 **REQUISIÇÃO DE RESERVA DE HOTEL - FCM**

|  |  |
| --- | --- |
| **DEPARTAMENTO/ORGÃO** | **DATA** |
| **NOME DA PESSOA PARA ACOMPANHAR A AQUISIÇÃO** |
| **E-MAIL** | **RAMAL/CELULAR** |
| **JUSTIFICATIVA QUE COMPROVE O INTERESSE DA INSTITUIÇÃO NA AUTORIZAÇÃO DO GASTO COM A RESERVA** |
| **DADOS DA HOSPEDAGEM** |
| **DATA DO CHECK IN :** | **HORÁRIO:** |
| **DATA DO CHECK OUT:** | **HORÁRIO:** |
| **TIPO DE APARTAMENTO****SOLTEIRO ( X )**  |
| **DESPESAS A SEREM FATURADAS**SOMENTE AS DIÁRIAS\*( ) CAFÉ DA MANHÃ\*( ) ALMOÇO\*( ) JANTAR\*( ) \* despesas referentes ao consumo de bebidas alcoólicas, frigobar, cigarros e telefonia, deverão ser pagas pelo próprio hóspede. |
| **FORMA DE PAGAMENTO****UNIDADE PAGA ( )**  |
| **OBSERVAÇÕES** |
| **AUTORIZAÇÃO DA DESPESA** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **AUTORIDADE COMPETENTE** |
| **TODOS OS CAMPOS SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** |