|  |
| --- |
| **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  |