 **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** | | |