|  |
| --- |
| REQUERIMENTO DIÁRIAS |
| DESCRIÇÃO DO ÓRGÃO/ENTIDADE |
|  **IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR** |
| Nome:  | Matrícula: |
|  |  |
| Cargo/Emprego:  |
| **DESLOCAMENTOS** |
| Dia/mês | De | Para |  **MEIO DE TRANSPORTE** (avião, ônibus , veículo oficial, veículo próprio) |
| Município | Horário | Município | Horário |
|  |  | : |  | : |  |
|  |  | : |  | : |  |
|  |  | : |  | : |  |
|  |  | : |  | : |  |
|  |  | : |  | : |  |
|  |  | : |  | : |  |
|  |  | : |  | : |  |
| **OBJETIVO E JUSTIFICATIVA DA VIAGEM :** |
| Declaro, para os devidos fins e efeitos, que não me enquadro em qualquer das situações impeditivas para o recebimento de diária(s) |
| Local | Data | Assinatura do Servidor |
| **CHEFIA IMEDIATA DO SERVIDOR REQUERENTE** |
| ( )AUTORIZO ( ) NÃO AUTORIZO | Data | Assinatura e carimbo |
| **ORDENADOR DE DESPESA** |
| ( )AUTORIZO ( ) NÃO AUTORIZO | Data | Assinatura e carimbo |
| **SERVIDOR RESPONSÁVEL PELO CÁLCULO E PAGAMENTO/ADIANTAM ENTO DIÁRIAS** |
| DIÁRIAS A PAGAR |
|  Deslocamento |  Quantidade |  Valor Unitário |  Valor  |
| No Estado |  |  |  |
| Fora do Estado |  |  |  |
| Brasília e Capitais |  |  |  |
| VALOR TOTAL |  |
|  Valor Por extenso |
|  |
| Data | Assinatura e carimbo do responsável pelo pgto/adian. de diárias |

|  |
| --- |
| AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO EM FOLHA |
| **IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR** |
| Nome:  | Matrícula:  |
|  |  |
| Cargo:  |
|  |
| **DADOS CONTÁBEIS** |
| n° e data do empenho:  |  n° e data da OP:  |
|  |  |
| n° e data da liquidação: |  |
|  |  |
|  |
| **3 – Declaro estar ciente de que a não comprovação das diárias acarretará no desconto integral do valor das mesmas no meu salário e fica autorizado o setor de recursos humanos a efetuá-lo.** |
|  |
| **4 – AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO** |
| Data: Nome: |
| Cargo:  | Assinatura |  |