



PREFEITURA MUNICIPAL DE
NOVA SANTA BÁRBARA
ESTADO DO PARANÁ

E 470123
ps 08/03
no 974

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <u>Jose Wilson da Silva</u>	Cargo ou Função: <u>Motorista</u>
Órgão: <u>Secretaria Municipal de Saúde</u> Unidade Administrativa:	Nota de Empenho N°: Solicitação N°
DESPESA REALIZADA COM RECURSO DE ADIANTAMENTO RECEBIDO EM: ___/___/___	
NUMERO DA CORRESPONDENCIA INTERNA: _____	
TOTAL DO ADIANTAMENTO: _____	

DATA	DIÁRIA	TRANSPORTE	OUTROS	TOTAL
07/03/2023	40,00			40,00
08/03/2023	40,00			40,00
09/03/2023	40,00			40,00
11/03/2023	40,00			40,00
13/03/2023	40,00			40,00
15/03/2023	40,00			40,00
16/03/2023	40,00			40,00
17/03/2023	40,00			40,00
19/03/2023	40,00			40,00
21/03/2023	40,00			40,00
23/03/2023	40,00			40,00
31/03/2023	40,00			40,00
TOTAL	480,00			480,00
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				480,00

RESUMO DAS DESPESAS

Nome: <u>Jose Wilson da Silva</u> Assinatura do Funcionário ___/___/___	Nome: <u>[Assinatura]</u> Secretário	Nome: _____ Assinatura do Tesoureiro
--	--	--

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
07/03/2023	N.S.B.P. Kondrino CLSALLUS 330 Tatiana Felix Souza
08/03/2023	N.S.B.P. cornelio Hemedialice 336 Iubelia Bros
09/03/2023	N.S.B.P. cornelio RX 350 Agela maria matos
11/3/2023	N.S.B.P. Kondrino Amor Saude 369 João Esteve da Silva
13/03/2023	N.S.B.P. Kondrino Ultraclin 364 Neuzia Furtoso Gorb
15/03/2023	N.S.B.P. cornelio Dermato 382 Glauco Mario correa
16/03/2023	N.S.B.P. cornelio RX 396 Edson Branca Gomaras
17/03/2023	N.S.B.P. Santa Mariana cirurgia geral 403 Almir Daniel
19/03/2023	N.S.B.P. Arapongas Alto Nilza de Oliveira Nequero
21/03/2023	N.S.B.P. Kondrino TOMO 417 Jandira Vicente
23/03/2023	N.S.B.P. cornelio Otterino 438 Graide de Souza
31/03/2023	N.S.B.P. Kondrino ICL 478 Maria de Lourdes Athais



PREFEITURA MUNICIPAL DE
NOVA SANTA BÁRBARA
ESTADO DO PARANÁ

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <u>Jose Wilson da Silva</u>	Cargo ou Função: <u>Notarista</u>
Órgão: <u>Secretaria Municipal de Saúde</u> Unidade Administrativa:	Nota de Empenho N°: Solicitação N°
DESPESA REALIZADA COM RECURSO DE ADIANTAMENTO RECEBIDO EM: ___/___/___	
NUMERO DA CORRESPONDENCIA INTERNA: _____	
TOTAL DO ADIANTAMENTO: _____	

DATA	DIÁRIA	TRANSPORTE	OUTROS	TOTAL
03/04/2023	40,00 °			40,00
04/04/2023	40,00 °			40,00
06/04/2023	40,00 °			40,00
08/04/2023	40,00 °			40,00
10/04/2023	40,00 °			40,00
11/04/2023	40,00 °			40,00
12/04/2023	40,00 °			40,00
14/04/2023	40,00 °			40,00
	<u>320,00</u>			<u>320,00</u>
TOTAL	<u>320,00</u>			<u>320,00</u>
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				<u>320,00</u>

RESUMO DAS DESPESAS

Nome: <u>Jose Wilson da Silva</u> Assinatura do Funcionário ___/___/___	Nome: <u>[Assinatura]</u> Secretário	Nome: _____ Assinatura do Tesoureiro
---	---	---

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
03/04/2023	N.S.B. Cornélio Hemodialise 483 Lúbelia Braz
04/04/2023	N.S.B. Londrina Cardio 491 Luz Ferreira
06/04/2023	N.S.B. Arapongas Cirurgia 496 Alina Braz
08/04/2023	N.S.B. Cornélio Alto-Genesis Isela
10/04/2023	N.S.B. Londrina Neuro 516 Maria-ines AR Barbosa
11/04/2023	N.S.B. Cornélio Cardio 525 Maria Helena Silva
12/04/2023	N.S.B. Cornélio Urologia 534 Adelaide B. Souza
14/04/2023	N.S.B. Londrina HONPAR 550 Família Cristina Teles