



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
 Faixa III- Diretoria Geral
 Faixa II – Profissionais nível superior
 Faixa I – Demais servidores.

SOLICITAÇÃO:

PERÍODO DA VIAGEM: 07/01/2025

QUANTIDADE DE DIÁRIAS: 01

OBJETIVO DA VIAGEM:

Fazem uma visita técnica ou CER da Policlínica Regional do Crato.

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, 07 de Janeiro de 2025.

Assinatura do Beneficiário da Diária

Assinatura do Chefe Imediato

Assinatura do Secretário (a) Executivo Consórcio