



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 16/06/2025	M. do Socorro M. S. Prestes Decreto N 5051/2022 Diretora
_____ Servidor	

SILVANO DA SILVA ANTUNES, inscrito no CPF/MF sob o nº 058.358.149-84, agente público municipal, matrícula nº 1410-9/1, ocupante do cargo de Motorista, 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 M. H. B. mais acompanhante no Hospital dos Olhos, em Curitiba - PR. A contar de 16/06/2025 com retorno previsto em 17/06/2025, nos termos do disposto no art. 7º e seguintes da Lei nº 1936/19, de 10/12/2019. E Lei nº 2277/2022.

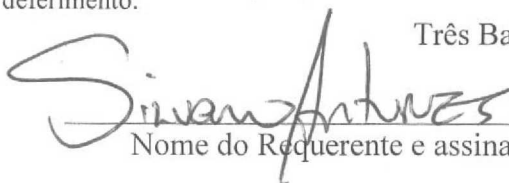
1. Número total de diária (s) SEM pernoite: 0
2. Número total de diária (s) COM pernoite: 1
3. Necessita utilizar veículo oficial? Sim, Carro Spin, SFW5J03
4. Necessita adquirir passagens? Não
5. Em caso de resposta positiva no item 4, de qual tipo? () terrestre () aérea
6. Informar dados da conta bancária de titularidade do beneficiário para creditar as diárias: Banco: Bradesco – Ag. 5867, Conta 6566-8.

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, 16/06/2025.



Nome do Requerente e assinatura



CAPITAL DO FÊLIÃO

Prefeitura Municipal de Três Barras do Paraná
ESTADO DO PARANÁ

16/06
saúde
line

ANEXO III
Autorização de Diárias

Nº ~~361~~ /2025

Autorizo o Sr. (a):

Silvano da Silva Antunes	CPF: 058.358.149-84	Matricula 1410-9/1	RG nº 15.069.725-5
--------------------------	---------------------	--------------------	--------------------

Lotado na Divisão de:

Hospital Municipal

Na função de:

Motorista

Justificativa para realização da viagem:

Levar paciente M. H. B. mais acompanhante no Hospital dos Olhos, em Curitiba - PR

Data de início e término da viagem:

16/06/2025 a 17/06/2025

Destino da viagem:

Curitiba - PR

Meio de Transporte utilizado:

Descrição:

Carro Spin	SFW5J03
------------	---------

Quantidade de diárias integrais pagas:

1

Quantidade de diárias parciais pagas (indicar porcentagem):

0

Valor unitário das diárias integrais:

R\$: 477,00 (Quatrocentos e Setenta e Sete Reais).

Valor unitário das diárias parciais (indicar porcentagem):

R\$: 477,00 (Quatrocentos e Setenta e Sete Reais).

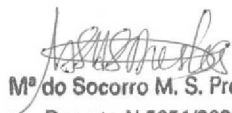
Valor total das diárias:

R\$: 477,00 (Quatrocentos e Setenta e Sete Reais).

Autorizado
M^a do Socorro M. S. Prestes
Decreto N 5051/2022

Diretora

(Identificação do agente público que autoriza:
Nome legível e assinatura)


M^a do Socorro M. S. Prestes
Decreto N 5051/2022
Diretora