	MUNICIPIO DE RETIROLÂNDIA Rua Agemiro Evaristo da Costa, 177 - Centro - CEP 48.750-000 (75) 3202-1176	SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA PAGAMENTO DE DIÁRIA

01 - NÚMERO DO PROCESSO ADMINISTRATIVO	02 – ANO DE EXERCÍCIO:	03 - DATA DO PROCESSO ADMINISTRATIVO:
536	2019	03/07/2019

DADOS DO SERVIDOR

04 - NOME DO(A) SERVIDOR(A):		
Claudio Inocêncio Gomes		
05 - CARGO/FUNÇÃO:	06 – MATRICULA:	
Secretário de Saúde	644	
08 - ENDEREÇO:	09 – RG/CPF:	10 – BASE LEGAL:
Travessa 31 de Março, 119 - Centro - Retirolândia-BA	3225694 94 / 015.113.337/90	Lei 282/2009

DADOS BANCÁRIOS:	11 – BANCO	12 - AGÊNCIA	13 - CONTA
	001 - BRASIL	4185-8	105642-5

DADOS DA VIAGEM

11 – LOCALIDADE(S) DE DESTINO:
Salvador

Datas: 08/07/2019

13 – JUSTIFICATIVA DAS DIÁRIAS:
Comparecimeno no COPAT - Coordenação de Patrimonio da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia.

14 – RESULTADOS ALCANÇADOS:
Concessao de um Aparelho de Raio X para o Hospital Municipal de Retirolandia.

15 – OBSERVAÇÕES:

INFORMAÇÕES ORÇAMENTÁRIAS

16 – QUANTIDADE DE DIÁRIA(S):	17 – SECRETARIA RESPONSÁVEL:
1	Saúde
18 – VALOR UNITÁRIO DA(S) DIÁRIA(S):	**19 – VALOR TOTAL DA(S) DIÁRIA(S):**
R$ 150,00	R$ 150,00

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Salvador - 01

APROVAÇÃO

20 – DATA E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL:

Retirolândia – Ba, 9 de julho de 2019

ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

RECOMENDAÇÕES

Deve ser evitada a autorização da viagem antes da emissão do Processo Administrativo junto ao setor competente.

Devem ser observadas as diretrizes governamentais de racionalização do gasto.