CI UENF/ Nº /20xx Campos dos Goytacazes de 20xx.

De:

Para:

Senhor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Submeto à apreciação de V.Sª o pedido de **CONCESSÃO DE HOSPEDAGEM** conforme abaixo discriminado.

**DADOS DO USUÁRIO**

Nome Completo:

RG: CPF: Telefone:

E-mail:

Nome Completo:

RG: CPF: Telefone:

E-mail:

Nome Completo:

RG: CPF: Telefone:

E-mail:

**FUNCIONÁRIO DA UNIDADE/ÓRGÃO PARA CONTATO**

Nome Completo:

E-mail:

Setor: Telefone:

**SOLICITAÇÕES** (Marque a solicitação com um “X”)

**TIPO DE QUARTO (com café da manhã)**

( ) SINGLE ( ) DUPLO ( )TRIPLO

**DATA DE ENTRADA:**

**DATA DE SAÍDA:**

**JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**:

**FONTE DE RECURSO:**

 FONTE 00

 CONVÊNIO NOME: FONTE DETALHADA:

**IMPORTANTE:**

\*Todos os campos são de preenchimento obrigatório.

\*Check-in a partir das 14:00h / check-out até às 12:00h.

\*Encaminhar o formulário com **até 25 dias** antes do início da hospedagem.

\*Em caso de **cancelamento**, comunicar à GCOM com no **máximo** **02 dias de antecedência**, sob pena de a reserva ser cobrada, mesmo sem utilização.

\*O pedido de cancelamento deve ter a justificativa e **anuência prévia** do ordenador de despesa (autoridade competente).

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ASSINATURA DO CHEFE IMEDIATO ASSINATURA DO DIRETOR DO CENTRO

**USO EXCLUSIVO DO ORDENADOR DE DESPESA**

( ) **AUTORIZADO**

( ) **NÃO AUTORIZADO** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ASSINATURA DA AUTORIDADE COMPETENTE**