Av. Oliveira Paiva, 941 – Cidade dos Funcionários

CEP 60.822-130 Fortaleza, CE

Fone 3275-9599 / 3275-9202 / 3275-2965

**RECIBO DE DIÁRIAS**

|  |
| --- |
| No Processo:  |
| Coordenador do Projeto:  |
|  |
| **IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO DAS DIÁRIAS** |
| Nome:  |
| RG:  | CPF:  | Passaporte (se for estrangeiro): |
| Profissão:  |
| Endereço:  |
| CEP:  | Cidade:  | UF:  |
|  |
| **DADOS DA VIAGEM** |
| Destino De: Para:  | Período do Evento/Missão:\_\_/\_\_/\_\_\_\_ a \_\_/\_\_/\_\_\_\_ |
| Objetivo da Viagem: |
| Forma de Deslocamento: |
|  |
| **CÁLCULO DAS DIÁRIAS** |
| Quantidade:  | Valor Unitário:  | Valor Total:  |
| Declaro que recebi a importância supra citada pela qual dou plena quitação. |
| Data:  | Assinatura do beneficiário das diárias:  |

|  |
| --- |
| **COORDENADOR DO PROJETO** |
| Atesto que as diárias foram pagas em conformidade com as instruções do manual de prestação de contas e objeto do projeto. Por ser verdade, firmo o presente recibo. |
| Data: | Assinatura: |