



## **Formulário de Solicitação de Diária**

**Este Formulário de Solicitação de Diária deverá ser assinado conjuntamente pelo  
Diretor Executivo do Consórcio.**

### **ENTIDADE**

POLICLÍNICA REGIONAL DE ESPECIALIDADES MEDICAS JOSÉ GILVAN LEITE SAMPAIO

### **BENEFICIÁRIO:**

NOME: **RENATA BEZERRA DE MOURA**

CPF: 731.315.393-72

ENDEREÇO: RUA CEL. MANOEL INÁCIO BEZERRA, 469. Brejo Santo - CE

TELEFONES: (88) 9698 6936

VÍNCULO CONFORME TABELA:

( ) Faixa V – Presidente

( ) Faixa IV – Diretor Executivo e Procuradoria Jurídica

( x ) Faixa III- Diretoria Geral

( ) Faixa II – Profissionais nível superior

( ) Faixa I – Demais servidores.

### **SOLICITAÇÃO:**

PERÍODO DA VIAGEM: 13/09/2023 QUANTIDADE DE DIÁRIAS: **01**

OBJETIVO DA VIAGEM:

Fazer uma visita técnica a Policlínica de Barbalha para alinhar a oferta dos exames de tomografias.

### **DETALHAMENTO DAS DIÁRIAS:**

1. Destino:

BREJO SANTO – BARBALHA - BREJO SANTO – CE

### **DEVOLUÇÃO PARCIAL OU TOTAL DE DIÁRIAS EM EXCESSO**

Assumimos a responsabilidade de devolver, em até CINCO DIAS ÚTEIS após a data de retorno da viagem, o valor das diárias recebidas se, por qualquer circunstância, o beneficiário da diária não puder se afastar no período solicitado, ou as diárias em excesso, conforme cálculo a ser efetuado pelo CPSMBS e informado ao beneficiário da diária e ao Diretor do Consórcio.

Brejo Santo - CE, 11 de Setembro de 2023.

Assinatura do Beneficiário da Diária

Assinatura do Chefe Imediato

Assinatura do Secretário (a) Executivo Consórcio