FAMAR

FUNDAÇÃO DE APOIO À
FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA E AO HOSPITAL
DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA

Rua Marrey Júnior, nº 162, Bairro Fragata, Marília (SP),
CEP: 17.519-010 Tel: (14) 3434-4110
CNPJ: 09.161.265/0001-46

REQUISIÇÃO DE TRANSPORTE E DIÁRIAS A SERVIÇO – R.T. Nº _____/_____	DATA:	PROTOCOLO Nº:

NOME:	RG Nº:
BANCO: AGÊNCIA: Nº CONTA:	
LOCAL DE TRABALHO: / CENTRO DE CUSTO:	CARGO:

(1) MOTIVO DA VIAGEM:

(2) DESTINO:	IDA E VOLTA: km.
(3) SAÍDA PREVISTA:	DURAÇÃO PREVISTA: horas

TRANSPORTE:

IDA ◯ ÔNIBUS ◯ ÔNIBUS SEMI LEITO ◯ ÔNIBUS LEITO ◯ VEÍCULO OFICIAL ◯ VEÍCULO PRÓPRIO ◯ _____

VOLTA ◯ ÔNIBUS ◯ ÔNIBUS SEMI LEITO ◯ ÔNIBUS LEITO ◯ VEÍCULO OFICIAL ◯ VEÍCULO PRÓPRIO ◯ _____

(4) PERNOITE HOTEL: ◯ Sim. Quantidade de dias: _____ ◯ Não (5) PROCESSO DE LICITAÇÃO: ◯ Sim ◯ Não

ASSINATURA DO REQUISITANTE:	ASSINATURA DO SUPERIOR HIERÁRQUICO:
_____	_____

LEGENDA:
(1) Registrar o motivo do deslocamento (treinamento, reunião etc.). Anexar programação, quando houver.
(2) Registrar o nome do Município de destino.
(3) Registrar dia e hora em que está prevista a saída.
(4) Registrar a duração total de horas previstas para o cumprimento das atividades.
(5) Registrar se a requisição da hospedagem está em processo de licitação pelo Setor de Compras (conforme item 3.1 – O.S nº 02/2019).

RECIBO DE ADIANTAMENTO:

I – Diária(s):	II – Hospedagem:	III – Transporte:	Outros (Especificar):	IV – Total do Adiantamento:
R$ _____	R$ _____	R$ _____	R$ _____	R$ _____

Nº AP	**Despesa**	**Convênio nº**	**Autarquia Apoiada**
	Diária		_____ RESPONSÁVEL PELA AUTORIZAÇÃO
	Adiantamento Despesas		

_____
RESPONSÁVEL PELA AUTORIZAÇÃO

1-) O beneficiário deverá prestar contas dos valores especificados nos itens II e III até no máximo 5 (cinco) dias úteis contados do retorno da viagem sob pena de ter esses valores debitados em Folha de Pagamento como adiantamento salarial.
2-) Quando o meio de transporte for veículo próprio, será repassado o valor correspondente a um consumo de 10 km/l e um adicional de 20% sobre o valor apurado, a título de gastos com depreciação do veículo.

Marília (SP), _____
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

O comprovante de Depósito/Transferência entre Contas quita a presente Requisição de Transporte e Diárias a Serviço.