**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(s) **de despesas com alimentação para os Motoristas**, nos termos do Decreto Municipal nº [7.128/2022](http://leismunicipa.is/0dy74).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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. | |
| **Quantidade de diárias:** | [ex: 15 (quinze)] | |
| **Mês de competência:** | [Ex: janeiro] | |
| **Valor unitário da diária** | R$ 80,00 | |
| **Valor total da diária** | [Ex: Multiplicação do valor unitário pelo número diárias] | |
| **Cidade(s) de Destino:** | [Informar os Municípios destinos que o servidor atendeu no mês de competência]  [No caso das diárias da Saúde, como a autorização vem agrupada, deve ser informado neste campo o seguinte: “Municípios da Região – raio de 100km conforme anexo”) | |
| **Veículo:** | [Especificar o veículo utilizado na viagem. (nº frota e Placa)]  [Não se aplica a Secretaria de Saúde, que deve inserir nesse campo o seguinte texto: “Conforme Mapa de Viagem em anexo)] | |
| **Motivo:** | [Descrever a finalidade da viagem, especificando se o objeto da viagem.]  [Para secretaria de Saúde deve mencionar uma descrição referente ao transporte de pacientes de forma geral.] | |
| **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 mensal do motorista (caso da Saúde, para cumprimento do art. 2º do Decreto nº [7.128/2022](http://leismunicipa.is/0dy74)).  As secretarias que possuem essa demanda frequente deverão enviar cabendo também alimentar planilha de controle disponibilizada pela Divisão de Tesouraria]. | |

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]* |