



**FORMULÁRIO II-A (ANEXO II DA RESOLUÇÃO COFEN Nº 740/2024)**

**REQUISIÇÃO DE DIÁRIAS**

1 - Data

2 - DE

3 - PARA

**FAVORECIDO**

4 - Nome

5 - CPF  6 - Cargo

7 - Dados Bancários | Banco  Agência  Conta Corrente  Conta Poupança

8 - Contatos | Telefones  E-mail

**ASSUNTO: SOLICITAÇÃO DE CONCESSÃO DE DIÁRIAS**

9 - OBJETIVO

- PLENÁRIA  - SINDICÂNCIA  - REPRESENTAÇÃO  - SIMPÓSIO / CONGRESSO  - OUTROS

10 - PORTARIAS

11 - ESPECIFICAR

12 - ORIGEM  13 - DESTINO  14 - PERÍODO  À  15 - QUANTIDADE DE DIÁRIAS

16 - DESLOCAMENTO

- AÉREO  - RODOVIÁRIO  - PRÓPRIO

**Em caso de deslocamento aéreo, juntar comprovante da emissão do bilhete aéreo.**

17 - VIAGEM EM FINAL DE SEMANA, FERIADO OU EM PERÍODO DIVERSO DO DETERMINADO PELA PORTARIA:

NÃO  SIM  JUSTIFICATIVA:

18 - OBSERVAÇÕES

**Declaro e dou fé, para os fins de direito, que as informações prestadas neste formulário são verdadeiras, sob as penas da Lei em vigor. E que é de minha inteira responsabilidade, no prazo de 05 (cinco) dias do retorno, apresentar os devidos comprovantes.**

19 - Requirante:

20 - Autorizador:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**cofen**  
conselho federal de enfermagem

**FORMULÁRIO II-B (ANEXO II DA RESOLUÇÃO COFEN Nº 740/2024)**

**RELATÓRIO DE VIAGEM**

NOME:	2. FUNÇÃO:
3. LOCAL VIAGEM:	4. DATA IDA: ____/____/_____ 5. DATA VOLTA: ____/____/_____
6. INSTITUIÇÕES/EVENTO VISITADOS:	
7. DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS:	
8. OBJETIVO:	

**9. DESCRIÇÃO SUCINTA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS:**

OBS: Anexo bilhete de passagens e/ou cartão de embarque: ida e volta

10. ASSINATURA:	11. DATA: ____/____/_____
12. VISTO DA UNIDADE RESPONSÁVEL	



**cofen**  
conselho federal de enfermagem

**FORMULÁRIO II-C (ANEXO II DA RESOLUÇÃO COFEN Nº 740/2024)**

**MODELO DE SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO EXPECIONAL PARA REALIZAÇÃO DE ATIVIDADES COM FINS DE REQUERIMENTO DE DIÁRIAS**

Nome:	
Cargo:	CPF:
Local de realização das atividades:	
Data de Início: ____/____/____	Data de Término: ____/____/____
Atividades a serem desenvolvidas:	
Instrumento de designação (número da Portaria, Número da Reunião Plenária e outros):	
Finalidade das atividades a serem desenvolvidas:	
Assinatura _____ Nome do Solicitante	Data: ____/____/____
Autorização _____ Presidente	Data: ____/____/____

**\* OBS: Este formulário deve ser utilizado somente na impossibilidade de apresentação de Portaria ou Convocatória (artigo 3º do Anexo II).**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_