



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

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

Nº: 705/2025

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: Lucas Miguel Nunes, Carlos Aparecido de Souza-Hospital Regional do Oeste Paraná Pr

Data de início e término da viagem:

06/11/2025 saída 04:00 retorno 22:00

Destino da viagem:

Guarapuava - PR.

Meio de Transporte utilizado:

VAN

Descrição:

Placa: TBI 2D 16

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)



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

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

**À Secretaria de Administração e Planejamento**

Protocolo nº

Em: 06/11/2025

\_\_\_\_\_  
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: Lucas Miguel Nunes, Carlos Aparecido de Souza– Guarapuava Pr - Hospital Regional do Oeste do Paraná Pr, pelo prazo de um dia 06/11/2025, contar com retorno previsto para 06/11/2025, 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: 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, 06/11/2025

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