



CAPITAL DO FELIÃO

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

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

Nº : 577/2025

Autorizo o Sr. (a):

ALEXANDRE DELGADO HENRIQUES	CPF: 815.614.749.91	Matrícula: 15617	RG nº2.725.766.96
--------------------------------	------------------------	------------------	-------------------

Lotado na Divisão de:

Secretaria Municipal de Saúde

Na função de:

Motorista

Justificativa para realização da viagem:

Levar paciente : IVAN DELLA LIBRA- Hospital Dr. Aurélio

Data de início e término da viagem:

13/09/2025

Destino da viagem:

Nova Aurora – PR.

Meio de Transporte utilizado:

Descrição:

VAN	Placa: TBI 2 D16
-----	------------------

Quantidade de diárias integrais pagas:

0,4%

Quantidade de diárias parciais pagas (indicar porcentagem):

40%

Valor unitário das diárias integrais:

R\$: 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)

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

À **Secretaria de Administração e Planejamento**

Protocolo nº

Em: 13-09-25

\_\_\_\_\_  
Servidor

ALEXANDRE DELGADO HENRIQUES, inscrito no CPF/MF sob o nº: 815.614.749.91 , agente público municipal, matrícula nº: 15617, 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 paciente: IVAN DELLA LIBRA– Hospital Dr. Aurélio Pr, pelo prazo de um dia 13/09/2025, contar com retorno previsto para 13/09/2025, 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:  0
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: Sicoob , Ag. 4370, Conta nº:607479.

**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, 13/09/2025

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