



CAPITAL DO FELIÃO

*saudade*  
27/11

**Prefeitura Municipal de Tres Barras do Parana**  
ESTADO DO PARANÁ

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

Nº 75/2025

Autorizo o Sr. (a):

Silvano da Silva Antunes	CPF: 058.358.149-84		Matrícula 1410-9/1	RG nº 15.069.725-5
--------------------------	---------------------	--	--------------------	--------------------

Lotado na Divisão de:

Hospital Municipal
--------------------

Na função de:

Motorista
-----------

Justificativa para realização da viagem:

Buscar alta de paciente H. B. mais acompanhante no Hospital Dr. Aurélio, em Nova Aurora - PR
--

Data de início e término da viagem:

27/11/2025 a 27/11/2025
-------------------------

Destino da viagem:

Nova Aurora - PR
------------------

Meio de Transporte utilizado:

Descrição:

Ambulância Expert
-------------------

SEG5C68
---------

Quantidade de diárias integrais pagas:

0
---

Quantidade de diárias parciais pagas (indicar porcentagem):

0,4
-----

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

Má do Socorro M. S. Prestes  
Decreto N 5051/2022

Diretora

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

*Má do Socorro M. S. Prestes*  
Má do Socorro M. S. Prestes  
Decreto N 5051/2022  
Diretora



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

CAPITAL DO FELJÃO

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

À Secretaria de Administração e Planejamento

Protocolo nº	/2025
Em 27/11/2025	
Márcia do Socorro M. B. Presidente	
Decreto N 5051/2022	
Servidor	Diretora

SILVANO DA SILVA ANTUNES, inscrito no CPF/MF sob o nº 058.358.149-84, agente público municipal, matrícula nº 1410-9/1, ocupante do cargo de Motorista, de provimento efetivo, lotado (a) na Secretaria de Saúde, exercendo minhas funções no (a) Hospital Municipal, ramal/fone: 45 3235 1479/ 3235 1272, venho, por meio deste, requerer autorização para deslocamento da sede do município e concessão de diária para Buscar alta de paciente H. B. mais acompanhante no Hospital Dr. Aurélio, em Nova Aurora - PR. A contar de 27/11/2025 com retorno previsto em 27/11/2025, nos termos do disposto no art. 7º e seguintes da Lei nº 1936/19, de 10/12/2019.E Lei nº 2277/2022.

1. Número total de diária (s) SEM pernoite: 0,4
2. Número total de diária (s) COM pernoite: 0
3. Necessita utilizar veículo oficial? Sim, Ambulância Expert, SEG5C68
4. Necessita adquirir passagens? Não
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, Conta 6566-8.

**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, 27/11/2025.

Nome do Requerente e assinatura