAGNHANN BELTODO Internamento Hospital Santa Simone

Data de início e término da viagem:

23/09/2023 ( POR FALTA DE MOTORISTA NO HOSPITAL EM ROTEIRO FOI SOLICITADO PARA CENTRO SAÚDE CUBRIR A FUNÇÃO)

Destino da viagem:

Corbélia - Pr.

Meio de Transporte utilizado:

Descrição:

GOL	Placa: BER 2J91
-----	-----------------

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  
hine