

PREFEITURA MUNICIPAL DECRISTLÂNDIA DO PIAUÍ-PI

Av. Luiz Cunha Nogueira, 228– Centro –Cristalândia do Piauí
CEP 64.995-000 Fone (89) 3556 – 0029 CNPJ/MF: 06.554.299/0001-02
E-mail: prefeituracristalandia@hotmail.com

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SOLICITAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE DIÁRIAS

BENEFICIÁRIO: CARLOS ANDRE DE JESUS SILVA

CPF: 028.016.243-06

CARGO/ FUNÇÃO: CHEFE DA DIVISAO DE FISCALIZACAO

LOTAÇÃO: SEC MUN DE SAUDE

Data: 17/02/2025

Assinatura do Beneficiário: _____

INFORMAÇÕES DAVIAGEM

SOLICITAÇÃO: ➡

Solicito a liberação de diárias para cobrir despesas com viagem à cidade de BOM JESUS-PI, para resolver assuntos de interesse, deste município.

**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 finanças

RECIBO

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

Data do Pagamento: 17/02/2025

☒ Transferência Bancária ☐ Cheque ☐ Espécie

CARLOS ANDRE DE JESUS SILVA
CHEFE DA DIVISAO DE FISCALIZACAO

ATESTO QUE OS:

☐ Materiais foram recebidos

☒ Serviços foram prestados

Em ____/____/____

Assinatura do Responsável

PAGUE - SE

Em, ____/____/____

LISSANDRA DA CUNHA LEMOS VALENTE
Sec. Mun. de Saúde

P A G O

Em, ____/____/____

Mário Tolentino de Souza Neto
Secretário Municipal de Finanças