



PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA SANTA BÁRBARA

ESTADO DO PARANÁ
DEMONSTRATIVO DE DESPESAS

6632/23
pg 16/03
n: 1177.

Funcionário: <i>Salvo Trindade</i>	Cargo ou Função: <i>Motomista</i>
Orgão:	Nota de Empenho N Solicitação N°
Dotação Orçamentária: Especificação:	
TOTAL DO RESSARCIMENTO:	

RESUMO DAS DESPESAS

DATA	DIÁRIA	TRANSPORTE	OUTROS	TOTAL
13/03/2023	40,00			40,00
14/03/2023	40,00			40,00
15/03/2023	40,00			40,00
16/03/2023	40,00			40,00
17/03/2023	40,00			40,00
20/03/2023	40,00			40,00
21/03/2023	33,00			33,00
22/03/2023	40,00			40,00
25/03/2023	33,00			33,00
27/03/2023	33,00			33,00
TOTAL	379,00			379,00
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				

Nome: <i>Salvo Trindade</i> Assinatura do Funcionário ___/___/___	Nome: <i>[Assinatura]</i> Secretário	Nome: Assinatura do Tesoureiro
--	--	-----------------------------------

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
13/03/23	Viagem a serviço da secretaria de saúde a cidade de Cornélio Procópio
14/03/23	Viagem a serviço da secretaria de saúde a cidade de Cornélio Procópio
15/03/23	Viagem a serviço da secretaria de saúde a cidade de Londrina
16/03/23	Viagem a serviço da secretaria de saúde a cidade de Londrina
17/03/23	Viagem a serviço da secretaria de saúde a cidade de Cornélio Procópio e Assai
20/03/23	Viagem a serviço da secretaria de saúde a cidade de Cornélio Procópio
21/03/23	Viagem a serviço da secretaria de saúde a cidade de Assai e Cornélio Procópio
22/03/23	Viagem a serviço da secretaria de saúde a cidade de Londrina
25/03/23	Viagem a serviço da secretaria de saúde a cidade de Londrina
27/03/23	Viagem a serviço da secretaria de saúde a cidade de Londrina



PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA SANTA BÁRBARA

ESTADO DO PARANÁ
DEMONSTRATIVO DE DESPESAS

Funcionário: Carlos Trindade	Cargo ou Função: Motorista <i>Motorista</i>
Órgão:	Nota de Empenho N Solicitação N°
Dotação Orçamentária: Especificação: _____	
TOTAL DO RESSARCIMENTO: _____	

RESUMO DAS DESPESAS

DATA	DIÁRIA	TRANSPORTE	OUTROS	TOTAL
28/03/2023	40,00 <i>g</i>			40,00
31/03/2023	40,00 <i>g</i>			40,00
31/03/2023	33,00 <i>v</i>			33,00
TOTAL	113,00			113,00
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				

Nome: <i>Carlos Trindade</i> Assinatura do Funcionário _____/_____/_____	Nome: <i>[Signature]</i> Secretaria	Nome: Assinatura do Tesoureiro
---	---	-----------------------------------

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
28/03/23	Viagem a serviço da secretaria de saúde a cidade de Cornélio Procópio
31/03/23	Viagem a serviço da secretaria de saúde a cidade de Cornélio Procópio
31/03/23	Viagem a serviço da secretaria de saúde a cidade de Arapongas



PREFEITURA MUNICIPAL DE
NOVA SANTA BÁRBARA
ESTADO DO PARANÁ

DEMONSTRATIVO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS DE DIÁRIA

Funcionário: Caules 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
01/04/2023	18 : 00	01/04/2023	22 : 40	PX - queda	Cornélio Procopio	lumo	33,00
03/04/2023	04 : 00	03/04/2023	11 : 32	Aplicação hospital de olhos	Jacareyguê	484/2023	40,00
04/04/2023	18 : 00	04/04/2023	21 : 30	USG - clínicas	Assai	495/2023	33,00
05/04/2023	04 : 00	05/04/2023	14 : 44	Hospital de olhos	Jacareyguê	503/2023	40,00
06/04/2023	18 : 00	06/04/2023	23 : 00	Alta hospitalar	Itaperopos	lumo	33,00
07/04/2023	03 : 00	07/04/2023	09 : 04	hemodialise	Cornélio Procopio	519/2023	40,00
09/04/2023	05 : 40	09/04/2023	09 : 00	transfêrencia gestante	Santa Mariana	lumo	33,00
12/04/2023	18 : 00	12/04/2023	20 : 30	Alta hospitalar	Cornélio Procopio	lumo	33,00
14/04/2023	06 : 30	14/04/2023	16 : 16	Especialidades	Cornélio Procopio	552/2023	40,00
:	:	:	:				
:	:	:	:				
:	:	:	:				
:	:	:	:				
TOTAL						-----	325,00

Assinatura do Funcionário: Caules Trindade

Assinatura do Tesoureiro: _____ / _____ / _____