



*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	26/03/2025
M <sup>o</sup> do Socorro M. S. P. Decreto N 5051/2022	
Servidor	Diretora

SILVANO DA SILVA ANTUNES, inscrito no CPF/MF sob o nº 058.358.149-84, agente público municipal, matrícula nº 1410-9/1, 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** Levar paciente F. R. na Clínica Santa Cruz, em Umuarama - PR. A contar de 26/03/2025 com retorno previsto em 27/03/2025, 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
2. Número total de diária (s) COM pernoite: 1
3. Necessita utilizar veículo oficial? Sim, Ambulância Master, BCW5C50
4. Necessita adquirir passagens? Não
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, Conta 6566-8.

**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, 26/03/2025.

  
Nome do Requerente e assinatura



CAPITAL DO FELIÃO

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

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

Nº 180/2025

Autorizo o Sr. (a):

Silvano da Silva Antunes      CPF: 058.358.149-84      Matrícula 1410-9/1      RG nº 15.069.725-5

Lotado na Divisão de:

Hospital Municipal

Na função de:

Motorista

Justificativa para realização da viagem:

Levar paciente F. R. na Clínica Santa Cruz, em Umuarama - PR

Data de início e término da viagem:

26/03/2025 a 27/03/2025

Destino da viagem:

Umuarama - PR

Meio de Transporte utilizado:

Descrição:

Ambulância Master

BCW5C50

Quantidade de diárias integrais pagas:

1

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):

R\$: 329,12 (Trezentos e Vinte e Nove Reais e Doze Centavos).

Valor total das diárias:

R\$: 329,12 (Trezentos e Vinte e Nove Reais e Doze Centavos).

Autorizado

Mª do Socorro M. S. Prestes

Decreto N 5051/2022

Diretora

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

Mª do Socorro M. S. Prestes

Decreto N 5051/2022

Diretora

RGAC

1(s) nota(s)  
respondente  
adquirido o  
estado a est.

RESPONSÁVEL PELO R.