**CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO PARÁ E**

**COORDENADORIA ESTADUAL DE DEFESA CIVIL**

**QUARTEL DO COMANDO-GERAL**

## RELATÓRIO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS DE PASSAGEM AÉREA

| 1. **BENEFICIÁRIO**
 |
| --- |
| * 1. Nome:
 |
| * 1. Posto ou Graduação:
 | * 1. Unidade BM:
 |
| * 1. CPF:
 | * 1. MF:
 |
| 1. **INFORMAÇÕES SOBRE A VIAGEM**
 |
| * 1. Localidade:
 |
| * 1. Data:
 | Saída: dia\_\_\_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_ / às\_\_\_\_\_\_h\_\_\_\_\_\_min |
| Retorno: dia\_\_\_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_ / às\_\_\_\_\_\_h\_\_\_\_\_\_min |
| * 1. Motivo do deslocamento:
 |
| OBS: Deverão estar anexadas a este relatório, cópias legíveis dos cartões de embarque dos trechos solicitados para emissão de passagem, ou cópias legíveis dos certificados ou comprovantes de frequência, nos afastamentos para participação em cursos, seminários ou assemelhados. |
| 1. **DESCRIÇÃO SUCINTA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS**
 |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 1. **DA RESTITUIÇÃO DOS VALORES GASTOS EM PASSAGEM**
 |
| * 1. O embarque da viagem foi realizado (sim/não):
 |
| OBS: 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 PARA RESTITUIÇÃO**
 |
| Banco: Banpará (037) | Agência: 00015 | Conta Corrente: 188038-1 |
| OBS: Anexar comprovante de devolução. |

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

Nome Completo – Posto/Graduação