



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

CAPITAL DO FEIJÃO

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

Nº: 14412025

Autorizo o Sr. (a):

ALEXANDRE DELGADO HENRIQUES	CPF: 815.614.749.91	Matrícula: 15617	RG nº 2.725.766.96
--------------------------------	------------------------	------------------	--------------------

Lotado na Divisão de:

Secretaria Municipal de Saúde

Na função de:

Motorista

Justificativa para realização da viagem:

Buscar paciente de alta Hospital Madri de Dio São Miguel do Iguaçu Pr

Data de início e término da viagem:

22/11/2025

Destino da viagem:

São Miguel do Iguaçu PR – PR.

Meio de Transporte utilizado:

Descrição:

VAN

Placa: TB 4 E62

Quantidade de diárias integrais pagas:

0,4%

Quantidade de diárias parciais pagas (indicar porcentagem):

40%

Valor unitário das diárias integrais:

R\$: 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)



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

À Secretaria de Administração e Planejamento

Protocolo nº

Em: 24/11/2025

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** Buscar paciente de alta Hospital Madri de Dio São Miguel do Iguaçu Pr : Pr, pelo prazo de um dia 22/11/2025, contar com retorno previsto para 22/11/2025, 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: 0 \_\_\_\_\_

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: 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, 24/11/2025

Nome do Requerente e assinatura