



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

À Secretaria de Administração e Planejamento

Protocolo nº

Em: 09/05/2025

\_\_\_\_\_  
Servidor

Vandiomir Jasper, inscrito no CPF/MF sob o nº. 051.487.489-90 , e RG: 3.770.168.8 agente público municipal, matrícula nº, 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** para Levar paciente: Alisson Domingues Duarte - HOSPITAL DR AURELIO - NOVA AURORA - Pr., pelo prazo de um dia (09/05/2025), contar com retorno previsto para 09/05/2025, nos termos do disposto no art. 7º e seguintes da **Lei nº 1936/19, de 10/12/2019 e Lei nº. 2277/2022, 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, Conta nº: 6611-7

**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, 09/05/2025

Vandiomir Jasper  
Nome do Requerente e assinatura



CAPITAL DO FERIÃO

Prefeitura Municipal de Três Barras do Paraná  
ESTADO DO PARANÁ

0910  
AP SUS

ANEXO III  
Autorização de Diárias

Nº : 269/25

Autorizo o Sr. (a):

Vandimir Jasper	CPF: 051.487.489-90	Matrícula : 264124	RG nº: 9.142443-6
-----------------	---------------------	--------------------	-------------------

Lotado na Divisão de:

Secretaria Municipal de Saúde

Na função de:

Motorista

Justificativa para realização da viagem:

Levar paciente: Alisson Domingues Duarte, Acompanhante - HOSPITAL DR AURELIO

Data de início e término da viagem:

09/05/2025

Destino da viagem:

NOVA AURORA - PR.

Meio de Transporte utilizado:

Descrição:

MOBI	Placa: BEU2G88
------	----------------

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)

Atesto que a(s) Nota(s)  
Fiscal correspondente a  
material adquirido ou  
serviço estado a esta  
Prefeit  
ÓRGÃO \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO