



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

Nº: 441/2025

Autorizo o Sr. (a):

|                |                     |  |                  |                   |
|----------------|---------------------|--|------------------|-------------------|
| ORLEI FORALOSO | 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: Realizar exames Hospital Dr. Aurélio |
|---|

Data de início e término da viagem:

|            |
|------------|
| 20/11/2025 |
|------------|

Destino da viagem:

|                 |
|-----------------|
| Nova Aurora -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)



Prefeitura Municipal de Três Barras do Paraná  
ESTADO DO PARANÁ

CAPITAL DO FELIÃO

**ANEXO II**  
**Requerimento de diárias**  
À Secretaria de Administração e Planejamento

Protocolo nº

Em: 20/11/2025

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:- REALIZAR EXAMES HOSPITAL DR. AURELIO, realizar exame Nova Aurora -Pr, por motivos de realizar exames pelo prazo de um dia , 20/11/2025 contar com retorno previsto para, 20/11/2025, 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: 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, 20/11/2025

Nome do Requerente e assinatura