**À Prefeitura Municipal De Capivari De Baixo/SC**

**A Excelentíssima senhora Márcia Roberg Cargnin**

(Gabinete da Prefeita)

c/cópia ao

Departamento Pessoal

**Ofício de nº 006/CMDCA/2024**

 **Capivari de Baixo, 13 de março de 2024.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Assunto: SOLICITACÃO DE DIÁRIA** | DATA: 13/03/2024  |

|  |  |
| --- | --- |
| NOME : Sabrina Medeiros da Silva | MATRÍCULA: 10439  |
| CARGO : ASSISTENTE ADMINISTRATIVO  | CENTRO DE CUSTO:  |
| PROPOSTA DE: uma diária |  |
| Referente a participação no Encontro Técnico e membros do Conselho dos Fundos Municipais da Infância e adolescência (FIA) e da Pessoa Idosa (FPI) – O conhecimento como instrumento para a correta aplicação dos recursos.Data de início: **21/03/2024**Data Fim: **21/03/2024****Horário: das 09 às 18 horas**Local: **Tribunal de Contas de Santa Catarina**Endereço: **Rua José da Costa Moellmann, 104, Centro. Florianópolis-SC**Sala: **Auditório Bordô**Obs.: Comprometo-me a entregar na Tesouraria da PMCB, no prazo de até 3 (três) dias úteis, após o retorno da viagem, os comprovantes de despesas. Caso contrário, autorizo o desconto na folha de pagamento. |
| PEDIDO POR |  | AUTORIZADO  |

 **À Prefeitura Municipal De Capivari De Baixo/SC**

**Ao Senhor Mário Latrônico Júnior**

(SECRETARIA MUNICIPAL DE GESTÃO E DA FAZENDA DE CAPIVARI DE BAIXO -SC)

c/cópia ao

Departamento Pessoal

**Ofício de nº 006/CMDCA/2024**

 **Capivari de Baixo, 13 de março de 2024.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Assunto: SOLICITACÃO DE DIÁRIA** | DATA: 13/03/2024  |

|  |  |
| --- | --- |
| NOME : Sabrina Medeiros da Silva | MATRÍCULA: 10439  |
| CARGO : ASSISTENTE ADMINISTRATIVO  | CENTRO DE CUSTO:  |
| PROPOSTA DE: uma diária |  |
| Referente a participação no Encontro Técnico e membros do Conselho dos Fundos Municipais da Infância e adolescência (FIA) e da Pessoa Idosa (FPI) – O conhecimento como instrumento para a correta aplicação dos recursos.Data de início: **21/03/2024**Data Fim: **21/03/2024****Horário: das 09 às 18 horas**Local: **Tribunal de Contas de Santa Catarina**Endereço: **Rua José da Costa Moellmann, 104, Centro. Florianópolis-SC**Sala: **Auditório Bordô**Obs.: Comprometo-me a entregar na Tesouraria da PMCB, no prazo de até 3 (três) dias úteis, após o retorno da viagem, os comprovantes de despesas. Caso contrário, autorizo o desconto na folha de pagamento. |
| PEDIDO POR |  | AUTORIZADO  |

|  |
| --- |
| Recebemos em: ......../......../.........Órgão:.............................................................Funcionário(a):...............................................Assinatura:............................................................. |