



**Estado de Rondônia
Câmara Municipal de Cacoal**

CERTIDÃO

Em virtude de erro material ocasionado na conversão do arquivo, não consta no documento original o modelo de formulário referente ao ANEXO V do Projeto de Resolução n. 3/2022, motivo pelo qual solicitamos a sua anexação.

Palácio Catarino Cardoso dos Santos, 16 de novembro de 2022.

JOÃO PAULO PICHEK
Presidente

**EDIMAR KAPICHE
LUCIANO**
1º Secretário

LUIZ ANTONIO N. FRITZ
2º Secretário



Estado de Rondônia
Câmara Municipal de Cacoal

ANEXO V
AUTORIZAÇÃO PARA DEVOLUÇÃO DE DIÁRIA

A- DADOS DO SERVIDOR/AGENTE POLÍTICO		
Nome:		CPF:
Cargo:		Matrícula:
B- DADOS DA DESPESA ORÇAMENTÁRIA		
Processo de Despesa:	Empenho:	Data do Pagamento:
C- DADOS DAS DIÁRIAS A RESTITUIR		
Quantidade de diárias a restituir: _____ ½ (meia) diária		Valor R\$ _____
_____ Diária (s) inteira (s)		Valor R\$ _____
D- DA AUTORIZAÇÃO DE DEVOLUÇÃO DE DIÁRIA EM FOLHA DE PAGAMENTO		
Autorizo à Câmara Municipal de Cacoal efetuar a retenção em folha de pagamento do(s) valor(s) acima descrito(s) em decorrência da devolução de diária(s) recebida(s) e não utilizada(s).		
-----/-----/----- Data	----- Assinatura do Servidor/Agente Político	----- Assinatura do Diretor Administrativo e Financeiro



Estado de Rondônia
Câmara Municipal de Cacoal

ANEXO V
INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO

DESCRIÇÃO	INSTRUÇÃO
A- DADOS DO SERVIDOR/AGENTE POLÍTICO	
01- Nome	Preencher com o nome completo do servidor/agente político.
02- CPF	Preencher com o nº do CPF do servidor/agente político.
03- Cargo	Preencher com o nome do cargo do servidor/agente político.
04 – Matrícula	Preencher com o nº da matrícula do servidor/agente político.
B- DADOS DA DESPESA ORÇAMENTÁRIA	
05- Processo de Despesa:	Preencher com o nº do processo de despesa.
06- Empenho:	Preencher com o nº do empenho.
07- Data do Pagamento:	Preencher com a data do pagamento ao tomador de diária.
C- DADOS DAS DIÁRIAS A RESTITUIR	
08- Quantidade de diárias e valor a restituir	Preencher com a quantidade de diárias e o valor correspondente a restituir.
D- DA AUTORIZAÇÃO DE DEVOLUÇÃO EM FOLHA DE PAGAMENTO	
09- Data e assinatura	Preencher com a data de preenchimento e apor carimbo e assinatura do servidor/agente político e do Diretor Administrativo e Financeiro.