**ANEXO I**

**REQUERIMENTO DE SOLICITAÇÃO DE ADIANTAMENTO**

**RESPONSÁVEL GERAL DO ADIANTAMENTO**

|  |
| --- |
| **DADOS DO REQUERENTE** |
| SERVIDOR RESPONSÁVEL ADIANTAMENTO: | CPF: |
| CARGO: | MATRÍCULA: |
| BANCO: | AGÊNCIA: | CONTA: |

|  |
| --- |
| **ESPECIFICAÇÃO DO ADIANTAMENTO** |
| FUNDAMENTO LEGAL: |
| UNIDADE CONCEDENTE: |
| DOTAÇÃO: | VALOR: |

Declaro que tenho pleno conhecimento das Leis, Decretos, Instruções Normativas e demais regulamentos sobre o adiantamento.

AUTORIZO o Município de São João do Oeste/SC e/ou Fundo Municipal Concedente, a EFETUAR O DESCONTO EM FOLHA DE PAGAMENTO do valor integral do adiantamento, caso não preste contas, ou das despesas glosadas deste, caso haja glosa devido a emissão de Parecer de irregularidade ou regularidade parcial da prestação de contas pelos setores de Contabilidade e Controle Interno deste Município, bem como autorizo o desconto em folha de pagamento da multa por falta de prestação de contas do adiantamento, ou por falta de atender à solicitação de regularização da prestação de contas.

São João do Oeste, SC, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura Responsável Adiantamento

Autorizado por: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Secretário(a) Municipal