**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/TerrestreObs.: 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 |