



CAPITAL DO FEIJÃO

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

AP MS

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

Nº: 135/2025

Autorizo o Sr. (a):

|                       |                     |                 |                  |
|-----------------------|---------------------|-----------------|------------------|
| Valdecir Luiz Joaquim | CPF: 680.726.519-00 | Matrícula 15989 | RG nº 4.213212-8 |
|-----------------------|---------------------|-----------------|------------------|

Lotado na Divisão de:

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

Na função de:

|           |
|-----------|
| Motorista |
|-----------|

Justificativa para realização da viagem:

|   |
|---|
| Levar paciente: CLEDSO BORDIM -HOSPITAL NOSSA SENHORA APARECIDA |
|---|

Data de inicio e término da viagem:

|                                      |
|--------------------------------------|
| 18/11/2025 SAÍDA 04:00 RETORNO 22:30 |
|--------------------------------------|

Destino da viagem:

|                     |
|---------------------|
| FÓZ DO IGUAÇU – PR. |
|---------------------|

Meio de Transporte utilizado:

Descrição:

|         |                  |
|---------|------------------|
| CITROEN | Placa: TBL 2 E63 |
|---------|------------------|

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: 18/11/2025  
\_\_\_\_\_  
Servidor

Valdecir Luiz Joaquim, inscrito no CPF/MF sob o nº 680.726.519-00, agente público municipal, matrícula nº 15989, 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 dos CLEDSO BORDIM - HOSPITAL NOSSA SENHORA APARECIDA, pelo prazo de um dia 18/11/2025, contar com retorno previsto para 18/11/2025, 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. Infomar dados da conta bancária de titularidade do beneficiário para creditar as diárias: Banco: Bradesco, Ag. 5867-0, Conta nº:0001027-8

**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, 18/11/2025



Nome do Requerente e assinatura