



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: _____	CPF 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 - Portaria nº 0084959780).

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		
	Adiantamento Despesas		_____ RESPONSÁVEL PELA AUTORIZAÇÃO

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.