

Anexo I

Anexo II

Termo de Visita

Ordem de Serviço nº:

Nome do (a) Servidor (a):

Unidade Administrativa:

Cargo:

Município Visitado:

Chegada ao Município: ____/____/____

Saída do Município:
____/____/____

Declaro, sob pena de responsabilização, que o (a) servidor (a) esteve neste Município nas datas informadas, realizando atividades funcionais.

Local:

Data: ____/____/____

Nome do Declarante

Assinatura do Declarante

Superintendência da Imprensa Oficial do Estado de Mato Grosso
Rua Júlio Domingos de Campos - Centro Político Administrativo | CEP 78050-970 | Cuiabá, MT

Código de autenticação: 4f51078b

Consulte a autenticidade do código acima em https://iomat.mt.gov.br/legislacao/diario_oficial/consultar