



PREFEITURA MUNICIPAL DE
NOVA SANTA BÁRBARA
ESTADO DO PARANÁ

E 3109/24
p8 29/10.

DEMONSTRATIVO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS DE DIÁRIA

Funcionário: Carlos Trindade

Cargo ou Função: Motorista

Órgão: _____

Unidade: _____

Solicitação Nº _____

Recebido em: _____

Empenho Nº: _____

RESUMO DAS DESPESAS VIAGEM

Data Inicio	Hora inicio	Data Fim	Hora final	Motivo da viagem	Destino	Controle viagem	Valor
24/10/2024	15:00	25/10/2024	18:00	Levar o paciente Jamil Raimundo dos Santos no Hospital Cajuru.	Curitiba	567/24	300,00
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
TOTAL							300,00

Assinatura do Funcionário: *Carlos Trindade*

Assinatura do Secretário: *Altair* 29/10/24

Assinatura do Tesoureiro: _____



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE – SETOR DE AGENDAMENTO

LISTA DE PASSAGEIROS – Controle de Viagem 567/24

DESTINO:
CURITIBA

DATA:
24-10-24
25-10-24

SAÍDA:
15:00 HRS

RESPONSÁVEL:
VALERIA

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	JAMIL RAIMUNDO DOS SANTOS	OTORRINO	HOSP CAJURU	PEGAR NA CASA
2	ACOMP			
MOTORISTA		CARLOS TRINDADE		
VEICULO		CRONOS		