



AP  
MUS

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

Nº : 588/2025

Autorizo o Sr. (a):

Julcimar Longhi	CPF: 045.150.359-75	Matrícula 264128	RG nº
-----------------	---------------------	------------------	-------

Lotado na Divisão de:

Secretaria Municipal de Saúde

Na função de:

Motorista

Justificativa para realização da viagem:

Levar Pacientes : CARLOS APARECIDO DE SOUZA Hospital Regional Oeste do Paraná Pr.

Data de início e término da viagem:

22/09/2025 saída 03:00 chegada previsto 23:00 horas

Destino da viagem:

GUARAPUAVA Pr

Meio de Transporte utilizado:

Descrição:

Citroen	Placa: TBL 2E63
---------	-----------------

Quantidade de diárias integrais pagas:

01

Quantidade de diárias parciais pagas (indicar porcentagem):

0

Valor unitário das diárias integrais:

R\$ 329,12 ( trezentos e vinte e nove reais e doze centavos)

Valor unitário das diárias parciais (indicar porcentagem):

0

Valor total das diárias:

R\$ 329,12 ( trezentos e vinte e nove reais e doze 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: 22/09/2025

\_\_\_\_\_  
Servidor

Julcimar Longhi, inscrito no CPF/MF sob o nº 045.150.359-75, agente público municipal, matrícula nº, 264128 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 pacientes : CARLOS APARECIDO DE SOUZA GUARAPUAVA Pr - Hospital Regional Oeste do Paraná Pr. , pelo prazo de um dia 22/09/2025, contar com retorno previsto para , 22/09/2025, 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: \_\_\_\_\_
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. 6488, Conta nº: 15778-3

**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, 22/09/2025

Julcimar Longhi  
\_\_\_\_\_  
Nome do Requerente e assinatura