**PRESTAÇÃO DE CONTAS**

Nº \_\_\_\_\_/20\_\_\_\_

***Beneficiado***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome do Servidor: | |  | | | CPF |  |
| Cargo |  | | Lotação |  | | |

*Viagem*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Saída | Dia: | Hora: |
| Chegada | Dia: | Hora: |
| Destino | Cidade: | Transporte: |

*Objetivo*

|  |
| --- |
|  |

*Composição*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Diárias | C/Pernoite | Qtde | S/Pernoite | Qtde | Total |
|  | R$ |  | R$ |  | R$ |

***Tipos de Despesas***

|  |  |
| --- | --- |
| DESPESAS | VALORES (R$) |
| Alimentação:  Almoço/Jantar Qtde:\_\_\_\_\_\_  Lanche Qtde:\_\_\_\_\_\_ |  |
| Combustível |  |
| Estacionamento |  |
| Hospedagem / Nº de Dias: |  |
| Passagens aérea: |  |
| Passagens rodoviária: |  |
| Pedágios |  |
| Outros: |  |
| **Total R$** |  |

***Ressarcimento***

|  |  |
| --- | --- |
| RESSARCIMENTO/INDENIZAÇÃO | VALOR (R$) |
| Sim Não |  |

***Valores a Restituir***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| RESTITUIÇÃO | VALOR (R$) | |
| Sim Não |  | |
| Banco | Agência | Conta Corrente |

**OBSERVAÇÕES:**

1 - O Beneficiário fica ciente de que deverá apresentar a(s) nota(s) de comprovação da viagem, com prazo máximo de 2 (dois) dias do retorno a sede, mediante o preenchimento e assinatura do relatório.

2 - Restituição acompanhada do comprovante de depósito efetuado em banco, agência e conta corrente da Prefeitura Municipal.

Bocaina do Sul, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 20\_\_\_\_.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Beneficiário(a)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ass. do Servidor(a) | Secretário(a) Municipal  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ass. do Secretário(a) | Prefeito(a) Municipal  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ass. do Prefeito(a) |

|  |
| --- |
| Visto: Controle Interno  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ass. do Controle Interno |