



PREFEITURA MUNICIPAL DE
NOVA SANTA BÁRBARA
ESTADO DO PARANÁ

DEMONSTRATIVO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS DE DIÁRIA

Funcionário: Cícero Miguel de Lira Cargo ou Função: Motorista

Órgão: Secretaria Municipal de Saúde 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
17/07/2023	05:30	17/07/2023	19:05	Levar paciente na UltraClin, SAS e HONPAR.	Londrina	1102/2023	20,00
18/07/2023	06:00	18/07/2023	18:10	Levar paciente no ICL.	Londrina	1110/2023	40,00
19/07/2023	06:00	19/07/2023	15:10	Levar paciente no ICL.	Londrina	1118/2023	40,00
20/07/2023	10:30	20/07/2023	16:22	Levar paciente para tomar vacina.	Cornélio/Santa M.	1124/2023	40,00
21/07/2023	06:30	21/07/2023	07:40	Levar paciente no dermatologista.	São J. da Serra	1134/2023	40,00
21/07/2023	08:00	21/07/2023	15:00	Levar paciente no ICL.	Londrina	1128/2023	---
24/07/2023	05:30	24/07/2023	09:20	Levar paciente no HC e HONPAR.	Londrina	1137/2023	40,00
25/07/2023	05:30	25/07/2023	16:22	Levar paciente no ICL.	Londrina	1147/2023	40,00
26/07/2023	03:00	26/07/2023	10:25	Levar paciente para hemodiálise.	Cornélio Procópio	1154/2023	40,00
26/07/2023	10:30	26/07/2023	16:22	Levar paciente no ICL.	Londrina	1152/2023	---
27/07/2023	05:30	27/07/2023	16:50	Levar paciente no ICL e HONPAR.	Londrina	1158/2023	40,00
28/07/2023	05:30	28/07/2023	14:35	Levar paciente na Ultra Clin.	Londrina	1166/2023	40,00
31/07/2023	03:00	31/07/2023	14:40	Levar paciente para hemodiálise.	Cornélio Procópio	1175/2023	40,00
01/08/2023	05:30	01/08/2023	15:10	Levar paciente no ICL.	Londrina	1185/2023	40,00
TOTAL							460,00

[Assinatura]
Secretário
15/08/2023

Cícero Miguel de Lira
Assinatura do Funcionário
15/08/2023

Assinatura do Tesoureiro
_____/_____/_____




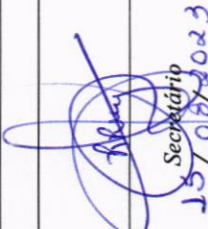
PREFEITURA MUNICIPAL DE
NOVA SANTA BÁRBARA
ESTADO DO PARANÁ

DEMONSTRATIVO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS DE DIÁRIA

Funcionário: <u>Cícero Miguel de Lira</u>	Cargo ou Função: <u>Motorista</u>
Órgão: <u>Secretaria Municipal de Saúde</u>	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
02/08/2023	03:00	02/08/2023	15:01	Levar paciente para hemodiálise.	Cornélio Procópio	1191/2023	40,00
03/08/2023	05:30	03/08/2023	20:08	Levar paciente no HC, HONPAR e ICL.	Londrina	1197/2023	40,00
04/08/2023	03:00	04/08/2023	14:05	Levar paciente para hemodiálise.	Cornélio Procópio	1204/2023	40,00
07/08/2023	03:00	07/08/2023	14:05	Levar paciente para hemodiálise.	Cornélio Procópio	1213/2023	40,00
08/08/2023	06:30	08/08/2023	14:13	Levar paciente na NEUROCOR.	Cornélio Procópio	1229/2023	40,00
09/08/2023	04:00	09/08/2023	15:50	Levar paciente para cirurgia.	Jacarezinho	1215/2023	40,00
10/08/2023	06:00	10/08/2023	15:10	Levar paciente para cirurgia.	Jacarezinho	1245/2023	40,00
11/08/2023	04:00	11/08/2023	14:50	Levar paciente para cirurgia.	Jacarezinho	1239/2023	40,00
:	:	:	:				
:	:	:	:				
:	:	:	:				
:	:	:	:				
:	:	:	:				
TOTAL							320,00

 Assinatura do Funcionário 15/08/2023	 Secretário 15/08/2023	Assinatura do Tesoureiro _____ _____/_____/_____
--	---	--