



Prefeitura Municipal de Três Barras do Paraná
ESTADO DO PARANÁ

ANEXO II
Requerimento de diárias

À Secretaria de Administração e Planejamento

Protocolo nº

Em: 11/12/2025

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: Lurdes Fernandes, Soeli de Matos -Realizar exame Céu Azul -Pr, Hospital Bom Samaritano por motivos de realizar exames pelo prazo de um dia 11/12/2025, contar com retorno previsto para 11/12/2025 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: _____
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, 11/12/2025

Orlei F. Foralosso
Nome do Requerente e assinatura



Prefeitura Municipal de Três Barras do Paraná
ESTADO DO PARANÁ

JH.347
11/12
APMUS

ANEXO III Autorização de Diárias

Nº: 186/2025

Autorizo o Sr. (a):

ORLEI FORALOSSO	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: Lurdes Fernandes, Soeli de Matos - Hospital Bom Samaritano

Data de início e término da viagem:

11/12/2025

Destino da viagem:

Céu Azul -PR

Meio de Transporte utilizado:

Descrição:

VAN	Placa: TBI 2D15
-----	-----------------

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)