



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\$ | | 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