



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

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

**À Secretaria de Administração e Planejamento**

Protocolo nº	/2025
Em 09/12/2025.	Mº do Socorro M. S. P. C. O. C.
	Decreto N 5051/2027
	Diretora
	Servidor

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 A. R. na Clínica Santa Cruz, em Umuarama - PR. A contar de 09/12/2025 com retorno previsto em 10/12/2025, 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
2. Número total de diária (s) COM pernoite: 1
3. Necessita utilizar veículo oficial? Sim, Ambulância Transit, SEG6D21
4. Necessita adquirir passagens? Não
5. Em caso de resposta positiva no item 4, de qual tipo? ( ) terrestre ( ) aérea
6. Informar 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, 09/12/2025.

  
Nome do Requerente e assinatura



CAPITAL DO FELIÃO

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

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

Nº 77/2025

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 A. R. na Clínica Santa Cruz, em Umuarama - PR

Data de início e término da viagem:

09/12/2025 a 10/12/2025

Destino da viagem:

Umuarama - PR

Meio de Transporte utilizado:

Descrição:

Ambulância Transit

SEG6D21

Quantidade de diárias integrais pagas:

1

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):

R\$: 329,12 (Trezentos e Vinte e Nove Reais e Doze Centavos).

Valor total das diárias:

R\$: 329,12 (Trezentos e Vinte e Nove Reais e Doze Centavos).

Autorizado  
M<sup>a</sup> do Socorro M. S. F. Costa  
Decreto N 5051/2022

Diretora

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

M<sup>a</sup> do Socorro M. S. F. Costa  
Decreto N 5051/2022  
Diretora