



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: _____ Empenho N°: _____

Solicitação N° _____ Recebido em: _____

RESUMO DAS DESPESAS VIAGEM

Data Inicio	Hora inicio	Data Fim	Hora final	Motivo da viagem	Destino	Controle viagem	Valor
11/10/2023	14:00	12/10/2023	12:30	Levar paciente Edmara Vaz da Silva para realizar polissonografia.	Curitiba	1561/2023	200,00
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
TOTAL							200,00

Assinatura do Funcionário: *Carlos Trindade* _____

Assinatura do Tesoureiro: _____

E 3149 | 23
p8 16/10/23.



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO

LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 1561/2023

DESTINO:
CURITIBA

DATA:
11-10-23
12-10-23

SAÍDA:
14:00HRS 12:30

RESPONSÁVEL:
valeria

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	EDMARA VAZ DA SILVA	POLISSONOGRRAFIA		PEGAR NA CASA
2	ACOMP			
MOTORISTA	CARLOS TRINDADE			
VEICULO	CRONOS			