



DEMONSTRATIVO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS DE DIÁRIA

Funcionário: Lucy Aparecida Branco Cargo ou Função: motista

Órgão: Secretaria M. Saude Unidade: _____ Solicitação N°: _____ Empenho N°: _____
Recebido em: _____ / _____ / _____

RESUMO DAS DESPESAS VIAGEM

Data Início	Hora início	Data Fim	Hora final	Motivo da viagem	Destino	Controle viagem	Valor
05/12/24	12:00	06/12/24	20:30	Hoosp. Angélica Caron	Curitiba	784	300,00
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
TOTAL							300,00

Assinatura do Funcionário: [Signature] 08/12/24

Assinatura do Tesoureiro: _____ / _____ / _____



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO

LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 784/24

DESTINO:
CURITIBA

DATA:
05-12-24
06-12-24

SAÍDA:
12:00 HRS

RESPONSÁVEL:
VALERIA

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	MARIA JOSE CONRADO SILVA	G.O	ANGELINA CARON	PEGAR NA CASA
2	ACOMP			
MOTORISTA		DARCY		
VEICULO		CRONOS		