



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

**ANEXO II**

**Requerimento de diárias**

À Secretaria de Administração e Planejamento

Protocolo nº

Em: 12/12/2024

Servidor

Antonio Manoel Da Silva, inscrito no CPF/MF sob o nº **074752528-50**, agente público municipal, matrícula nº 2240-3/1, 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: **VANDA IAGUCHESKI** - Hospital Dr. Aurélio Nova Aurora - **PR** por motivos cirurgia pelo prazo de um dia 12/12/2024, com retorno previsto para 12/12/2024 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. 437, Conta nº:276340

**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, 11/12/2024

  
Nome do Requerente e assinatura



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

12/12  
saúde  
lure

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

Nº: 600/24

Autorizo o Sr. (a):

Antonio Manoel Da Silva	CPF: 074752528-50		Matrícula 2205-5/1	RG nº14793922
-------------------------	-------------------	--	--------------------	---------------

Lotado na Divisão de:

Secretaria Municipal de Saúde

Na função de:

Motorista

Justificativa para realização da viagem:

Buscar alta de paciente: VANDA IAGUCHESKI, Hospital Dr. Aurélio

Data de início e término da viagem:

12/12/2024

Destino da viagem:

Nova Aurora – Pr. Hospital Dr. Aurélio

Meio de Transporte utilizado:

Descrição:

Gol

Placa: ABX 9I 74

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)