|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | |  |