



PREFEITURA MUNICIPAL DE
NOVA SANTA BÁRBARA
ESTADO DO PARANÁ

61753/23
18/04/2023

DEMONSTRATIVO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS DE DIÁRIA

Funcionário: Sani Ribeiro Sragosa Cargo ou Função: motorista

Orgão: 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
28/06/2023	08:15	28/06/2023	20:00	Viagem realizada para Londrino	Londrino	992/2023	40,00
29/06/2023	11:00	29/06/2023	16:00	Viagem realizada para Santa Maria do Oeste	Sta Maria do Oeste	1004/2023	40,00
30/06/2023	05:00	30/06/2023	13:00	Viagem realizada para Londrino	Londrino	1005/2023	40,00
03/07/2023	10:00	03/07/2023	18:00	Viagem realizada para Arapongas + Londrino	Arapongas Londrino	1022/2023	40,00
05/07/2023	11:00	05/07/2023	18:00	Viagem realizada para Londrino	Londrino	1039/2023	40,00
07/07/2023	06:30	07/07/2023	13:00	Viagem realizada para Cornélio Lisnogi	Cornélio Lisnogi	1055/2023	40,00
09/07/2023	15:30	09/07/2023	17:45	Viagem realizada para Cornélio Ste. Casa	Cornélio Ste. Casa	1083/2023	40,00
11/07/2023	05:30	11/07/2023	15:00	Viagem realizada para Londrino	Londrino	1084/2023	40,00
13/07/2023	10:00	13/07/2023	18:20	Viagem realizada para Londrino	Londrino	1094/2023	40,00
14/07/2023	06:30	14/07/2023	13:00	Viagem realizada para Cornélio Lisnogi	Cornélio Lisnogi	1105/2023	40,00
17/07/2023	03:00	17/07/2023	09:00	Viagem realizada para Marcondes - Cornélio	Cornélio	1105/2023	40,00
17/07/2023	15:00	17/07/2023	17:30	Viagem realizada para Cornélio Ste. Casa	Cornélio	1119/2023	40,00
19/07/2023	03:00	19/07/2023	09:00	Viagem realizada para Cornélio de Medeiros	Cornélio	1119/2023	40,00
19/07/2023	16:00	19/07/2023	18:20	Viagem realizada para Cornélio Ste. Casa	Cornélio	1119/2023	40,00
TOTAL						-----	180,00

Assinatura do Funcionário: Sani R. Sragosa

Assinatura do Teseoureiro: _____

07/08/2023

Recebido 07/08/23




PREFEITURA MUNICIPAL DE
NOVA SANTA BÁRBARA
ESTADO DO PARANÁ

DEMONSTRATIVO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS DE DIÁRIA

Funcionário: <u>Samir R. Siqueira</u>	Cargo ou Função: <u>Medeirão</u>
Órgão: <u>Santa Casa Municipal de Saúde</u>	Solicitação N°: _____ Recebido em: _____
Unidade: _____	Empenho N°: _____

RESUMO DAS DESPESAS VIAGEM

Data Início	Hora início	Data Fim	Hora final	Motivo da viagem	Destino	Controle viagem	Valor
21/07/2023	03:00	21/07/2023	09:30	Viagem realizada para Conselho Hemodialise	Corumbá	1133/2023	40,00
21/07/2023	13:00	21/07/2023	18:00	Viagem realizada para Jate Mariane	ste mariane	1123/2023	
24/07/2023	07:30	24/07/2023	13:00	Viagem realizada para Corumbá novo to	Corumbá	1144/2023	40,00
25/07/2023	11:30	25/07/2023	16:00	Viagem realizada para Corumbá	Corumbá	1148/2023	40,00
27/07/2023	06:30	27/07/2023	10:50	Viagem realizada para Corumbá	Corumbá	1160/2023	40,00
27/07/2023	10:50	27/07/2023	15:00	Viagem realizada para Corumbá	Corumbá	1160/2023	
31/07/2023	10:00	31/07/2023	17:00	Viagem realizada para Corumbá SCL	Corumbá	1174/2023	40,00
01/08/2023	09:00	01/08/2023	13:50	Viagem realizada para Corumbá Jate Casa	Corumbá	1195/2023	40,00
02/08/2023	05:30	02/08/2023	14:00	Viagem realizada para Corumbá SCL	Corumbá	1194/2023	40,00
02/08/2023	15:00	02/08/2023	18:00	Viagem realizada para São Francisco Corumbá SCL	São Francisco Corumbá SCL	1193/2023	
04/08/2023	09:00	04/08/2023	17:00	Viagem realizada para Jate de Saúde	Jate de Saúde	1220/2023	40,00
	:		:				
	:		:				
TOTAL						-----	320,00

<u>Samir R. Siqueira</u>	
Assinatura do Funcionário	Assinatura do Tesoureiro