





PREFEITURA MUNICIPAL

# NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

**TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO**  
**LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 863/24**

DESTINO:  
CAMPO LARGO

DATA:  
01-07-24

SAÍDA:  
05:00 HRS

RESPONSÁVEL:  
VALERIA

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	JOAO CARLOS ROCHA GARCIA	CONSULTA	WALDEMAR MONANSTIER	PEGAR NA CASA
2	ACOMP			
3	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: saída dia **01-07-24** às **05:00** horas e retorno dia **01-07-24** às +- **18:00** horas

Destino: Campo Largo.

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 Waldemar Monastier**

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:

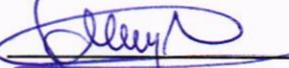
**Paciente : João Carlos Rocha Garcia - Consulta(retorno) dia : 01-07-24, às 11:00 hrs.**



**Carlos Trindade**

Solicitante da viagem

Autorizado ( ) Não autorizado



**Mizaél Mateus Leite**

Secretária Municipal de Saúde