



DEMONSTRATIVO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS DE DIÁRIA

Funcionário: Didinei de Siqueira Bond Cargo ou Função: Motorista

Órgão: Unidade de Saúde Unidade: _____ Solicitação N°: 838 Empenho N°: 838 / 2024

Recebido em: _____

RESUMO DAS DESPESAS VIAGEM

Data Início	Hora início	Data Fim	Hora final	Motivo da viagem	Destino	Controle viagem	Valor	
16/12/2024	04:00	16/12/2024	13:13	Serviço paciente para OFT	Joaquim		6900	
	:		:					
	:		:					
	:		:					
	:		:					
	:		:					
	:		:					
	:		:					
	:		:					
	:		:					
	:		:					
	:		:					
	:		:					
	:		:					
TOTAL								6900

Didinei de Siqueira Bond
Assinatura do Funcionário
17/12/2024

[Signature]
Secretário
17/12/2024

Assinatura do Tesoureiro
_____/_____/_____



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 838/2024

DESTINO:
JACAREZINHO

DATA:
16-12-2024

SAÍDA:
04:00 HRS

RESPONSÁVEL:
VALERIA

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	LUZIA FERREIRA SANTOS NUNES	OFT		PEGAR NA CASA
2	ACOMP			
MOTORISTA		SIDNEY		
VEICULO		AMBULANCIA		