



PREFEITURA MUNICIPAL DE
NOVA SANTA BÁRBARA
 ESTADO DO PARANÁ

DEMONSTRATIVO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS DE DIÁRIA

Funcionário: Srani R. Fragozo Cargo ou Função: motorista

Órgão: Secretaria de Saúde Unidade: _____ Solitação N° _____ Empenho N° _____
 Recebido em: _____ / _____ / _____

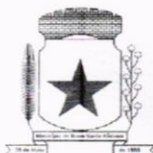
RESUMO DAS DESPESAS VIAGEM

Data Início	Hora início	Data Fim	Hora final	Motivo da viagem	Destino	Controle viagem	Valor	
29/09/2023	09:30	29/09/2023	14:30	Viagem realizada para Londrina	Londrina	1494/2023	40,00	
:	:	:	:					
:	:	:	:					
:	:	:	:					
:	:	:	:					
:	:	:	:					
:	:	:	:					
:	:	:	:					
:	:	:	:					
:	:	:	:					
:	:	:	:					
:	:	:	:					
:	:	:	:					
TOTAL							-----	

Srani R. Fragozo Assinatura do Funcionário

_____ Assinatura do Tesoureiro

E 2966/23
 pt 28/09



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE – SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS – Controle de Viagem 1494/2023

DESTINO:
LONDRINA

DATA:
29/09/2023

SAÍDA:
09: 30 HRS

RESPONSÁVEL:
VALERIA

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	ELAINE RODRIGUES	RADIO	ICL	
2	ACOMP			
MOTORISTA		IRANI		
VEICULO		KWIDI		