



PREFEITURA MUNICIPAL DE
NOVA SANTA BÁRBARA
ESTADO DO PARANÁ

DEMONSTRATIVO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS DE DIÁRIA

Funcionário: *Carlos Trindade*

Cargo ou Função: *Motorista*

Órgão: _____ Unidade: _____

Solicitação N° _____ Empenho N°: _____
Recebido em: _____ / _____ / _____

RESUMO DAS DESPESAS VIAGEM

Data Início	Hora início	Data Fim	Hora final	Motivo da viagem	Destino	Controle viagem	Valor
03/06/2023	06:40	03/06/2023	12:30	USG Climas	Assai	841/2023	40,00
05/06/2023	05:30	05/06/2023	15:00	Especialidades ICL	Londrina	843/2023	40,00
06/06/2023	03:00	07/06/2023	17:40	Especialidades	Campo Largo	850/2023	300,00
09/06/2023	03:00	09/06/2023	11:15	Hemodiálise	C. Procópio	869/2023	40,00
09/06/2023	11:15	09/06/2023	15:20	Alta Hospitalar	Londrina	Livro	-----
12/06/2023	03:00	12/06/2023	18:50	Especialidades	Campo Largo	893/2023	100,00
14/06/2023	05:30	14/06/2023	16:00	Especialidades	Londrina	897/2023	40,00
15/06/2023	11:30	15/06/2023	16:35	Raio X	C. Procópio	921/2023	40,00
16/06/2023	02:00	16/06/2023	14:40	Cirurgia otorrino	Curitiba	915/2023	100,00
19/06/2023	06:30	19/06/2023	15:40	Especialidades	C. Procópio	925/2023	40,00
20/06/2023	04:30	20/06/2023	07:50	Internamento Cirurgia HONPAR	Arapongas	934/2023	40,00
20/06/2023	08:30	20/06/2023	10:20	USG BR+	Assai	940/2023	-----
20/06/2023	11:00	20/06/2023	16:35	Especialidades	Londrina	936/2023	-----
21/06/2023	03:00	21/06/2023	09:00	Hemodiálise	C. Procópio	952/2023	20,00
TOTAL						-----	800,00

Carlos Trindade
Assinatura do Funcionário

[Signature]
Assinatura do Tesoureiro