



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 _____/2024
Em 01/03/2024.
<i>[Assinatura]</i> M <sup>o</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 Saúde, 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 paciente B. C. L. S. Hospital Angelina Caron em Curitiba-Pr. A contar de 29/02/2024 com retorno previsto para 01/03/2024, 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 Spin SFW-5J03
4. Necessita adquirir passagens? Não
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: 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, 01/03/2024.

*[Assinatura]*  
\_\_\_\_\_  
Nome do Requerente e assinatura



CAPITAL DO FEIJÃO

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

29/02 saúde livre

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

Nº 082 /2024

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 paciente B. C. L. S. Hospital Angelina Caron em Curitiba-Pr

Data de início e término da viagem:

29/02/2024 E 01/03/2024

Destino da viagem:

Curitiba -Pr

Meio de Transporte utilizado:

Descrição:

Carro Spin	SFW-5J03
------------	----------

Quantidade de diárias integrais pagas:

1

Quantidade de diárias parciais pagas (indicar porcentagem):

0

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

*Maria do Socorro Wamul*  
*dos Santos Prestes*

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

*M. S. Prestes*  
M<sup>o</sup> do Socorro M. S. Prestes  
Decreto N 5061/2022  
Diretora