



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
SECRETARIA DA SAÚDE

**ANEXO I**

REQUISIÇÃO DE DIÁRIAS

NOME:

MATRÍCULA (ID):  COD CREDOR:

VÍNCULO (ADIDO OU SERVIDOR):

LOCALIDADE DE ORIGEM:

LOCALIDADE DE DESTINO (FINAL):

PERÍODO DE AFASTAMENTO:

NÚMERO DE DIÁRIAS:  INTEIRAS  1/2 DIÁRIAS

Reunião com possibilidade de participação virtual:  SIM  NÃO

FINALIDADE DA VIAGEM (relatar de forma detalhada os locais e o objetivo da viagem, inclusive justificando a participação presencial):

Local:

Data:

Assinatura: \_\_\_\_\_

**OBS: anexar autorização da chefia imediata, com o de acordo do ordenador de despesas, e, também, convite, convocação, ou quaisquer documentos que comprovem a necessidade do deslocamento**