



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: 29/08/2023 QUANTIDADE DE DIÁRIAS: **01**

OBJETIVO DA VIAGEM:

Participar da Reunião de Monitoramento das Policlínicas com a Superintendência de Saúde do Cariri no auditório da Policlínica Regional de Barbalha.

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, 23 de Agosto de 2023.

Assinatura do Beneficiário da Diária

Assinatura do Chefe Imediato

Assinatura do Secretário (a) Executivo Consórcio