



PREFEITURA MUNICIPAL DE
NOVA SANTA BÁRBARA
ESTADO DO PARANÁ

E 2024 | 24
p/ 14/06.

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
17/06/2024	03:00	18/06/2024	20:00	Levar paciente Rafaela da Silva Nunes no Hospital Waldemar Monanstier, Rosalina Amaral Nascimento na Santa Casa e Osvaldo de Lima no Hospital Madalena Sofia	Campo Largo Curitiba	788/2024	450,00
:	:	:	:				
:	:	:	:				
:	:	:	:				
:	:	:	:				
:	:	:	:				
:	:	:	:				
:	:	:	:				
:	:	:	:				
:	:	:	:				
:	:	:	:				
:	:	:	:				
:	:	:	:				
TOTAL							450,00

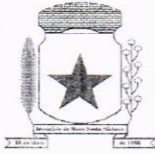
Assinatura do Funcionário

Carlos Trindade

_____/_____/_____

Assinatura do Tesoureiro

_____/_____/_____



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE – SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS – Controle de Viagem 788/2024

DESTINO:
CURITIBA

DATA:
17-06-2024
18-06-2024

SAÍDA:
03:00 HRS

RESPONSÁVEL:
VALERIA

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	ROSALINA AMARAL NASCIMENTO	RETORNO CIRURGICO	SANTA CASA	PEGAR NA CASA
2	ACOMP			
3	RAFAELA SILVA NUNES	ENDOCRINO	WALDEMAR MONASTIER	PEGAR NA CASA DO RONALDO PEDREIRO
4	MARIA GENILDA			
5	OSVALDO DE LIMA	ORTOPEDIA	MADALENA SOFIA	PEGAR NA CASA
MOTORISTA	CARLOS TRINDADE			
VEICULO	SPIN			

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: **17-06-2024 às 03:00 horas, retorno dia 18-06-24 +-20:00 horas.**

Destino: **Curitiba - Pr**

Valor de diárias: **450,00 (uma diária + pernoite)**

Transporte utilizado: **Spin**

Finalidade da viagem: **Transporte de paciente para consulta na Santa Casa , hospital Waldemar Monastier , hospital Madalena Sofia.**

Órgãos/locais a serem visitados ou eventos: **Santa Casa , hospital Waldemar Monastier , hospital Madalena Sofia.**

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: **Rosalina Amaral Nascimento, retorno cirurgico dia 17-06-2024 às 10:00hrs , Rafaela da Silva Nunes, consulta endocrinologia dia 18-06-24 as 11:30hrs, Osvaldo de Lima, consulta dia 18-06-24 as 08:00hrs.**



Carlos Trindade

Solicitante da viagem

Autorizado () Não autorizado



Mizael Mateus Leite

Secretário Municipal de Saúde