| | | |
|---|---|---|
| | **MUNICIPIO DE RETIROLÂNDIA**<br>Rua Agemiro Evaristo da Costa, 177 - Centro - CEP 48.750-000<br>CNPJ – 13.844.220/0001-46<br>(75) 3202-1176 | **SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA PAGAMENTO DE DIÁRIA** |

| 01 - NÚMERO DO PROCESSO ADMINISTRATIVO | 02 – ANO DE EXERCÍCIO: | 03 - DATA DO PROCESSO ADMINISTRATIVO: |
|---|---|---|
| 0807 | 2020 | 08/11/2020 |

**DADOS DO SERVIDOR**

04 - NOME DO(A) SERVIDOR(A):
Ebeilson Lopes de Andrade

| 05 - CARGO/FUNÇÃO: | 06 – MATRICULA: |
|---|---|
| Motorista | 201705 |

| 08 - ENDEREÇO: | 09 – RG/CPF: | 10 – BASE LEGAL: |
|---|---|---|
| Rua Joana Angelica, 290 - Centro - Retirolândia | 0312912951 / 421.797.345-49 | Lei 282/2009 |

| DADOS BANCÁRIOS: | 11 – BANCO | 12 - AGÊNCIA | 13 - CONTA |
|---|---|---|---|
| | 001-BRASIL | 4185-8 | 88300090-3 |

DADOS DA VIAGEM

11 – LOCALIDADE(S) DE DESTINO:
Salvador - 02

**VIAGENS: 09/10; 11/10/2021**

13 – JUSTIFICATIVA DA VIAGEM:
Transferencia de pacientes para tratamento em unidades de referencia fora do Municipio.

14 – RESULTADOS ALCANÇADOS:
Melhoria na Gestão da Saúde do município de Retirolândia nos aspectos técnicos e administrativos do SUS.

15 – OBSERVAÇÕES:

**INFORMAÇÕES ORÇAMENTÁRIAS**

| 16 – QUANTIDADE DE DIÁRIA(S): | 17 – SECRETARIA RESPONSÁVEL: |
|---|---|
| 2 | Saúde |

| 18 – VALOR UNITÁRIO DA(S) DIÁRIA(S): | 19 – VALOR TOTAL DA(S) DIÁRIA(S): |
|---|---|
| R$ 60,00 | R$ 120,00 |

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

**Feira de Santana 01** **Serrinha 01**

**SALVADOR 07**

**APROVAÇÃO**

20 – DATA E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL:

**Retirolândia – Ba, 09 DE NOVEMBRO 2021**

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.**