


**ANEXO II**

 <b>CRMV-ES</b>	<b>REQUERIMENTO DE PASSAGENS E EMPENHO/PAGAMENTO DE RESSARCIMENTO DE DESPESA POR TRANSLADO EM VEÍCULO PRÓPRIO, DIÁRIA E VERBA DE REPRESENTAÇÃO.</b>
---	---

<b>Nº Protocolo:</b>	<b>Data:</b>
----------------------	--------------

**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:

<b>Solicitante</b>  _____ 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:	
----------------------------	--

<b>Responsável pelo preenchimento</b>  _____ Carimbo e Assinatura	_____/_____/_____ Data	<b>Aprovação/Autorização de pagamento pela Presidência do CRMV-ES</b>  _____ 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.

<b>Responsável pelo preenchimento</b>  _____ Carimbo e Assinatura	_____/_____/_____ Data	<b>Aprovação/Autorização de pagamento pela Presidência do CRMV-ES</b>  _____ Carimbo e Assinatura	_____/_____/_____ Data
--	---------------------------	--	---------------------------