

ANEXO II

 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 PRÓPRIO

(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
--	---------------------------	--	---------------------------