



PREFEITURA MUNICIPAL DE
NOVA SANTA BÁRBARA
ESTADO DO PARANÁ

E 3728/23

PR 01/12/23

DEMONSTRATIVO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS DE DIÁRIA

Funcionário: *Carlos Trindade* Cargo ou Função: *Motorista*

Órgão: _____ 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
27/11/2023	05:30	27/11/2023	23:25	Levar o paciente Alencar Yamashita para retorno cirúrgico (ortopedia) no Hospital Madalena Sofia.	Curitiba	1802/2023	150,00
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
TOTAL							150,00

Carlos Trindade Assinatura do Funcionário

Assinatura Assinatura do Tesoureiro



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 1802/2023

DESTINO:
CURITIBA

DATA:
27-11-2023

SAÍDA:
05:30 HRS 23.25

RESPONSÁVEL:
valeria

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs :
1	ALENCAR YAMASHITA	ORTOPEDIA	MADALENA SOFIA	BUSCAR ALTA
2	ACOMP			<i>Pegando</i>
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: saída dia **27/11/2023** às **05:30** horas e retorno dia **27/11/2023** às **20:00+-** horas

Destino: Curitiba –PR.

Valor de diárias: 150.00

Transporte utilizado: Cronos

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

Órgãos/locais a serem visitados ou eventos: **Hospital Madalena Sofia**

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

001 – Fundo Municipal de Saúde

10.301.0330.2024 – Manutenção do Fundo Municipal de Saúde

2840 – 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 verdadeiras 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 : Alencar Yamashita - Consulta dia : 27/11/2023, às 13:50 hrs.


Carlos Trindade

Solicitante da viagem

Autorizado () Não autorizado


Rosana Ray de Souza

Secretária Municipal de Saúde