**ANEXO I**

**PROPOSTA DE CONCESSÃO DE DIÁRIAS E/OU PASSAGENS**

**VIAGEM EM ÂMBITO NACIONAL/SERVIDOR PÚBLICO**

**PCDP Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (preenchimento exclusivo da administração)**

|  |
| --- |
| **Tipo de solicitação:** ( ) Diárias ( ) Passagens ( ) Diárias e Passagens |
| **Tipo de Concessão:** ( ) Inicial ( ) Prorrogação ( ) Emergencial |

**PROPOSTO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Servidor do IFMT  Assessor Especial  Acompanhante PNE  Dependente  Servidor de outro Órgão Federal  Contratado temporário/substituto  Servidor de outro Poder ou Esfera (Estado/Município/Distrito Federal) | | | | | | | | | | | | |
| **Nome:** | | | | | | | | **Telefone:** | | | | |
| **Cargo:** | | | **SIAPE:** | | | | | **CPF:** | | | | |
| **Lotação:** | | | | | | | | | | | | |
| **E-mail:** | | | | | | | | | | | | |
| **OBJETIVO/MOTIVO DA VIAGEM** (Anexar a este os documentos que comprovem o deslocamento, tais como: convites, convocações, programações, folders e outros)**:** | | | | | | | | | | | | |
| **Origem** | **Destino** | | | **Saída** | | | | | **Retorno** | | | |
| **Data** | | | **Horário** | | **Data** | | | **Horário** |
|  |  | | |  | | |  | |  | | |  |
|  |  | | |  | | |  | |  | | |  |
|  |  | | |  | | |  | |  | | |  |
|  |  | | |  | | |  | |  | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | |
| Data do início do evento/missão: | |  | | | | Horário de início: | | | | |  | |
| Data do término do evento/missão: | |  | | | | Horário do término: | | | | |  | |
| Viagem em grupo com mais de 10 (dez) pessoas? | | | | | | | | | | ( ) Sim ( ) Não | | |
| Na data de partida da viagem o proposto irá se deslocar até a sede (local de trabalho)? | | | | | | | | | | ( ) Sim ( ) Não | | |
| Na data de retorno da viagem o proposto irá se deslocar até a sede (local de trabalho)? | | | | | | | | | | ( ) Sim ( ) Não | | |
| A entidade organizadora do evento/missão oferecerá: | | | | | ( ) Alimentação ( ) Hospedagem  ( ) Transporte ( ) Nenhuma das opções | | | | | | | |
| Caso seja servidor de outro Poder ou Esfera (Estado/Município/Distrito Federal), informar:  Valor mensal do auxílio-alimentação: R$ \_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_ Valor mensal do auxílio-transporte: R$ \_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | |
| **Justificativa** (caso a viagem inicie sexta-feira ou inclua sábado, domingo e feriado; ou caso a viagem seja de urgência (solicitaçãomenor que 15 (quinze) dias da datado afastamento); ou superior a 10 (dez) dias contínuos; ou viagem em grupo com mais de 10 (dez) pessoas; ou caso o proposto tenha ultrapassado o limite de 40 (quarenta) diárias no ano). | | | | | | | | | | | | |
| **Meio de Transporte:** ( ) Próprio ( ) Veículo da Instituição ( ) Aéreo ( ) Rodoviário/Terrestre  Obs.: Caso necessite de veículo da instituição, o mesmo deverá ser solicitado na Seção de Transporte, mediante formulário próprio. | | | | | | | | | | | | |
| **OBS:** Estou ciente de que devo apresentar à Administração a prestação de contas **até o 5º (quinto) dia** após o retorno ao local de origem, sob pena de devolução ao erário e do impedimento de nova concessão de diárias e/ou passagens.  Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_  Assinatura do Proposto | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **Autorização da Chefia Imediata** |
| **DE ACORDO:** ( ) Sim ( ) Não |
| Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_  Carimbo e Assinatura da Chefia Imediata |