



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

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

À Secretaria de Administração e Planejamento

Protocolo nº /2025	
Em 04/05/2025.	M <sup>a</sup> do Socorro M. S. Prestes Decreto N 5081/2022
_____	Diretor
Servidor	

PAOLA MAKIELLE PICOLO, inscrito no CPF/MF sob o nº 087.545.709-64, agente público municipal, matrícula nº 1409-5/1, 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 V. I. W. mais acompanhante na Casa de Saúde Rolândia, em Rolândia - PR. A contar de 04/05/2025 com retorno previsto em 05/05/2025, 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 Expert, SEG5C68
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 do Brasil - Ag. 0531-2, Conta 119.486-0.

**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, 04/05/2025.

Nome do Requerente e assinatura



CAPITAL DO FÊNIÃO

Prefeitura Municipal de Três Barras do Paraná  
ESTADO DO PARANÁ

Ca. *saúde*  
*live*

ANEXO III  
Autorização de Diárias

Nº *257*/2025

Autorizo o Sr. (a):

Paola Makielle Picolo      CPF: 087.545.709-64      Matrícula 1409-5/1      RG nº 12.797.061-0

Lotado na Divisão de:

Hospital Municipal

Na função de:

Enfermeira

Justificativa para realização da viagem:

Levar paciente V. I. W. mais acompanhante na Casa de Saúde Rolândia, em Rolândia - PR

Data de início e término da viagem:

04/05/2025 a 05/05/2025

Destino da viagem:

Rolândia - PR

Meio de Transporte utilizado:

Descrição:

Ambulância Expert      SEG5C68

Quantidade de diárias integrais pagas:

1

Quantidade de diárias parciais pagas (indicar porcentagem):

0

Valor unitário das diárias integrais:

R\$: 411,40 (Quatrocentos e Onze Reais e Quarenta Centavos).

Valor unitário das diárias parciais (indicar porcentagem):

R\$: 411,40 (Quatrocentos e Onze Reais e Quarenta Centavos).

Valor total das diárias:

R\$: 411,40 (Quatrocentos e Onze Reais e Quarenta Centavos).

Autorizado  
*Paola Makielle Picolo*  
M<sup>o</sup> de Socorro M. S.  
Decreto N 5051/2025  
Diretor  
(Identificação do agente público que autoriza:  
Nome legível e assinatura)

*Paola Makielle Picolo*  
M<sup>o</sup> de Socorro M. S. Prec.  
Decreto N 5051/2025  
Diretor  
Fiscal  
ater  
serviço  
Prefeit  
ORGÃO

a(s) Nota(s)  
respondente a  
adquirido ou  
estado a esta

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO