

ANEXO II – DECRETO Nº 010/2018
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPÃO BONITO
SOLICITAÇÃO DE ADIANTAMENTO PARA DESPESA DE DIÁRIAS

Órgão/Unidade: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SETOR DE TRANSPORTE DA SAÚDE

Nome do Funcionário: _____
 Cargo/Função: _____
 Código do Funcionário: _____

Data da Solicitação: _____

Destino: _____ Distância (ida e volta): _____

Motivo do Adiantamento: TRANSPORTE DE PACIENTE PARA HOSPITAIS DE OUTROS MUNICIPIOS

Data/Horário previsto de partida:		Data/Horário previsto de chegada:	
Dia:	Hora:	Dia:	Hora:

Hospedagem:	Meio de Transporte:
<input type="checkbox"/> Sim Quantas:	<input checked="" type="checkbox"/> Veículo Oficial
	<input type="checkbox"/> Veículo Particular
<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ônibus
	<input type="checkbox"/> Outros

Alimentação/Viagem Inclusa: Sim Não

Acompanhantes da Viagem: (OBS: No caso de adiantamento para viagens diversas, os acompanhantes poderão ser identificados nos Relatórios de Viagens).	Código do Funcionário:
(a)	
(b)	
(c)	

Valor Previsto para Refeições (DIÁRIAS)	R\$	500,00
Valor previsto para Deslocamento	R\$	
Valor previsto para Hospedagem	R\$	
Valor previsto para Táxi	R\$	
Valor previsto Outros	R\$	
TOTAL PREVISTO	R\$	500,00

CPF nº	Banco:	Agencia:	Conta Corrente:
--------	--------	----------	-----------------

Assinatura Responsável pelo Adiantamento

Assinatura/Carimbo do Secretário

AUTORIZAÇÃO DO ORDENADOR DA DESPESA

Autorizo nesta data o valor de R\$ 500,00 (QUINHENTOS REAIS). Para custear as despesas acima solicitadas. Empenhe-se.

Capão Bonito, em 02 DE JANEIRO DE 2018.

Ordenador de Despesa