



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 Inicio	Hora início	Data Fim	Hora final	Motivo da viagem	Destino	Controle viagem	Valor
12/03/2024	09:00	12/03/2024	21:00	Alta hospitalar da paciente Cleuza Batista da Silva	Curitiba	320/24	150,00
	:		:	No Hospital Angelina Caron			
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
TOTAL							150,00

Carlos Trindade
Assinatura do Funcionário

[Signature]
Assinatura do Tesoureiro



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 320/24

DESTINO:
CURITIBA

DATA:
12-03-24

SAÍDA:
09:00 HRS

RESPONSÁVEL:
valeria

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	CLEUZA BATISTA DA SILVA	ALTA CIRURGIA	HOSP ANGELINA CARON	
2	ACOMP			
MOTORISTA		CARLOS TRINDADE		
VEICULO		SPIN		