**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** |
|  |
| **Autorização do CONASEMS** |
|  | **Data:** **/ /** |
| **Carimbo e Assinatura** |