



*AP/SUS*  
**Prefeitura Municipal de Três Barras do Paraná**  
ESTADO DO PARANÁ

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

Nº: 4812025

Autorizo o Sr. (a):

Debora Nádia Pilati Vidor	CPF: 038.501.089-37	Matrícula : 16008	RG nº: 7.192.753-9
---------------------------	---------------------	-------------------	--------------------

Lotado na Divisão de:

Secretaria Municipal de Saúde
-------------------------------

Na função de:

Secretaria de Saúde
---------------------

Justificativa para realização da viagem:

**CAPACITAÇÃO DOS GESTORES FÓZ DO IGUAÇU PR – XXXVII  
CONGRESSO ESTADUAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO  
PARANÁ.**

Data de início e término da viagem:

11/11/2025 -14/11/2025
------------------------

Destino da viagem:

Fóz do Iguaçu -Pr
-------------------

Meio de Transporte utilizado:	Descrição:
STRADA	Placa: TBA 5H63

Quantidade de diárias integrais pagas:

03
----

Quantidade de diárias parciais pagas (indicar porcentagem):

0
---

Valor unitário das diárias integrais:

R\$ : 392,19 ( trezentos e noventa e dois reais e dezenove centavos)
--

Valor unitário das diárias parciais (indicar porcentagem):

0
---

Valor total das diárias:

R\$ : 1.176,57 ( um mil cento e setenta e seis e cinquenta e sete centavos)
---

Autorizado

(identificação do agente público que autoriza:  
Nome legível e assinatura)



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

CAPITAL DO FEIJÃO  
ANEXO II  
Requerimento de diárias  
À Secretaria de Administração e Planejamento

Protocolo nº.  
Em: 10/11/2025  
Servidor

Débora Nádia Pilati Vidor, inscrito no CPF/MF sob o nº, 038.501.089.37 agente público municipal, matrícula nº 16008 , ocupante do cargo de Secretaria de Saúde, 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 para Cidade Foz do Iguaçu -Pr -, por motivos Capacitação dos Gestores Foz do Iguaçu -Pr, XXXVII CONGRESSO ESTADUAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO PARANÁ, de pelo prazo do dia 11/11/2025 , a contar de com retorno previsto para 14/11/2025, nos termos do disposto no art. 2º, § 2º. da Lei nº 1936/19, de 10/12/2019 e art. 1º da Lei nº. 2277/2022 de 25/05/2022.

1. Número total de diária (s) SEM pernoite:

2. Número total de diária (s) COM pernoite: 03

3. Necessita utilizar veículo oficial? sim

4. Necessita adquirir passagens? \_\_\_\_\_ não \_\_\_\_\_

5. Em caso de resposta positiva no item 4, de qual tipo? ( ) terrestre (x ) aérea

6. Infomar dados da conta bancária de titularidade do beneficiário para creditar as diárias: Banco Bradesco:

Ag. 5867, conta nº: 700-5

**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, 10/11/2025

Nome do Requerente e assinatura