## RELATÓRIO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS DE PASSAGEM AÉREA - INDIVIDUAL

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **BENEFICIÁRIO** | | | | |
| * 1. Nome: | | | | |
| * 1. Posto ou Graduação: | | | * 1. Unidade BM: | |
| * 1. CPF: | | | * 1. MF: | |
| 1. **INFORMAÇÕES SOBRE A VIAGEM** | | | | |
| 2.1. Localidade: BHZ - BELO HORIZONTE – MG (*AEROPORTO - CIDADE - ESTADO*) | | | | |
| 2.2 Data: | Saída: *(DATA - HORA)* | | | |
| Retorno: *(DATA - HORA)* | | | |
| 2.3 Motivo do deslocamento: | | | | |
| **OBS¹: Deverão estar anexadas a este relatório, cópias legíveis dos cartões de embarque dos trechos solicitados para emissão de passagem.** | | | | |
| 1. **DESCRIÇÃO SUCINTA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS** | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| 1. **DA RESTITUIÇÃO DOS VALORES GASTOS EM PASSAGEM** | | | | |
| 4.1 O embarque da viagem foi realizado (sim/não): | | | | |
| **OBS²:** Caso não tiver ocorrido o embarque o beneficiário deverá entrar em contato com o Fiscal do contrato, no prazo de CINCO DIAS a contar do término do último trecho emitido, a fim de que o Fiscal informe os valores para devolução do valor de passagem emitida, salvo motivo justificado (dispensa médica, cancelamento da viagem pela companhia aérea ou pela Instituição, entre outros). | | | | |
| 1. **DADOS BANCÁRIOS DO CBMPA PARA RESTITUIÇÃO** | | | | |
| Banco: Banpará (037) | | Agência: 00015 | | Conta Corrente: 188038-1 |
| **OBS³: Anexar comprovante de devolução.** | | | | |

*(Assinatura Digital)*

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

NOME COMPLETO DO MILITAR – POSTO/GRADUAÇÃO

**ANEXO I - COMPROVANTE DE EMBARQUE/DEVOLUÇÃO**

***ANEXAR COMPROVANTE DE EMBARQUE/DEVOLUÇÃO.***