|  |
| --- |
| Ministério da EducaçãoEmpresa Brasileira de Serviços Hospitalares **Hospital Universitário de Santa Maria** Gerência de Ensino e Pesquisa lg_EBSERH-PB_uso**Gabinete de projetos** |

Santa Maria, xx de xxxx de 201x.

Para: GaP do HUSM (escolher para quem se dirige o memorando)

Da: Indicar o Departamento que expediu o memorando

Formulo o presente documento, com a finalidade de solicitar a V. Sª. o pagamento/ressarcimento de Diárias e Passagens para participação (Informar evento conforme Folder), que ocorrerá no período de (Informar data completa de realização do evento, de acordo com Folder), em (Informar cidade do evento). O recurso é proveniente do (Informar Departamento ou Projeto e edital contemplado com recurso).

Dados Financeiros para pagamento:

Nome:

CPF:

Valor:

Banco: (Informar número e nome)

Agência: (Informar número)

Conta Corrente: (Informar número completo com digito verificador)

Se os dados bancários não forem do Banco do Brasil, é imprescindível que seja encaminhada uma cópia do cartão.

Atenciosamente,

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

Prof. (Informar NOME COMPLETO de quem assina)

Departamento: 04.xx - xxxx