|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| REQUERIMENTO ADIANTAMENTO | | | |
| DESCRIÇÃO DO ÓRGÃO/ENTIDADE | | | |
| **IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL** | | | |
| Nome: | | | Matrícula: |
|  | | |  |
| Cargo/Emprego: | | | |
| **OBJETIVO E JUSTIFICATIVA**  **CONFORME LEI Nº 699/1995 :** | | | |
| Declaro, para os devidos fins e efeitos, que não me enquadro em qualquer das situações impeditivas para o recebimento de adiantamento | | | |
| Local | | Data | Assinatura do Servidor |
| **CHEFIA IMEDIATA DO RESPONSÁVEL** | | | |
| ( )AUTORIZO ( ) NÃO AUTORIZO | | Data | Assinatura e carimbo |
| **ORDENADOR DE DESPESA** | | | |
| ( )AUTORIZO ( ) NÃO AUTORIZO | | Data | Assinatura e carimbo |
| VALOR ADIANTAMENTO | | |  |
| 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 do adiantamento acarretará no desconto integral do valor do mesmo no meu salário e fica autorizado o setor de recursos humanos a efetuá-lo.** | | | | |
|  | | | | |
| **4 – AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO** | | | | |
| Data:  Nome: | | | | |
| Cargo: | | Assinatura | |  |