



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MEC – SETEC
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE MATO GROSSO
CAMPUS VÁRZEA GRANDE
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					
<input type="checkbox"/> Servidor do IFMT		<input type="checkbox"/> Assessor Especial		<input type="checkbox"/> Acompanhante PNE	
<input type="checkbox"/> Servidor de outro Órgão Federal		<input type="checkbox"/> Contratado temporário/substituto		<input type="checkbox"/> Dependente	
<input type="checkbox"/> Servidor de outro Poder ou Esfera (Estado/Município/Distrito Federal)					
Nome:			Telefone: ()		
Cargo:		SIAPE:		CPF:	
Lotação:					
E-mail:					
Nome da Mãe:					
Data Nascimento:			Banco:		
Agência:			C/C:		
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 (solicitação menor que 15 (quinze) dias da data do 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					