|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **ANEXO V****RELATÓRIO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS DE VISITA TÉCNICA**

|  |
| --- |
| **1. SOLICITANTE** |
| NOME: |
| CPF: | SIAPE: |
| Endereço eletrônico:  | Telefone: |
| ( ) Docente ( ) Técnico administrativo  |
| **2. LOCAL DE EXECUÇÃO** |
| Local de Saída:End. Completo: |
| Local de Destino:End. Completo: |
| Quilometragem Percorrida até o Retorno da Viagem: |
| Teve percurso em estradas de terra: ( ) Sim ( ) Não – Caso sim quantos Km:  |

 |  |
|

|  |  |
| --- | --- |
| Data de início: Horário:  | Data de término: Horário: |

 |  |
| DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES REALIZADAS DURANTE A VISITA TÉCNICA E APRESENTAÇÃO DA AVALIAÇÃO DO CUMPRIMENTO DOS OBJETIVOS ESTABELECIDOS |  |
| **DATA** | ATIVIDADES |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |
| Data: \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ | Aprovado:Data: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura do Professor | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura do Coordenador do Curso |  |

**ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA**

**O** **INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE MATO GROSSO – Campus Várzea Grande,** com sede na Avenida Tiradentes, nº 1300, Bairro Jardim Manaíra, Várzea Grande/MT, CEP – 78.156-212, **ATESTA**, para os devidos fins, que a empresa GENESIS BUS AGÊNCIA DE VIAGENS E TURISMO LTDA EPP CNPJ n.06.041.564/0001-59, com sede na Rua 15, quadra 15, lote 33, bairro altos do Coxipo, Cuiabá/MT, o qual:

|  |
| --- |
| **Estou Satisfeito com o Serviço de Ônibus prestado pela GÊNESIS BUS?** |
| * Discordo Totalmente
 |
| * Discordo Parcialmente
 |
| * Não Concordo, nem Discordo
 |
| * Concordo Parcialmente
 |
| * Concordo Totalmente
 |

|  |
| --- |
| Críticas/Sugestão: |

Várzea Grande,\_\_\_\_de\_\_\_ de 2019.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ASSINATURA/Nº MATRÍCULA SIAPE

|  |
| --- |
| **LISTA DE FREQUÊNCIA (obrigatório)** |
| **Local da visita:** **Data:**  |
| **Nº** | **NOME** | **ASSINATURA** |
| 01 |  |  |
| 02 |  |  |
| 03 |  |  |
| 04 |  |  |
| 05 |  |  |
| 06 |  |  |
| 07 |  |  |
| 08 |  |  |
| 09 |  |  |
| 10 |  |  |
| 11 |  |  |
| 12 |  |  |
| 13 |  |  |
| 14 |  |  |
| 15 |  |  |
| 16 |  |  |
| 17 |  |  |
| 18 |  |  |
| 19 |  |  |
| 20 |  |  |
| 21 |  |  |
| 22 |  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura do Responsável / Nº da Matricula SIAPE |