**\_\_\_\_\_Termo de Responsabilidade de Pagamento de Viagem a Terceiro\_\_\_\_**

Por meio deste termo, solicito a autorização para a realização de viagem e o ressarcimento dos gastos homologados no PO\_FIN\_05 para terceiro que não possui vínculo empregatício com a Spal Industria Brasileira de Bebidas S/A.

Abaixo informações sobre o motivo da viagem, Requisitante e beneficiário:

|  |
| --- |
| **Requisitante:**  |
| **Gestor Responsável:**  |
| **Unidade:**  |
| **Beneficiário:**  |
| **Empresa:**  |
| **A pessoa beneficiada é PPE:** [ ]  **NÃO** [ ]  **SIM** |
| **Cargo (Caso PPE aplicável):**  |
| **Órgão Público e/ou Empresa (Caso PPE aplicável):**  |
| **Justificativa Solicitação:**  |
| **Data Viagem:** **Partida:** Clique ou toque aqui para inserir uma data.**Retorno:** Clique ou toque aqui para inserir uma data. |
| **Diretor(a) para Aprovação:**  |
| **Aprovação Diretor via:** [ ]  **E-Mail:** [ ]  **Assinatura:** |
| **Observação:**  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , Clique ou toque aqui para inserir uma data.

(Localidade, Data)

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

Assinatura do Gestor Requisitante

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

Assinatura do Diretor