|  |  |
| --- | --- |
| **ÓRGÃO EMITENTE:** | **<<ÓRGÃO>>** |
| **DESTINATÁRIO:** | **Diretoria de Controle de Pessoal e Folha de Pagamento da Secretaria de Administração** |

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO**

**Certifico** que procedi a minuciosa conferência de todas as alterações constantes nos relatórios de Auditoria da folha de pagamento da competência do mês de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2016, encaminhadas a esta unidade até a data de \_\_\_\_\_do mês de ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ não verifiquei o registro de inconsistências.

**Ciente** da responsabilidade decorrente de tal certificação, mormente em vista da possibilidade de propositura de ações de natureza administrativa, cível e/ou criminal para a eventual reparação de danos decorrentes de ação ou omissão, dolosa ou culposa, que resulte em prejuízo ao erário ou a terceiros, consoante artigo 140 e seguintes da Lei Estadual nº 1.818, de 23 de agosto de 2007, **AUTORIZO** a emissão da folha de pagamento deste Órgão/Entidade, alusiva à competência acima informada, ficando ao encargo por todos os dados nela constantes.

**DIRETORIA DE RECURSOS HUMANOS**, em Palmas, capital do Estado do Tocantins, aos dias do mês de de 2016.

**Nome do servidor**

Responsável pelo Setorial de Recursos Humanos

(Assinatura/Carimbo)

[[1]](#endnote-2) Cada órgão deverá adequar o documento ao *layout* da respectiva Pasta.

OBSERVAÇÃO: Estará disponível no sítio [www.secad.to.gov.br](http://www.secad.to.gov.br)

1. [↑](#endnote-ref-2)