



Nº PCDP:

| | |
|-----------------|-------|
| Protocolo Geral | |
| Nº: | Data: |
| Recebido: | |

| | | | | | | | |
|---|--|---------|------------------|------|--|-------------------|-----------------|
| DADOS DO SOLICITANTE | Setor solicitante: | | | | Data da Solicitação: | | |
| | Tipo de Solicitação: <input type="checkbox"/> Passagem <input type="checkbox"/> Diárias <input type="checkbox"/> Complementação | | | | Período do deslocamento: | | |
| | Objetivo do deslocamento: | | | | | | |
| | Justificativa de Urgência, finais de semana ou feriados: | | | | | | |
| | OBSERVAÇÕES: O prazo mínimo para a solicitação tramitar no Sistema de Controle de Diárias e Passagens é de 15 dias úteis antes da data do deslocamento. | | | | | | |
| DADOS DO INTERESSADO | Nome: | | | | | | |
| | RG: | | CPF: | | <input type="checkbox"/> Servidor do Estado <input type="checkbox"/> Terceiros | | |
| | E-mail: | | | | Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino | | |
| | Telefone: | | | | | | |
| | Cargo/Função/Emprego: | | | | Vínculo/Órgão de Origem: | | |
| | Dados Bancários: | | Agência | | Cidade/Estado do Banco: | | |
| | Banco: | | Conta Corrente: | | | | |
| OBS: Dados incorretos são de responsabilidade do interessado. | | | | | | | |
| DECLARAÇÃO | Estou ciente de que a não prestação de contas das diárias e passagens no prazo de 10 (dez) dias úteis após o retorno ensejará em ressarcimento total dos valores pagos, conforme Lei Estadual 1762 de 14/11/1996 e Art. 17, do Decreto nº 40.691, de 16/5/2019. Autorizo o desconto em folha de pagamento, caso seja servidor, ou tenho conhecimento que serei inscrito na Dívida Ativa do Estado, no caso de não servidor. | | | | | | |
| | _____ Servidor/Colaborador | | | | | | |
| DADOS DO DESLOCAMENTO | Itinerário: | | Localizador: | | Tipo da diária: <input type="checkbox"/> No Estado <input type="checkbox"/> Fora do Estado <input type="checkbox"/> Continente Americano <input type="checkbox"/> Outros países | | |
| | Qtde de Diárias: Total de Diárias: R\$ _____ | | | | | | |
| | Meio de Transporte: <input type="checkbox"/> Aéreo <input type="checkbox"/> Terrestre <input type="checkbox"/> Fluvial <input type="checkbox"/> Outro (sem ônus, especificar): | | | | | | |
| | Data | Horário | Cidade de Origem | Data | Horário | Cidade de Destino | Valor do Trecho |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| Valor total do deslocamento (Diárias + Passagens): | | | | | | | |
| Obs.: 1-Quando a passagem for custeada por outra entidade faz-se necessário preencher o campo data/hora e localizador, se for aéreo e, quem irá custear as despesas; | | | | | | | |
| Informo que em relação à prestação de contas de relatório(s) de viagem(ns) anterior(es), o(s) nominado(s) se encontra(m) <input type="checkbox"/> Apto(s) <input type="checkbox"/> Inapto(s) | | | | | | | |
| USO EXCLUSIVO DO ÓRGÃO | Fonte de Recurso: | | | | Programa de Trabalho: | | |
| | | | | | | | |
| AUTORIZAÇÃO | Data: | | | | Data: | | |
| | _____ (Titular do órgão interessado no deslocamento) | | | | _____ (Assinatura do servidor designado, conforme previsões contidas no Art. 4º, do Decreto nº 40.691, de 16/5/2019. | | |