



PREFEITURA MUNICIPAL DE
NOVA SANTA BÁRBARA
ESTADO DO PARANÁ

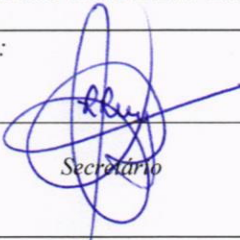
E 294/23
p8 09/02

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

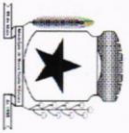
Funcionário: <i>Cicero Miguel de Lima</i>	Cargo ou Função: <i>Motorista</i>
Órgão: Secretaria Municipal de Saúde Unidade Administrativa:	Nota de Empenho N°: Solicitação N°
DESPESA REALIZADA COM RECURSO DE ADIANTAMENTO RECEBIDO EM: ___/___/___	
NUMERO DA CORRESPONDENCIA INTERNA: _____	
TOTAL DO ADIANTAMENTO: _____	

DATA	DIÁRIA	TRANSPORTE	OUTROS	TOTAL
07/02/2023	40,00			40,00
08/02/2023	40,00			40,00
09/02/2023	40,00			40,00
10/02/2023	40,00			40,00
13/02/2023	40,00			40,00
31/03/2023	40,00			40,00
TOTAL	<i>240,00</i>			240,00
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				

RESUMO DAS DESPESAS

Nome: <i>Cicero Miguel de Lima</i> Assinatura do Funcionário ___/___/___	Nome:  Secretário	Nome: _____ Assinatura do Tesoureiro
---	--	--

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
07/02/2023	NSB / Lutar paciente Assai HOSP. 3R+ saúde 183/2023 - Angela
08/02/2023	NSB / Santa Mariana HOSP. Janta Alice 193/2023 - Milena
09/02/2023	NSB / Cornélio HOSP. Cimop 204/2023 - Maria Ap.
10/02/2023	NSB / Cornélio HOSP. Hemodialise 222/2023 - Lúbelia
13/02/2023	NSB / Cornélio " Hemodialise 221/2023 - Lúbelia
31/02/2023	NSB / Londrina Buscar paciente na fisioterapia. Gilmar



PREFEITURA MUNICIPAL DE
NOVA SANTA BÁRBARA
ESTADO DO PARANÁ

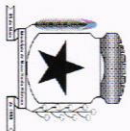
DEMONSTRATIVO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS DE DIÁRIA

Funcionário: Ciano Miguel da Silva Cargo ou Função: Motivista
Órgão: _____ Unidade: _____ Solicitação Nº: _____ Empenho Nº: _____
Recebido em: _____ / _____ / _____

RESUMO DAS DESPESAS VIAGEM

Data Inicio	Hora inicio	Data Fim	Hora final	Motivo da viagem	Destino	Controle viagem	Valor
03/04/2023	10 : 00	03/04/2023	16 : 10	duas pacientes no Odontograma	Cemilão	482/2023	40,00
04/04/2023	05 : 30	04/04/2023	20 : 18	duas pacientes na Clínica Sallus	Rondina	490/2023	40,00
05/04/2023	07 : 00	05/04/2023	12 : 30	duas pacientes no Climas	Araçá	499/2023	40,00
05/04/2023	13 : 00	05/04/2023	16 : 08	duas pacientes na BR + saúde	Araçá	499/2023	-
06/04/2023	06 : 30	06/04/2023	10 : 40	duas pacientes no CISONOP	Cemilão	507/2023	40,00
06/04/2023	11 : 30	06/04/2023	16 : 30	duas pacientes no CISONOP	Cemilão	507/2023	-
10/04/2023	10 : 30	10/04/2023	18 : 40	duas pacientes para fisioterapia	Rondina	517/2023	40,00
11/04/2023	10 : 30	11/04/2023	19 : 00	duas pacientes na Clínica Sallus e hosp. de olhos	Rondina	523/2023	40,00
12/04/2023	07 : 00	12/04/2023	09 : 35	duas pacientes no Climas e BR + saúde	Araçá	531/2023	40,00
12/04/2023	10 : 00	12/04/2023	14 : 20	duas pacientes na BR + saúde	Araçá	538/2023	-
13/04/2023	06 : 30	13/04/2023	08 : 35	duas pacientes no Humani fas	Est. J. de Jema	542/2023	40,00
13/04/2023	10 : 30	13/04/2023	15 : 10	duas pacientes no Climas e Janta Comer	Araçá/Rondina	541/2023	-
14/04/2023	06 : 30	14/04/2023	16 : 30	duas pacientes no hospital de olhos	Cemilão	553/2023	40,00
17/04/2023	10 : 00	17/04/2023	17 : 00	duas pacientes no Hospital e fisioterapia	Rondina	560/2023	40,00
TOTAL							400,00

Assinatura do Funcionário: Ciano Miguel da Silva
Assinatura do Secretário: [Assinatura]
Assinatura do Tesoureiro: _____



PREFEITURA MUNICIPAL DE
NOVA SANTA BÁRBARA
ESTADO DO PARANÁ

DEMONSTRATIVO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS DE DIÁRIA

Funcionário: Cleus Miguel de Lira Cargo ou Função: motociclista

Órgão: _____ Unidade: _____ Solicitação Nº: _____ Empenho Nº: _____

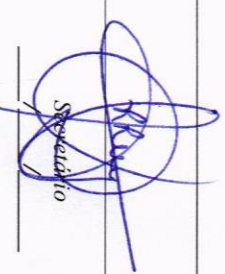
Recebido em: ____/____/____

RESUMO DAS DESPESAS VIAGEM

Data Inicio	Hora inicio	Data Fim	Hora final	Motivo da viagem	Destino	Controle viagem	Valor
18/04/2023	11 : 00	18/04/2023	17 : 40	Levar paciente no ICL	dondrinar	566/2023	40,00
19/04/2023	06 : 30	19/04/2023	07 : 50	Levar paciente no Humanitarios	São J. da Jma	578/2023	40,00
19/04/2023	07 : 30	19/04/2023	00 : 55	Levar paciente no Clinicas	Assaí	576/2023	-
19/04/2023	11 : 30	19/04/2023	18 : 07	Levar paciente para fisioterapia e UEL	dondrinar	573/2023	-
20/04/2023	10 : 00	20/04/2023	11 : 50	Levar paciente no Clinicas	Assaí	597/2023	40,00
20/04/2023	14 : 00	20/04/2023	17 : 50	Levar paciente no HU	dondrinar	593/2023	-
21/04/2023	20 : 00	22/04/2023	01 : 23	Levar paciente na Santa Casa	Familia		33,00
	::		::				
	::		::				
	::		::				
	::		::				
	::		::				
	::		::				
	::		::				
	::		::				
TOTAL							153,00

Cleus Miguel de Lira
Assinatura do Funcionário

_____/_____/____


Secretário

Assinatura do Tesoureiro

_____/_____/____