

## Formulário de Reembolso

|   |                                    |             |
|---|------------------------------------|-------------|
| <b>Nome Completo Ex: José F. Santos</b> | <b>Missionário Ex: Elder Silva</b> | <b>Área</b> |
|   |                                    |             |

| <b>JUSTIFICATIVA</b>                   | <b>Descrever Datas, Referências e etc</b> | <b>Valor</b> |
|--|---|--------------|
| Transferência para <b>outra Cidade</b> |   |              |
| Transferência para <b>outra Cidade</b> |   |              |

**Total:** \_\_\_\_\_

|                                     |  |  |
|-------------------------------------|--|--|
| Entrevista Batismal em outra Cidade |  |  |
| Entrevista c/ Pres. em outra Cidade |  |  |
| Conferência em Outra Cidade         |  |  |
| Divisões com outra Cidade           |  |  |
| Conselho da Missão                  |  |  |
| Outros                              |  |  |

**Total:** \_\_\_\_\_

|                      |  |  |
|----------------------|--|--|
| Conta de Água        |  |  |
| Conta de Energia     |  |  |
| Conta de Gás Natural |  |  |
| Água Mineral         |  |  |
| Gás de Cozinha       |  |  |

**Total:** \_\_\_\_\_

|   |  |  |
|---|--|--|
| Utensílios, Movéis, Reparos e Concertos |  |  |
| Frete / Mudanças                        |  |  |

**Total:** \_\_\_\_\_

|                  |  |  |
|------------------|--|--|
| Condomínio       |  |  |
| IPTU             |  |  |
| Taxa de Incêndio |  |  |

**Total:** \_\_\_\_\_

|  |  |  |
|--|--|--|
| Carta Registrada (Reembolsos e Fichas) |  |  |
| Scanner/Fax de Fichas Batismais        |  |  |

**Total:** \_\_\_\_\_

| <b>Saúde - Autorizado Por:</b> _____ | <b>N° de Autorização:</b> _____    |              |
|--------------------------------------|------------------------------------|--------------|
| Nome do Medicamento                  | Nome do Missionário que o utilizou | <b>Valor</b> |
|                                      |                                    |              |
|                                      |                                    |              |

**OBS: Será reembolsado 80% do valor do medicamento** **Total** \_\_\_\_\_

**OBS 2: Os reembolsos de medicamentos só serão feitos com a devida autorização e seu respectivo número**

**OBS 3: LÍDERES, SÓ ASSINEM APÓS CHECAR CADA NOTA FISCAL E O VALOR TOTAL DO REEMBOLSO SOLICITADO!**

**Total Geral:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Missionário

\_\_\_\_\_  
Assinatura do LD ou LZ.

## Formulário de Reembolso

|   |                                    |             |
|---|------------------------------------|-------------|
| <b>Nome Completo Ex: José F. Santos</b> | <b>Missionário Ex: Elder Silva</b> | <b>Área</b> |
|   |                                    |             |

| <b>JUSTIFICATIVA</b>                   | <b>Descrever Datas, Referências e etc</b> | <b>Valor</b> |
|--|---|--------------|
| Transferência para <b>outra Cidade</b> |   |              |
| Transferência para <b>outra Cidade</b> |   |              |

**Total:** \_\_\_\_\_

|                                     |  |  |
|-------------------------------------|--|--|
| Entrevista Batismal em outra Cidade |  |  |
| Entrevista c/ Pres. em outra Cidade |  |  |
| Conferência em Outra Cidade         |  |  |
| Divisões com outra Cidade           |  |  |
| Conselho da Missão                  |  |  |
| Outros                              |  |  |

**Total:** \_\_\_\_\_

|                      |  |  |
|----------------------|--|--|
| Conta de Água        |  |  |
| Conta de Energia     |  |  |
| Conta de Gás Natural |  |  |
| Água Mineral         |  |  |
| Gás de Cozinha       |  |  |

**Total:** \_\_\_\_\_

|   |  |  |
|---|--|--|
| Utensílios, Movéis, Reparos e Concertos |  |  |
| Frete / Mudanças                        |  |  |

**Total:** \_\_\_\_\_

|                  |  |  |
|------------------|--|--|
| Condomínio       |  |  |
| IPTU             |  |  |
| Taxa de Incêndio |  |  |

**Total:** \_\_\_\_\_

|                                 |  |  |
|---------------------------------|--|--|
| Carta Registrada                |  |  |
| Scanner/Fax de Fichas Batismais |  |  |

**Total:** \_\_\_\_\_

| <b>Saúde - Autorizado Por:</b> _____ | <b>N° de Autorização:</b> _____    |              |
|--------------------------------------|------------------------------------|--------------|
| Nome do Medicamento                  | Nome do Missionário que o utilizou | <b>Valor</b> |
|                                      |                                    |              |
|                                      |                                    |              |

**OBS: Será reembolsado 80% do valor do medicamento** **Total** \_\_\_\_\_

**OBS 2: Os reembolsos de medicamentos só serão feitos com a devida autorização e seu respectivo número**

**OBS 3: LÍDERES, SÓ ASSINEM APÓS CHECAR CADA NOTA FISCAL E O VALOR TOTAL DO REEMBOLSO SOLICITADO!**

**Total Geral:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Missionário

\_\_\_\_\_  
Assinatura do LD ou LZ.