|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **OFÍCIO Nº** | | **Local (MA), de de** |
| **À FUNDAÇÃO SOUSÂNDRADE DE APOIO AO DESENVOLVIMENTO DA UFMA - FSADU** | | |
| **\* COORDENADOR(A):** | | |
| **\* FONE (S):** | **E-MAIL:** | |
| **\* PROJETO Nº** | **\* CONVÊNIO/CONTRATO Nº:** | |
| **\* TÍTULO:** | | |
| **\* ORGÃO FINANCIADOR:** | | |

|  |
| --- |
| **DESCRIÇÃO DA SOLICITAÇÃO** |
| Solicitamos providências necessárias para a contratação de empresa(s) especializada(s) para locação de veiculo(s) abaixo especificada(s), cuja despesa deverá ser deduzida do projeto indicado acima. Informamos que a solicitação está de acordo com o Plano de Trabalho/Proposta Técnica de Serviços. |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **VEÍCULO (S)** |  | COM MOTORISTA |  | SEM MOTORISTA |  | OUTRA (especificar) |

|  |
| --- |
|  |
| Assinatura do Coordenador do Programa/Projeto  Matrícula nº |

**TERMO DE REFERÊNCIA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **\* COORDENADOR**: | | | | |
| **\* FISCAL CONTRATO**: | | | | |
| **GESTOR DO PROJETO**: | | | | |
| **FONE (S)**: | | | **E-MAIL**: | |
| **\* PROJETO**: | **Nº**: | **\* TÍTULO**: | | |
| **\* CONVÊNIO/CONTRATO Nº**: | | | | **\* Nº DO OFÍCIO**: |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ESPECIFICAÇÃO DO VEÍCULO (S)** | **QTD DIÁRIAS** | **VLR. UNT.** | **VLR. TOTAL** | |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Preencher com os dados do(s) Motorista(s) que utilizará o(s) veículo(s), caso a locação seja com motorista:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOME:** | | FONE(S): |
| **CPF:** | CNH/Categoria: | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| RETIRADA | DATA/HORA: | DEVOLUÇÃO | DATA/HORA: |
| LOCAL: | LOCAL: |

|  |
| --- |
| **Observação**: |

Utilizar folha anexa, no mesmo padrão para o caso de quantitativo maior que consta nesta folha. Esse anexo também deverá conter a assinatura do Coordenador do Projeto.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Justificativa da Locação**: | | |
| **SUGESTÃO DE FORNECEDOR (ES) POR ITEM (PESSOA P/CONTATO/TELEFONE)** | |
|  | |
| **\* GARANTIA MÍNIMA** (informar a necessidade mínima de garantia do serviço) | |
|  | |
| **RECEBIMENTO E CRITÉRIO DE ACEITAÇÃO DO OBJETO** (quando necessário) | |
|  | |
| **\* LOCAL ONDE OS SERVIÇOS SERÃO REALIZADOS** | |
|  |
| **\* FORMA DE PAGAMENTO** |
|  |

|  |
| --- |
| **DISPOSIÇÕES GERAIS** |
|  |

|  |
| --- |
|  |
| **Assinatura do Coordenador do Programa/Projeto**  **Matrícula nº** |