



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

CAPITAL DO PELLÃO

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

Protocolo nº.

Em: 10/12/2025

Servidor

Ari Pauli, inscrito no CPF/MF sob o nº 68679017949, agente público municipal, matrícula nº15641 , 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 para Cidade de Céu Azul Pr**, por motivos de buscar paciente : Adriano Gonçalves - HOSPITAL-BOM SAMARITANO, pelo prazo de um dia, a contar de 10/12/2025 , com retorno previsto para , 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, 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? \_\_\_\_\_

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, Conta nº:903-2

**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, 10/12/2025

  
Nome do Requerente e assinatura



Prefeitura Municipal de Três Barras do Paraná  
ESTADO DO PARANÁ

14344-8  
09/12

### ANEXO III Autorização de Diárias

Nº: 181/2025

Autorizo o Sr. (a):

Ari Pauli	CPF: 68679017949		Matrícula: 15641	RG nº: 45738663
-----------	------------------	--	------------------	-----------------

Lotado na Divisão de:

Secretaria Municipal de Saúde

Na função de:

Motorista

Justificativa para realização da viagem:

Buscar paciente: Adriano Gonçalves - HOSPITAL -BOM SAMARITANO

Data de início e término da viagem:

09/12/2025

Destino da viagem:

Céu Azul Pr

Meio de Transporte utilizado:

HB20	Descrição: Placa: TBB 4E64
------	-------------------------------

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)