



CAPITAL DO FÊLÃO

Prefeitura Municipal de Três Barras do Paraná
ESTADO DO PARANÁ

04/08,
saúde
livre

ANEXO III
Autorização de Diárias

Nº **475** 2025

Autorizo o Sr. (a):

João Ferraz dos Santos

CPF: 499.821.099-87

Matrícula 617-3/1

RG nº 48126883

Lotado na Divisão de:

Hospital Municipal

Na função de:

Motorista

Justificativa para realização da viagem:

Levar paciente G. M. T. – Hospital Angelina Caron

Levar paciente S. I. T. – Hospital Angelina Caron

Levar paciente C. M. H. – Hospital Nossa Senhora das Graças

Data de início e término da viagem:

04/08/2025 E 05/08/2025

Destino da viagem:

Curitiba-PR

Meio de Transporte utilizado:

Van Sprinter

Descrição:

TBI-2D15

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
[Assinatura]
M^a do Socorro M. S. Prestes
Decreto N 5051/2022
(identificação do agente público que autoriza:
Nome legível e assinatura)

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



CAPITAL DO FELIÃO

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 05/08/2025	M ^o do Socorro M. S. Prestes Decreto N 5051/2022
Servidor	Diretora

JOÃO FERRAZ DOS SANTOS, inscrito no CPF/ME sob o nº 499.821.099-87, agente público municipal, matrícula nº 617-3/1, 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 diárias** Levar paciente G. M. T. – Hos Angelina Caron
Levar paciente S. I. T. – Hospital Angelina Caron
Levar paciente C. M. H. – Hospital Nossa Senhora das Graças em Curitiba-PR. Pelo prazo de um dia a contar de 04/08/2025 com retorno previsto para 05/08/2025 termos do disposto no art. 7º e seguintes da Lei nº 1936/19, de 10/12/2019

1. Número total de diária (s) SEM pernoite: 0
2. Número total de diária (s) COM pernoite: 1
3. Necessita utilizar veículo oficial? Sim Van Sprinter TBI-2D15
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: 5867, conta nº 0001857-0

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, 05/08/2025

Nome do Requerente e assinatura