



CÂMARA MUNICIPAL DE BELA VISTA DA CAROBA
ESTADO DO PARANÁ
Rua Paraíba 1619 – Centro – 85.745-000

COMUNICAÇÃO INTERNA

| | | |
|---|---------------------|-----------------|
| AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE DIÁRIAS LEI MUNICIPAL 528/2017 | Nº REQUISIÇÃO Nº | 165 385/2019 |
|---|---------------------|-----------------|

PARA FINS DE PAGAMENTO DE DIÁRIAS, AUTORIZAMOS O SETOR DE FINANÇAS E CONTABILIDADE DA CÂMARA MUNICIPAL DE BELA VISTA DA CAROBA, ESTADO DO PARANÁ A EFETUAR O PAGAMENTO DA(S) DIÁRIA(S), CONFORME DESCRIÇÃO ABAIXO:

| DADOS DO SERVIDOR | | | |
|-------------------|------------------|---------|------------------|
| FUNCIONARIO | MATEUS DE MARINS | | MATR. 41-1 |
| CARGO/FUNÇÃO | VEREADOR | LOTAÇÃO | CÂMARA MUNICIPAL |

| | | | |
|----------------------|----------|---------------------|--|
| VINCULO | | COMISSIONADO | |
| EFETIVO | | MEMBRO DE CONSELHOS | |
| AGENTE POLITICO | X | DIARIAS EXTERIOR | |
| OUTROS COLABORADORES | | | |

| MOTIVO DA VIAGEM | | | | | |
|------------------|-------|----------------|----|--------------------|------------------|
| DATA DA VIAGEM | | CIDADE DESTINO | UF | OBJETIVO DA VIAGEM | TOTAL DE DIÁRIAS |
| INICIO | FIM | | | | |
| 03/12 | 06/12 | FOZ DE IGUAÇU | PR | SEMINÁRIO | 3,0 |

| | | | |
|-------------------------------|--|------------------------------|----------|
| TCE-PR EVENTOS E TREINAMENTOS | | TCE-PR OUTROS OBJETIVOS | |
| EVENTOS NÃO LIGADOS AO TCE-PR | | CURSOS NÃO LIGADOS AO TCE-PR | X |
| | | OUTROS NÃO LIGADOS AO TCE-PR | |
| NOME(S) PACIENTE(S) | | | |

OBSERVAÇÕES
O FUNCIONÁRIO DEVERÁ COMPROVAR SUA PARTICIPAÇÃO NO(S) EVENTO(S) DESCRITOS MEDIANTE APRESENTAÇÃO DE CERTIFICADO, DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO OU OUTROS DOCUMENTOS QUE COMPROVEM SUA EFETIVA PARTICIPAÇÃO

Forma de Deslocamento:

- Ônibus
 Avião
 Carro Oficial
 Outro Especificar: VEÍCULO PRÓPRIO

Previsão de Quilometragem para Combustível: _____

Valor para Combustível: _____

Bela Vista da Caroba – Pr, em 02/12/2019.

| |
|-------------------------|
| Publicação/Órgão: _____ |
| Edição: _____ |
| Data: ____/____/____ |
| _____ Assinatura |

Presidente

Setor de Contabilidade
Recursos Humanos