



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

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

**À Secretaria de Administração e Planejamento**

Protocolo nº  
Em: 17/12/2025  
\_\_\_\_\_  
Servidor

Valdecir Luiz Joaquim, inscrito no CPF/MF sob o nº 680.726.519-00, agente público municipal, matrícula nº 15989, 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 paciente: Rubens da Silva –Hospital Regional do Oeste do Paraná Pr, pelo prazo de um dia 17/12/2025, contar com retorno previsto para 17/12/2025, 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: 01 \_\_\_\_\_
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: 0001027-8

**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, 17/12/2025

Nome do Requerente e assinatura



CAPITAL DO FELÃO

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

17/12  
APM

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

Nº: 800/25

Autorizo o Sr. (a):

Valdecir Luiz Joaquim	CPF: 680.726.519-00	Matrícula 15989	RG nº 4.213212-8
-----------------------	---------------------	-----------------	------------------

Lotado na Divisão de:

Secretaria Municipal de Saúde
-------------------------------

Na função de:

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

Justificativa para realização da viagem:

Levar paciente: Rubens da Silva –Hospital Regional do Oeste Paraná Pr
---

Data de início e término da viagem:

17/12/2025 saída 09:00 retorno 23:00
--------------------------------------

Destino da viagem:

Guarapuava – PR.
------------------

Meio de Transporte utilizado:

Descrição:

Citroen	Placa: TBB 4E63
---------	-----------------

Quantidade de diárias integrais pagas:

01
----

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):

0
---

Valor total das diárias:

R\$: 329,12 ( trezentos e vinte e nove reais e doze centavos)
---

Autorizado

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