**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:............................................................. |