

NÚMERO DE AUTUAÇÃO NO SISTEMA CPR/SIIG

UNIDADE SOLICITANTE E FISCALIZADORA

PREENCHER E REMETER EM DUAS VIAS

Identificação - código

Localização

Responsável pela solicitação – Nome

Matrícula Telefones ()

Cargo/Função

EVENTO – características

Nome

Programa/Projeto

Município onde será realizado

Período de realização

Total de Participantes

Hospedagem – período utilização
Citando horário de chegada e de
saída dos hóspedes

Total de Hóspedes

OBSERVAÇÕES

**SERVIÇOS/FORNECIMENTOS QUE
SOLICITA (Informe as
quantidades)**

HOSPEDAGEM	CÓDIGO	ALIMENTOS & BEBIDAS	CÓDIGO
AP INDIV c/ café manhã	01.01.200.001	ALMOÇO	01.02.300.001
AP DUPLO c/ café manhã	01.01.200.002	JANTAR	01.02.300.002
AP TRIPLO c/ café manhã	01.01.200.003	LANCHE	01.02.300.003
AP QUADPL c/ café manhã	01.01.200.004		

ESPAÇO PARA EVENTOS

ESPAÇO PARA EVENTOS	CÓDIGO		
20 lugares	01.03.400.020	200 lugares	01.03.400.200
50 lugares	01.03.400.050	250 lugares	01.03.400.250
100 lugares	01.03.400.100	300 lugares	01.03.400.300
150 lugares	01.03.400.150		

DOCUMENTOS ANEXOS A ESTA SOLITAÇÃO

Folhas

DOCUMENTOS ANEXOS A ESTA SOLITAÇÃO	Folhas

UNIDADE SOLICITANTE

Local, data e assinatura autorizada sob carimbo

--	--

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELA COMISSÃO PERMANENTE DE CREDENCIAMENTO

Comissão Permanente de Credenciamento

Data e assinatura

<p>A Comissão Permanente de Credenciamento recebe a presente solicitação para as providências devidas.</p>
