

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE E SANEAMENTO SOLICITAÇÃO E
AUTORIZAÇÃO DE DIÁRIAS

BENEFICIÁRIO: INÁCIA SILVA BARBOSA

CPF: 345.085.031-87

CARGO/ FUNÇÃO: TEC DE ENFERMAGEM

LOTAÇÃO: SEC MUN DE SAUDE E
SANEAMENTO

Data: 17/02/2025

Assinatura do Beneficiário: _____

INFORMAÇÕES DA VIAGEM

SOLICITAÇÃO: ➡

Solicito a liberação de diárias para cobrir despesas com viagem à cidade de BOM JESUS-PI, no acompanhamento de pacientes em ambulância, para receber atendimento médico especializado.

PERÍODO AFASTAMENTO
(ROTEIRO/ITINERÁRIO):

DATA DE SAÍDA:

CIDADE

DE

PARA

17/02/2025

CRISTALANDIA-PI

BOM JESUS-PI

17/02/2025

BOM JESUS-PI

CRISTALÂNDIA-PI

MEIO DE TRANSPORTE/IDA:

☐

Aéreo

☐

Rodoviário

☐

Veículo Oficial

☒

Outros

MEIO DE TRANSPORTE/VOLTA:

☐

Aéreo

☐

Rodoviário

☐

Veículo Oficial

☒

Outros

AUTORIZAÇÃO DE DESPESA

☒ DEFERIDO ☐ DEFERIDO C/ RESTRIÇÕES ☐ INDEFERIDO

À SECRETARIA DE FINANÇAS:

AUTORIZO o pagamento de diárias, importando o valor de R\$ 100,00 (cem reais).

17/02/2025

Data da Autorização:

Mário Tolentino de Souza Neto
Secretário Municipal de Finanças

RECIBO

Recebi da Tesouraria da Prefeitura Municipal de Cristalândia do Piauí-PI.

Data do Pagamento: 17/02/2025

☒ Transferência Bancária ☐ Cheque ☐ EspécieINÁCIA SILVA BARBOSA
Técnica de Enfermagem

ATESTO QUE OS:

☐ Materiais foram recebidos☒ Serviços foram prestados

Em ____/____/____

PAGUE - SE

Em, ____/____/____

LISSANDRA DA CUNHA LEMOS VALENTE
Secretária Mun, de Saúde e
Saneamento

P A G O

Em, ____/____/____

Mário Tolentino de Souza Neto
Secretário Municipal de Finanças