



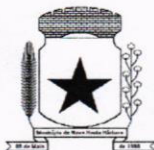
DEMONSTRATIVO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS DE DIÁRIA

Funcionário: <i>Donatino Franco</i>	Cargo ou Função: <i>Notário</i>
Órgão: <i>Secretaria M. de Saúde</i>	Solicitação N°
Unidade:	Empenho N°:
	Recebido em: / /

RESUMO DAS DESPESAS VIAGEM

[illegible]

Assinatura do Tesoureiro ____/____/____	Assinatura do Secretário ____/____/____	Assinatura do Funcionário ____/____/____
		



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE – SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS – Controle de Viagem 255/24

DESTINO:
CAMPO LARGO

DATA:
02-09-2024
03-09-2024

SAÍDA:
14:00 HRS

RESPONSÁVEL:
VALERIA

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	ENZO GABRIEL PEREIRA RAMOS	INTERNAMENTO CIRURGICO		PEGAR NA CASA
2	ACOMP			
MOTORISTA		DARCY		
VEICULO		STRADA		