



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 437/24

DESTINO:
CURITIBA

DATA:
05-04-24

SAÍDA:
03:00 HRS

RESPONSÁVEL:
valeria

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	SONIA PRUDENCIO PINHEIRO	OTORRINO	HOSP CAJURU	41-999-29-18-86
2	ACOMP			
MOTORISTA		CARLOS TRINDADE		
VEICULO		CRONOS		

SOLICITAÇÃO DE VIAGEM

DADOS DO SOLICITANTE

Nome: **Carlos Trindade**

Matrícula: **03320-1**

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

Cargo ou função: **Motorista**

DADOS DA VIAGEM

Data da Viagem: 05-04-2024 às 03:00 horas, retorno dia **05-04-24 +-20:00** horas.

Destino: Curitiba - Pr

Valor de diárias: 150,00

Transporte utilizado: Cronos

Finalidade da viagem: **Transporte de paciente para exame de tomografia de face.**

Órgãos/locais a serem visitados ou eventos: Hospital Universitario Cajuru

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.

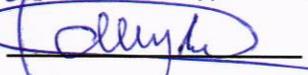
Informações Complementares: **Sonia Prudêncio Pinheiro Martins- exame dia 05-04-2024 à 11:00 hrs**



Carlos Trindade

Solicitante da viagem

Autorizado () Não autorizado



Mizaél Mateus Leite

Secretário Municipal de Saúde