28/10, saude



Prefeitura Municipal de Três Barras do Paraná ESTADO DO PARANÁ

ANEXO III Autorização de Diárias

| N°67/2025 | | 3 | | | |
|---|---------------------|---|--------------------|--------------------|--|
| Autorizo o Sr. (a): | | | | | |
| Silvano da Silva Antunes | CPF: 058.358.149-84 | 4 | Matrícula 1410-9/1 | RG nº 15.069.725-5 | |
| T. I. D''a I | | | | | |
| Lotado na Divisão de: Hospital Municipal | | | | | |
| Hospital Mullicipal | | | | | |
| Na função de: | | | | | |
| Motorista | | | | | |
| Justificativa para realização | da viagem: | | | | |
| Levar paciente J. G. G. S. mais acompanhante no Fundação Ecumênica de Proteção ao | | | | | |
| Excepcional, em Curitiba - PR | | | | | |
| | | | | | |
| Data de início e término da viagem: 28/10/2025 a 29/10/2025 | | | | | |
| 20/10/2023 a 29/10/20 | 23 | | | | |
| Destino da viagem: | | | | | |
| Curitiba - PR | | | | | |
| Meio de Transporte utilizado: Descrição: | | | | | |
| Carro Spin | | | | 1 | |
| | | | | | |
| 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 (Ouatrocentos e Setenta e Sete Reais). | | | | | |

Autorizado

(Identificação do agente público que autoriza: Nome legível e assinatura) Mª do Socorro W. S. Preste Decreto N 5051/2022

Diretora



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 28/10/2025. | Mª do Socotro 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 J. G. G. S. mais acompanhante no Fundação Ecumênica de Proteção ao Excepcional, em Curitiba - PR. A contar de 28/10/2025 com retorno previsto em 29/10/2025, nos termos do disposto no art. 7º e seguintes da Lei nº 1936/19, de 10/12/2019.E Lei nº 2277/2022.

- 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. Infomar 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, 28/10/2025.

Nome do Requerente e assinatura