**TERMO DE RENÚNCIA DE DIÁRIAS E/OU PASSAGENS**

Nos termos da Nota Informativa nº 421/2013/CGNOR/DENOP/SEGEP/MP, coadunada à Nota Técnica nº 11687/2018-MP a indenização com diárias, assim como as passagens, possui natureza jurídica patrimonial disponível, não havendo, portanto, impedimento jurídico para que haja renúncia pelo beneficiário quanto à sua percepção. A Universidade Federal de Santa Maria estabelece que, excepcionalmente, nos pedidas de afastamento do beneficiário para comparecimento em eventos e evidenciando-se o interesse da UFSM, de acordo com suas disponibilidades financeiro-orçamentárias, poderá aquele prescindir total ou parcialmente do direito à diária e/ou passage e garantir sua presença nesses eventos, buscando outros formas de atendimento a essas despesas, e até assumindo, ele próprio esse ônus.

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador do CPF nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, li e concord com os termos acima mencionados, e renuncio expressamente ao direito de receber integralmente ou parte das diárias, passagens e/ou ressarcimentos, tendo ciência que tal renúncia não afeta a subsistência desse direito para novos pedidos, da seguinte forma:

Período de viagem: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de diárias solicitadas: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de diárias renunciadas: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Passagens solicitadas: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Itinerário (ida/volta)

Passagens renunciadas: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Itinerário (ida e /ou volta)

Nome e assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SIAPE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Autorizado pela chefia (nome, assinatura e carimbo)Data: \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ |