



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTANA DO DESERTO

ESTADO DE MINAS GERAIS

TELEFAX: (32) 3275-1052

Praça Mauro Roquete Pinto, 01 – Centro – CEP: 36.620-000 – Santana do Deserto – MG

www.santanadodeserto.mg.gov.br

ANEXO I

TABELA I - VALORES DE DIÁRIAS

| BENEFICIÁRIOS | DIÁRIA INTEGRAL COM PERNOITE (DENTRO DO ESTADO) | DIÁRIA INTEGRAL COM PERNOITE (FORA DO ESTADO) |
|--|---|---|
| AGENTES POLÍTICOS DO LEGISLATIVO MUNICIPAL | R\$400,00 | R\$600,00 |
| SERVIDORES DO LEGISLATIVO MUNICIPAL | R\$400,00 | R\$600,00 |





PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTANA DO DESERTO

ESTADO DE MINAS GERAIS

TELEFAX: (32) 3275-1052

Praça Mauro Roquete Pinto, 01 – Centro – CEP: 36.620-000 – Santana do Deserto – MG

www.santanadodeserto.mg.gov.br

ANEXO II

TABELA II - VALORES PARA INDENIZAÇÃO DE TRANSPORTE

| | |
|---|--|
| INDENIZAÇÃO DE DESPESAS COM DESLOCAMENTO | R\$ 0,70 / Km rodado (setenta centavos por quilômetro rodado) |
|---|--|





PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTANA DO DESERTO

ESTADO DE MINAS GERAIS

TELEFAX: (32) 3275-1052

Praça Mauro Roquete Pinto, 01 – Centro – CEP: 36.620-000 – Santana do Deserto – MG

www.santanadodeserto.mg.gov.br

ANEXO III

REQUERIMENTO DE DIÁRIAS DE VIAGEM

DADOS DO SOLICITANTE

| | |
|----------------------|---|
| DATA DA SOLICITAÇÃO: | ___/___/_____ |
| NOME: | |
| CPF: | |
| CARGO: | |
| DADOS BANCÁRIOS: | BANCO: AGÊNCIA: CONTA N° ()C ()P |

CARACTERÍSTICAS DA VIAGEM

| | | |
|-------------------------|---|--------------|
| DIÁRIAS: | QUANTIDADE: | VALOR TOTAL: |
| PERÍODO DO AFASTAMENTO: | ___/___/_____ A ___/___/_____ | |
| MEIO DE TRANSPORTE: | | |
| DESTINO: | | |
| MOTIVO DA VIAGEM: | _____ _____ _____ _____ _____ | |

Assinatura do Solicitante

APROVAÇÃO DAS AUTORIDADES CONCEDENTES

| | |
|-----------------------|---------------------------|
| CONTABILIDADE: | APROVADO: () SIM () NÃO |
| DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA: | |

Assinatura da Contabilidade

| | |
|-------------------|---------------------------|
| CONTROLE INTERNO: | APROVADO: () SIM () NÃO |
|-------------------|---------------------------|

Assinatura do Controle Interno

| | |
|---------------------------|---|
| PRESIDENTE DA CAMARA: | APRESENTOU JUSTIFICATIVA: () SIM () NÃO |
| APROVADO: () SIM () NÃO | OBS: _____ _____ |

Assinatura do Presidente da Câmara

