



Prefeitura Municipal de Três Barras do Paraná
ESTADO DO PARANÁ

10/10/25
Saúde
line

ANEXO III
Autorização de Diárias

Nº: 630/2025

Autorizo o Sr. (a):

ORLEI FORALOSSO

CPF: 858.468.649-53

Matrícula: 15905

RG nº 5.648.253-9

Lotado na Divisão de:

Secretaria Municipal de Saúde

Na função de:

Motorista

Justificativa para realização da viagem:

Levar pacientes: ASSUNTA DAL MORO BERNES, CLODOALDO BORGES, DARCY MARIANO ALVES, FRANCIELI RAQUEL BRAZ SCAPINI, ISABEL CABRAL DE OLIVEIRA, ACOMPTE, MARINEZ FERREIRA DA SILVA, MATILDE BASTITEL, VAGNER BARON VIEIRA DOS SANTOS- REALIZAR EXAMES HOSPITAL REGIONAL DO OESTE DO PARANÁ PR.

Data de início e término da viagem:

10/10/2025

Destino da viagem:

TOLEDO -PR

Meio de Transporte utilizado:

Descrição:

VAN

Placa: TBI 2 D 15

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)



ANEXO II
Requerimento de diárias
À Secretaria de Administração e Planejamento

Protocolo nº

Em: 10/10/2025

Servidor

Orlei Foralosso, inscrito no CPF/MF sob o nº 858.468.649-53, agente público municipal, matrícula nº 15905, 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: ASSUNTA DAL MORO BERNES, CLODOALDO BORGES, DARCY MARIANO ALVES, FRANCIELI RAQUEL BRAZ SCAPINI, ISABEL CABRAL DE OLIVEIRA, ACOMPTE, MARINEZ FERREIRA DA SILVA, MATILDE BASTITEL, VAGNER BARON VIEIRA DOS SANTOS – REALIZAR EXAMES HOSPITAL REGIONAL DO OESTE DO PARANÁ PR. realizar exame Toledo -Pr, por motivos de realizar exames pelo prazo de um dia 10/10/2025 contar com retorno previsto para 10/10/2025, 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. Informar dados da conta bancária de titularidade do beneficiário para creditar as diárias: Banco: Bradesco Ag. 5867-0, Conta nº: 931-8

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, 17/09/2025

Nome do Requerente e assinatura