



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

**ANEXO II**  
**Requerimento de diárias**

À Secretaria de Administração e Planejamento

|                |                             |                     |
|----------------|-----------------------------|---------------------|
| Protocolo nº   | /2024                       | <i>[Assinatura]</i> |
| Em 26/11/2024. | Mº do Socorro M. S. Prestes | Decreto N 5051/2022 |
|                |                             | Diretora            |
|                |                             | _____<br>Servidor   |

ANDREA CAROLINA DE ALMEIDA, inscrito no CPF/MF sob o nº 007.039.289-70, agente público municipal, matrícula nº 1600-4/1, ocupante do cargo de Enfermeira, 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 A. R. mais acompanhante na Clínica Santa Cruz, em Umuarama - PR. A contar de 26/11/2024 com retorno previsto em 27/11/2024, 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, Ambulância Master, BCW5C50
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 Bradesco, Ag. 0438 – Conta 49812-2.

**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, 26/11/2024.

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

26/11



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

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

Nº 564/2024

Autorizo o Sr. (a):

|                            |                     |                    |                   |
|----------------------------|---------------------|--------------------|-------------------|
| Andrea Carolina de Almeida | CPF: 007.039.289-70 | Matrícula 1600-4/1 | RG nº 7.776.149-7 |
|----------------------------|---------------------|--------------------|-------------------|

Lotado na Divisão de:

Hospital Municipal

Na função de:

Enfermeira

Justificativa para realização da viagem:

Levar paciente A. R. mais acompanhante na Clínica Santa Cruz, em Umuarama - PR

Data de início e término da viagem:

26/11/2024 a 27/11/2024

Destino da viagem:

Umuarama - PR

Meio de Transporte utilizado:

Descrição:

|                   |         |
|-------------------|---------|
| Ambulância Master | BCW5C50 |
|-------------------|---------|

Quantidade de diárias integrais pagas:

1

Quantidade de diárias parciais pagas (indicar porcentagem):

0

Valor unitário das diárias integrais:

R\$: 329,12 (Trezentos e Vinte e Nove Reais e Doze Centavos).

Valor unitário das diárias parciais (indicar porcentagem):

R\$: 329,12 (Trezentos e Vinte e Nove Reais e Doze Centavos).

Valor total das diárias:

R\$: 329,12 (Trezentos e Vinte e Nove Reais e Doze Centavos).

Autorizado  
M<sup>o</sup> do Socorro M. S. Prestes  
Decreto N 5051/2022  
Diretora  
(Identificação do agente público que autoriza:  
Nome legível e assinatura)

M<sup>o</sup> do Socorro M. S. Prestes  
Decreto N 5051/2022  
Diretora