|  |  |
| --- | --- |
| **ANEXO II** | |
| brazaobrasil  **CRMV-ES** | **REQUERIMENTO DE PASSAGENS E EMPENHO/PAGAMENTO DE RESSARCIMENTO DE DESPESA POR TRANSLADO EM VEÍCULO PRÓPRIO, DIÁRIA E VERBA DE REPRESENTAÇÃO**. |
|

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº Protocolo:** | | | | | Data: | | |
| **BENEFICIÁRIO** (Preenchimento obrigatório de todos os campos pelo requerente ou Unidade solicitante) | | | | | | | |
| Nome: | | | | | | | |
| Presidente ( ) Conselheiro ( ) Funcionário ( ) Colaborador ( ) | | | | | | | |
| CPF: | Email: | | | | | Tel: | |
| Endereço: | | | | | | | |
| Banco: Agência: Conta: Operação: | | | | | | | |
| Anuidade quite? *Sim ( ) Não( ) Não se aplica( )* | | | | | | | |
| Apresentou relatório do evento anterior?  *Sim( ) Não( ) Não se aplica( )* | | | | | | | |
| **EVENTO** (Preenchimento pelo requerente ou pela Unidade solicitante) | | | | | | | |
| Descrição: | | | | | | | |
| Data Início: | | | Hora: | Data Término: | | | Hora: |
| Justificativa: | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **OBJETO DO REQUERIMENTO** (Preenchimento pelo requerente ou Unidade solicitante) | | | | | | | |
| **( )** Passagem aérea ou terrestre | | Indicar trecho: | | | | | |
| **( )** Translado em veículo próprio | | Indicar trecho: | | | | | |
| Justificativa: | | | | | |
| **( )** Diária | | Indicar dias: | | | | | |
| **( )** Meia Diária | | Indicar horário: | | | | | |
| **( )** Verba de Representação | | Indicar dia: | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Solicitante**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Carimbo e Assinatura | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Data |

**DIÁRIA/VERBA DE REPRESENTAÇÃO** (Preenchimento pela Unidade Administrativa / Unidade Requisitante)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | |
| Tipo de requisição | | Quantidade: | Valor Unitário (R$): | **Valor Total (R$):** |
| Diária | Dentro do Estado do ES |  |  |  |
| Fora do Estado do ES |  |  |  |
| Verba de Representação | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
| Data limite para depósito: | | | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Responsável pelo preenchimento**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Carimbo e Assinatura Data | **Aprovação/Autorização de pagamento pela Presidência do CRMV-ES**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_  Carimbo e Assinatura Data |

**PASSAGENS/RESSARCIMENTO POR TRANSLADO EM VEÍCULO PROPRIO**

(Preenchimento pela Unidade Administrativa / Unidade Requisitante)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | | |
| Tipo de requisição | Quantidade: | Valor Unitário (R$): | **Valor Total (R$):** |
| Passagem |  |  |  |
| Translado (km) |  |  |  |

**OBS: A compra da passagem deverá priorizar a de menor preço, recaindo prioritariamente em percurso de menor duração e considerando o horário de início e de término e o período da participação do beneficiário no evento.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Responsável pelo preenchimento**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Carimbo e Assinatura Data | **Aprovação/Autorização de pagamento pela Presidência do CRMV-ES**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_  Carimbo e Assinatura Data |