



☐ COLABORADOR EVENTUAL ☐ SERVIDOR OU CONVIDADO

Nº da PCDP:

PROCEDIMENTO DE CONCESSÃO DE DESPESAS DE DIÁRIA E PASSAGENS

Dados obrigatórios

NOME PROPOSTO:

RG:

CPF:

SIAPE:

E-MAIL:

TEL:

MOTIVO DA VIAGEM:

☐ A SERVIÇO ☐ CONVOCAÇÃO ☐ TREINAMENTO ☐ CONGRESSO ☐ ENCONTRO/SEMINÁRIO

PREENCHER CASO SEJA COLABORADOR EVENTUAL:

DADOS BANCÁRIOS:

Banco: _____ Ag.: _____ C/C.: _____

ESCOLARIDADE:

☐ NÍVEL SUPERIOR ☐ NÍVEL MÉDIO ☐ NÍVEL FUNDAMENTAL

DESCRIÇÃO DO MOTIVO DA VIAGEM, DATA E HORA DE INÍCIO E TÉRMINO DO EVENTO:

JUSTIFICATIVA

(Justificar quando o afastamento iniciar-se em sábados, domingos e feriados (2º, art 5º, Dec. 5.992/06) e quando a solicitação não for dentro do prazo mínimo de 10 dias de antecedência em caso de viagem com passagens aéreas (Art. 1º, Port. 505/09))

DATA/ HORA DE INÍCIO/TÉRMINO D EVENTO:

Data Inicial: ____/____/____ Horário: _____

Data Final: ____/____/____ Horário: _____

Irá trabalhar no dia de retorno do evento? ☐ sim ☐ não

ROTEIRO DA VIAGEM:

DATA	ORIGEM	UF	DATA	DESTINO	UF	TIPO DE TRANSPORTE

OBS.: Preencher trecho a trecho, informando o roteiro exato da viagem e o tipo de transporte utilizado. Ex: Sobral - Fortaleza, veículo oficial. Fortaleza - Brasília, transporte aéreo.

Parecer:

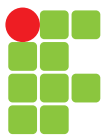
Diretor do Campus de Sobral ou
Resp. AÇÃO/PROJETO/PROGRAMA

Parecer da Chefia:

Chefia Imediata

Sobral, ____ de ____ de 201 ____

Assinatura do Proposto ou servidor solicitante



INSTITUTO FEDERAL
CEARÁ
Campus Sobral

INSTITUTO FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS SOBRAL

Av. Dr. Guarani, nº 317, bairro Derby Clube. CEP: 62042-030. Sobral-CE.
Telefone: (88) 3112.8100 | www.sobral.ifce.edu.br

Declaro que foram oferecidos a mim os meios de deslocamentos logísticos para esta viagem (passagens, veículo oficial), conforme Art. 58º da Lei nº 8.112/90 e Portaria 505 de 29/12/2009, no entanto declino dessas opções e assumo as responsabilidades e custos deste deslocamento.

Sobral, _____, de _____ de 20____

Assinatura do Servidor