



Prefeitura Municipal de Bocaina do Sul/SC

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\$	

Tipos de Despesas

DESPESAS	VALORES (R\$)
Alimentação: Almoço/Jantar <input type="checkbox"/> Qtde: _____ Lanche <input type="checkbox"/> Qtde: _____	
Combustível	
Estacionamento	
Hospedagem / Nº de Dias:	
Passagens aérea:	
Passagens rodoviária:	
Pedágios	
Outros:	
Total R\$	



Prefeitura Municipal de Bocaina do Sul/SC

Ressarcimento

RESSARCIMENTO/INDENIZAÇÃO	VALOR (R\$)
Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	

Valores a Restituir

RESTITUIÇÃO	VALOR (R\$)	
Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
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)	Secretário(a) Municipal	Prefeito(a) Municipal
_____	_____	_____
Ass. do Servidor(a)	Ass. do Secretário(a)	Ass. do Prefeito(a)

Visto: Controle Interno

Ass. do Controle Interno