



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

À Secretaria de Administração e Planejamento

Protocolo nº

Em: 24/02/2025

\_\_\_\_\_  
Servidor

Valdecir Luiz Joaquim, inscrito no CPF/MF sob o nº 680.726.519-00, agente público municipal, matrícula nº 15989, 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 pacientes Alzemia F. de Almeida, Elzario G. Feranandes, Felipe de O. Olivino. Ivonete de F. M. Salla, Iavini Coelho, Osni Renake, Mauri Pallauro, Rosa de Fátima, Rosalino de Oliveira, Terezinha Dal Canton, Valci Rossi, Claudinei Tramontin, realizar exames (tomografia) - Hospital Regional do Oeste do Paraná Pr)realizar exames - Hospital Regional do Oeste do Paraná – Toledo - Pr, por motivos de cirurgia, pelo prazo de um dia 24/02/2025, contar com retorno previsto para, 24/02/2025, 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:0001027-8

**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, 24/02/2025

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



CAPITAL DO FÊLÃO

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

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

Nº : 107/25

Autorizo o Sr. (a):

Valdecir Luiz Joaquim

CPF: 680.726.519-00

Matrícula 15989

RG nº4.213212-8

Lotado na Divisão de:

Secretaria Municipal de Saúde

Na função de:

Motorista

Justificativa para realização da viagem:

Levar Pacientes: Alzemira F. de Almeida, Elzario G. Feranandes, Felipe de O. Olivino, Ivonete de F. M. Salla, Iavini Coelho, Osni Renake, Mauri Pallauro, Rosa de Fátima, Rosalino de Oliveira, Terezinha Dal Canton, Valci Rossi, Claudinei Tramontin , realizar exames ( tomografia) - Hospital Regional do Oeste do Paraná Pr)

Data de início e término da viagem:

24/02/2025

Destino da viagem:

Toledo Pr - Hospital Regional do Oeste do Paraná Pr

Meio de Transporte utilizado:

Van

Descrição:

Placa: BEH 4G13

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)