**AUTORIZAÇÃO DE DIÁRIA Nº XXX/2025**

(reservar numeração da autorização conforme 3.5.2 da O.T.)

**Assunto:** Requisição de empenho para pagamento de diária, nos termos da **Lei Municipal nº 1.421/2013**, alterada pela **Lei Complementar 20/2023** e do regulamento aplicável.

|  |  |
| --- | --- |
| **Órgão/Secretaria:** | [Nome do Órgão ou Secretaria] |
| **Departamento de lotação do servidor:** | [Ex: Gabinete do Secretário] ou [Ex: Departamento de Meio Ambiente] |
| **Nome do Servidor beneficiário:** | [Nome completo do beneficiário] |
| **CPF do servidor:** | [nº do CPF do beneficiário] |
| **Provimento do Servidor:** | ( ) efetivo ( ) temporário ( ) agente político ( ) comissionado |
| **Quantidade de diárias:** | [ex: 1 (uma)] |
| **Data inicial e final**  | [Ex: De 15/01/2025 a 16/01/2025] |
| **Valor unitário da diária** | [Ex: 404,52] |
| **Valor total da diária** | [Ex: Multiplicação do valor unitário pelo número de dias] |
| **Cidade Destino:** | [Ex: Foz do Iguaçu – PR] |
| **Veículo:** | [Especificar o veículo utilizado na viagem.][Quando for passagem de ônibus ou avião, informar os dados (nº do bilhete, empresa) |
| **Motivo:**  | [Descrever a finalidade da viagem, especificando se é para participar de reuniões, seminários, congressos, treinamentos, visitas técnicas, inspeções, transportes, entre outros. Em caso de transporte de pessoas, mencionar o nome do paciente, qual a Unidade de Saúde destino para tratamento etc.] |
| **Dados bancários para ressarcimento** | Banco e nº do banco: |  |
| Agência: |  |
| Conta: |  |
| Tipo de conta: |  |
| Chave PIX (se houver): | (chave não isenta de informar os dados bancários) |
| **Documento anexo:** | ( ) Sim ( ) Não. Qual? [comprovante de inscrição, folder do evento, mapa de viagem (caso da Saúde) entre outros.] |

Eu, [nome do secretário], Secretário Municipal de [mencionar nome da Secretaria], autorizo o pagamento do valor acima fixado, a que têm direito o servidor pelas justificativas expostas. Fica autorizado o ressarcimento pelo servidor, em folha de pagamento, aos cofres públicos do Município, em caso de pagamento da diária sem a efetivação da viagem, por motivo superveniente.

Município de Capanema, Estado do Paraná, aos [dia] dias do mês de [mês] de [anos].

|  |  |
| --- | --- |
| **[Nome do Secretário]***Secretário Municipal [XXXXX]**Decreto XXXX/2025* | **[Nome do Motorista]***[Cargo do funcionário conforme concurso/PSS]* |
| **Neivor Kessler** *Prefeito Municipal* |