



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: 26/05/2023 QUANTIDADE DE DIÁRIAS: **01**

OBJETIVO DA VIAGEM:

Ir a Policlínica Regional do Crato alimentar o sistema SAIPS com as informações do CER III - Auditivo, Físico e Intelectual.

DETALHAMENTO DAS DIÁRIAS:

1. Destino:

BREJO SANTO – CRATO - 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, 25 de Maio de 2023.

Assinatura do Beneficiário da Diária

Assinatura do Chefe Imediato