

E 2406/24
pR 09/07

PREFEITURA MUNICIPAL DE
NOVA SANTA BÁRBARA
ESTADO DO PARANÁ

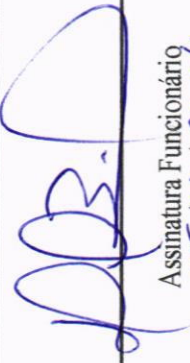
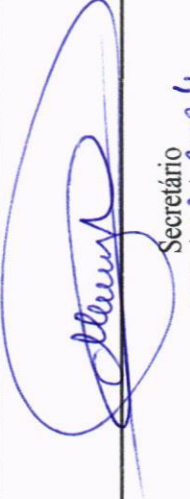


DEMONSTRATIVO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS DE DIÁRIA

Funcionário: <u>Darley Pereira Branco</u>	Cargo ou Função: <u>motante</u>
Órgão: _____	Unidade: _____
	Solicitação N° _____
	Recebido em: _____
	Empenho N°: _____

RESUMO DAS DESPESAS VIAGEM

Data Início	Hora início	Data Fim	Hora final	Motivo da viagem	Destino	Controle viagem	Valor
04/07/2024	14:00	05/07p/2024	16:30	Hospital São Lucas	Campo Largo	887/24	300,00
//	:	//	:				
//	:	//	:				
//	:	//	:				
//	:	//	:				
//	:	//	:				
//	:	//	:				
//	:	//	:				
//	:	//	:				
//	:	//	:				
//	:	//	:				
//	:	//	:				
//	:	//	:				
//	:	//	:				
//	:	//	:				
//	:	//	:				
//	:	//	:				
//	:	//	:				
Total						*****	300,00

 Assinatura Funcionário 05/07/2024	 Secretário 05/07/2024	Assinatura do Tesoureiro _____ _____/____/____
---	--	--



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE – SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS – Controle de Viagem 887/24

DESTINO:
CAMPO LARGO

DATA:
04-07-24,05-07-24

SAÍDA:
14:00 HRS

RESPONSÁVEL:
VALERIA

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	JETULIO JOSE FREITAS	CONSULTA CIRURGIA GERAL	HOSP DO CENTRO	
2	ACOMP			
MOTORISTA		DARCY		
VEICULO		CRONOS		

SOLICITAÇÃO DE VIAGEM

DADOS DO SOLICITANTE

Nome: **Darcy Moreira Branco**

Matrícula: **03285-1**

Órgão de Lotação: **Secretaria Municipal de Saúde**

Cargo ou função: **Motorista**

DADOS DA VIAGEM

Data da Viagem: saída dia 04-07-2024 às 14:00 horas e retorno dia 05-07-2024 às +-19:00horas

Destino: Campo-Largo - Pr

Valor de diárias: **300,00**

Transporte utilizado: Cronos

Finalidade da viagem: **Transporte de paciente para consulta**

Órgãos/locais a serem visitados ou eventos: Hospital do Centro.

Dotação Orçamentária: **08 – Secretaria Municipal de Saúde**

001 – Fundo Municipal de Saúde

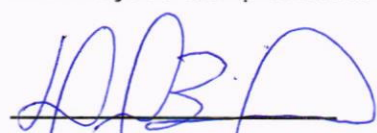
10.301.0330.2025 – Manutenção do Fundo Municipal de Saúde

2270 – 3.3.90.14.00.00 303 – Diárias - Civil

Liberação Orçamentária:

Declaro estar ciente das normas previstas na Lei Municipal nº **1147/2023**, que aprova a concessão das diárias. Declaro também e para todos os fins que são verídicas as informações prestadas, sem rasuras, nesta solicitação de diária e me responsabilizo por eventuais equívocos e omissões, sendo que autorizo o desconto em folha de pagamento de eventuais créditos não gastos e não ressarcidos ao erário.

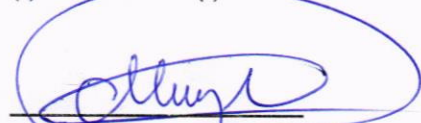
Informações Complementares: **Paciente: Jetulio José de Freitas, consulta dia 05-07-24, as 07:00hrs.**



Darcy Moreira Branco

Solicitante da viagem

☒ Autorizado ☐ Não autorizado



Mizael Mateus Leite

Secretário Municipal de Saúde