



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

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

À Secretaria de Administração e Planejamento

|  |
|--|
| Protocolo nº /2025                                     |
| Em 07/01/2025. M <sup>o</sup> do Socorro M. S. Prestes |
| Decreto N 5051/2022                                    |
| _____<br>Diretora                                      |
| _____<br>Servidor                                      |

ELISEU FERNANDES, inscrito no CPF/MF sob o nº 687.171.059-00, agente público municipal, matrícula nº 1486-9/1, ocupante do cargo de Motorista, de provimento efetivo, lotado (a) na Secretaria de Saúde, exercendo minhas funções no (a) Hospital Municipal, ramal/fone: 45 3235 1479/ 3235 1272, venho, por meio deste, **requerer autorização para deslocamento da sede do município e concessão de diária para** Buscar alta de G. D. S. O. + acompanhante no Hospital Dr. Aurélio em Nova Aurora-Pr A contar de 07/01/2025 com retorno previsto em 07/01/2025, nos termos do disposto no art. 7º e seguintes da Lei nº 1936/19, de 10/12/2019.E Lei nº 2277/2022.

1. Número total de diária (s) SEM pernoite: 0,4%
2. Número total de diária (s) COM pernoite: 0
3. Necessita utilizar veículo oficial? Sim, Ambulância SEG-5C68
4. Necessita adquirir passagens? Não
5. Em caso de resposta positiva no item 4, de qual tipo? ( ) terrestre ( ) aérea
6. Informar dados da conta bancária de titularidade do beneficiário para creditar as diárias: Banco Bradesco – Ag. 5867, Conta 6649-4.

**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, 07/01/2025.

\_\_\_\_\_  
Nome do Requerente e assinatura



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

07/01  
saúde  
livre

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

Nº 42/2025

Autorizo o Sr. (a):

|                  |                     |                    |                   |
|------------------|---------------------|--------------------|-------------------|
| Eliseu Fernandes | CPF: 687.171.059-00 | Matrícula 1486-9/1 | RG nº 4.280.397-9 |
|------------------|---------------------|--------------------|-------------------|

Lotado na Divisão de:

Hospital Municipal

Na função de:

Motorista

Justificativa para realização da viagem:

Buscar alta de G. D. S. O. + acompanhante no Hospital Dr. Aurélio em Nova Aurora-Pr

Data de início e término da viagem:

07/01/2025 a 07/01/2025

Destino da viagem:

Nova Aurora-Pr

Meio de Transporte utilizado:

Descrição:

|            |          |
|------------|----------|
| Ambulância | SEG-5C68 |
|------------|----------|

Quantidade de diárias integrais pagas:

0

Quantidade de diárias parciais pagas (indicar porcentagem):

0,4%

Valor unitário das diárias integrais:

R\$:301,69 (Trezentos e Um Real 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

M<sup>a</sup> do Socorro M. S. Prestes

Decreto N 5051/2022

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

M<sup>a</sup> do Socorro M. S. Prestes

Decreto N 5051/2022

Diretora