



**FUNDAÇÃO SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**  
**ANEXO V-B – PORTARIA Nº 265/2019**  
**RELATÓRIO DE DESPESAS DE PEDÁGIO, PASSAGENS URBANAS E INTERMUNICIPAIS.**

**BLOCO 1- DADOS DA CONTA CORRENTE**

1- FS/SIDES/				
2 - Período das despesas: De : ___ / ___ / ___ a ___ / ___ / ___			3 - Mês: _____	4 - Bimestre: ___ /
5 - Nome do Banco:	6 - N.º do Banco:	7 - Nome da agência:	8 - N.º da Agência:	9 - N.º da conta corrente:

**BLOCO 2- DADOS DAS DESPESAS REALIZADAS NO MÊS**

10 - Data	11 – Nome e Matrícula do Servidor/Beneficiário	12 - Cheque	13 - Rubrica	14 - Valor R\$	15 - Origem	16 - Destino	17 - Finalidade	18 - Tipo

**BLOCO 3 – AUTENTICAÇÕES**

19 – Ateste de Servidor, Nome e Matrícula:	20 – Local, data e assinatura:
21– Ateste de Servidor, Nome e Matrícula:	22 - Local, data e assinatura:
23 - Nome, matrícula, cargo do Gestor:	24 - Local, data e assinatura:
25 - Nome, cargo do Co-gestor:	26 - Local, data e assinatura:
27 - Nome, matrícula do servidor responsável pela Contabilidade da FS	28 - Local, data e assinatura:



**FUNDAÇÃO SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**  
**ANEXO V-B – PORTARIA Nº 265/2019**  
**RELATÓRIO DE DESPESAS DE PEDÁGIO, PASSAGENS URBANAS E INTERMUNICIPAIS.**

**INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO**

**OBJETIVO:** Demonstrar a utilização dos recursos provenientes de depósitos efetuados.

**OBSERVAÇÃO:** Esta Relação deverá ser feita mês a mês, logo ao final do bimestre haverá 2(duas) relações

**BLOCO 1 – DADOS DA CONTA CORRENTE**

**CAMPO 01 – TITULAR DA CONTA CORRENTE**

Informar o nome da Unidade Administrativa do Sistema de Descentralização de Recursos – SIDES, titular da conta bancária que abriga recursos provenientes de depósitos efetuados.

**CAMPO 2 – PERÍODO DAS DESPESAS**

Informar a data inicial e final, com o formato **dd/mm/aa**, sendo: dd-dia, mm-mês e aa-ano do período das despesas efetuado pela Unidade a que se refere a prestação de contas. Este período deverá coincidir com o bimestre a que se refere a prestação de contas.

**CAMPO 3 - MÊS**

Preencher com o mês a que se refere a relação das despesas efetuadas com recursos depositados.

**CAMPO 4 – BIMESTRE**

Mencionar o bimestre a que se refere a prestação de contas ( 1°, 2°, 3°, 4°, 5° ou 6°/ano)

**CAMPO 5 A 9 – NOME DO BANCO, Nº DO BANCO, NOME DA AGÊNCIA, Nº DA AGÊNCIA, Nº DA CONTA CORRENTE**

Mencionar o nome e número do banco, nome e número da agência e número da conta corrente onde é efetuado as despesas com recursos provenientes de depósitos efetuados.

**BLOCO 2 - DADOS DESPESAS REALIZADAS NO MÊS**

**CAMPO 10 – DATA**

Preencher com número seqüencial, ordem cronológica da despesa realizada.

**CAMPO 11 – NOME E MATRÍCULA DO SERVIDOR/BENEFICIÁRIO**

Preencher com o nome e matrícula do servidor/beneficiário que recebeu o recurso.

**CAMPO 12- CHEQUE**

Preencher com o nº do cheque

**CAMPO 13 - RUBRICA**

Rubrica do servidor/beneficiário que recebeu o recurso.

**CAMPOS 14 - VALOR**

Preencher o campo com o valor do recurso recebido.

**CAMPOS 15 - ORIGEM**

Preencher o campo com o local de origem do deslocamento.

**CAMPO 16 – DESTINO**

Preencher o campo com o local de destino do deslocamento.

**CAMPO 17 – FINALIDADE**

Preencher o campo com a finalidade do deslocamento.

**CAMPO 18 – TIPO**

Preencher o campo com o tipo de transporte utilizado no deslocamento (ônibus, metrô, etc.).



**FUNDAÇÃO SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**  
**ANEXO V-B – PORTARIA Nº 265/2019**  
***RELATÓRIO DE DESPESAS DE PEDÁGIO, PASSAGENS URBANAS E INTERMUNICIPAIS.***

**BLOCO 3 - AUTENTICAÇÕES**

**19 – ATESTE DO SERVIDOR, NOME E MARÍCULA**

Preencher com o nome completo do servidor responsável pelo ateste e sua respectiva matrícula.

**20 – LOCA, DATA E ASSINATURA**

Preencher com o nome do local, data e assinatura do Servidor que atestar a realização das despesas.

**21 – ATESTE DO SERVIDOR, NOME E MARÍCULA**

Preencher com o nome completo do servidor responsável pelo ateste e sua respectiva matrícula.

**22 – LOCA, DATA E ASSINATURA**

Preencher com o nome do local, data e assinatura do Servidor que atestar a realização das despesas.

**23 – NOME, MATRÍCULA, CARGO DO GESTOR**

Preencher com o nome completo do Gestor da Unidade, cargo e sua respectiva matrícula.

**24 - LOCAL, DATA E ASSINATURA**

Preencher com o nome do local e data em que foram inseridos e conferidos pelo Gestor da Unidade os dados do formulário e assinar.

**25 - NOME, CARGO DO CO-GESTOR**

Preencher com o nome completo do Co-Gestor da Unidade, cargo e sua respectiva matrícula.

**26 - LOCAL, DATA E ASSINATURA**

Preencher com o nome do local e data em que foram conferidos pelo Co-Gestor da Unidade os dados do formulário e assinar.

**27 – NOME, MATRÍCULA, CARGO DO SERVIDOR RESPONSÁVEL PELA ANÁLISE:**

Preencher com o nome completo do servidor responsável pela Contabilidade e pela análise da prestação de contas e sua respectiva matrícula da Fundação Saúde.

**28 - LOCAL, DATA E ASSINATURA**

Preencher com o nome do local e data em que foram conferidos os dados do formulário pelo servidor responsável pela Contabilidade e da prestação de contas e assinar.