|  |
| --- |
| 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 |  |