**Formulário de Solicitação de Passagem**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dados**  **Pessoais** | **Nome:** | | | | | | | |
| **RG/órgão Exp:** | | **Sexo:**  **M ( ) F ( )** | | | **CPF:** | | |
| **Data de Nascimento:** | | | | | | | |
| **End. Residencial:** | | | | | | | |
| **Bairro:** | | **Cidade:** | | | | | **UF:** |
| **CEP:** | **TEL:** | | | **FAX:** | | | |
| **CEL:** | **E-mail:** | | | | | | |
| **Especificar caso tenha necessidades especiais:** | | | | | | | |
| **Dados Bancários** | **Nome/nº do Banco:** | | **Agência:** | | | | **Conta Corrente:** | |
|  | |  | | | |  | |
| **Dados do Evento** | **Evento:**  **XXXIII CONGRESSO NACIONAL DE SMS** | | | | | | | |
| **Data de início:**  **12/07/2017** | | | **Hora de Início:**  **14h** | | | | |
| **Data de Encerramento:**  **15/07/2017** | | | **Hora de Encerramento:**  **12h** | | | | |
| **Local:**  **BRASÍLIA/DF** | | | | | | | |
| **Objetivo da Viagem:**  **PARTICIPAR DO XXXIII CONGRESSO NACIONAL DE SMS** | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | |

**ATENÇÃO É IMPORTANTE A LEITURA DESSE ARTIGO**

**Em consonância à política de viagem praticada pela instituição, ao preencher e enviar este Formulário de Solicitação emissão de bilhetes de Passagens, o solicitante acima identificado declara estar ciente que o CONASEMS/COSEMS-RN estará realizando todas as despesas e demais procedimentos no intuito de garantir a sua presença na atividade informada, e que desta maneira, sua participação implicará a necessidade de devolução dos cartões de embarque utilizados juntamente com o Relatório de Viagem, em atenção ao disposto na Deliberação de Passagens e Diárias, segundo a qual, todo aquele que receber passagens ou que lhe forem ordenadas diárias em função de deslocamento custeado pelo CONASEMS, deverá comprovar em até 10 dias a efetiva realização da viagem e o cumprimento dos objetivos que motivaram o deslocamento, ou no impedimento disso, justificar a sua ausência, sob pena de ficar impedido de ter novas solicitações atendidas enquanto persistir a situação de inadimplência, sem prejuízo da solicitação de devolução dos valores dispendidos, pela não apresentação ou caso as justificativas enviadas não sejam aceitas.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dados do Voo** | **Providenciar:**  **( X ) Passagem**  **( X ) Hospedagem**  **( ) Auxílio Transporte** | | | | | | | | | |
| **Data** | | | **Origem** | **Destino** | | **Saída** | **Cheg.** | | **N.º Voo** |
| Ida | | 12/07 |  |  | |  |  | |  |
| Volta | | 15/07 |  |  | |  |  | |  |
|  | |  |  |  | |  |  | |  |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **Para uso exclusivo do CONASEMS** | | **Fonte Pagadora (N.º Convênio):** | | | | | | | | |
| **Valor da Passagem / PTA:** | | | | | | | | |
| **Valor total das diárias:** | | | | **Grupo/Cat.:** | | | | |
| **Localizador:** | | | | | | | | |
| **Esta Solicitação deverá ser preenchida e devolvida ao contato abaixo:** | | | | | | | | |
| **Contato: Abadia Araújo** | | | | | | | | |
| **Fone/Fax: (61) 3223-0155 Ramal 22** | | | | | | | | |
| **E-mail:** [**passagens@conasems.org.br**](mailto:passagens@conasems.org.br) | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **Autorização do CONASEMS** | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | **Data:**  **/ /** | |
| **Carimbo e Assinatura** | | | | | | | | |