



ANEXO II
Requerimento de diárias

À Secretaria de Administração e Planejamento

Protocolo nº

Em: 18/12/2025

Servidor

ALEXANDRE DELGADO HENRIQUES, inscrito no CPF/MF sob o nº: 815.614.749.91 , agente público municipal, matrícula nº: 15617, 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: Cledeson Bordin, Hospital Nossa Senhora Aparecida Pr, por motivos de realizar cirurgia pelo prazo de um dia 18/12/2025 contar com retorno previsto para 18/12/2025, 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: Sicoob ___, Ag. 4370, Conta nº:607479.

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, 18/12/2025


Nome do Requerente e assinatura



Prefeitura Municipal de Três Barras do Paraná
ESTADO DO PARANÁ

18/11/2025
AP
SUS

ANEXO III
Autorização de Diárias

Nº : 80412025

Autorizo o Sr. (a):

ALEXANDRE DELGADO HENRIQUES	CPF: 815.614.749.91		Matrícula: 15617	RG nº 2.725.766.96
--------------------------------	------------------------	--	------------------	--------------------

Lotado na Divisão de:

Secretaria Municipal de Saúde

Na função de:

Motorista

Justificativa para realização da viagem:

Levar paciente : CLEDSO BORDIM - REALIZAR CONSULTA HOSPITAL
NOSSA SENHORA APARECIDA

Data de início e término da viagem:

18/12/2025 saída 05:00 retorno 23:00

Destino da viagem:

Foz do Iguaçu – PR.

Meio de Transporte utilizado:

Descrição:

VAN

Placa: TBI 2D16

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)