|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **RELATÓRIO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS** | | **No PCDP** |  |
| **DADOS DO BENEFICIÁRIO** | | | |
| **Nome completo:** | xxxx | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **A viagem foi realizada?** | | | |
| Sim ( ) | Não ( ) | Justificativa: |  |

|  |
| --- |
| **Entre com justificativa para prestação de contas fora do prazo\*** |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TIPO DE SOLICITAÇÃO/COMPROVANTES** | | |
| **Diária/hotel/restaurante** | **Passagem rodoviária** | **Passagem aérea** |
| **Anexar comprovante de participação do evento (atestado ou certificado).**  **Obs.: No caso da falta de atestado ou certificado anexar comprovante de despesa com relatório de viagem.** | **Anexar bilhetes** | **Anexar bilhetes** |

|  |
| --- |
| **DESCRIÇÃO SUCINTA DAS ATIVIDADES REALIZADAS** |
|  |

\*APRESENTAR AO SETOR RESPONSÁVEL NO PRAZO MÁXIMO DE 05 (CINCO) DIAS ÚTEIS APÓS O RETORNO À SEDE.

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| Nome/SIAPE ou Carimbo  Responsável pela solicitação | **Data da entrega** |