



PREFEITURA MUNICIPAL DE
NOVA SANTA BÁRBARA
ESTADO DO PARANÁ

E 1959/24
p8 04/06

DEMONSTRATIVO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS DE DIÁRIA

Funcionário: Rodrigo Gabriel de Oliveira Silva Cargo ou Função: Motociclista
 Órgão: Secretaria da 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
03/06/2024	03:00	03/06/2024	21:40	Transporte de passageiros "Rosalina do Curitiba emoral" Piterno Curigico.	Curitiba	23012024	150,00
:	:	:	:	:	:	:	:
:	:	:	:	:	:	:	:
:	:	:	:	:	:	:	:
:	:	:	:	:	:	:	:
:	:	:	:	:	:	:	:
:	:	:	:	:	:	:	:
:	:	:	:	:	:	:	:
:	:	:	:	:	:	:	:
:	:	:	:	:	:	:	:
:	:	:	:	:	:	:	:
:	:	:	:	:	:	:	:
:	:	:	:	:	:	:	:
:	:	:	:	:	:	:	:
:	:	:	:	:	:	:	:
:	:	:	:	:	:	:	:
:	:	:	:	:	:	:	:
TOTAL						-----	150,00

Rodrigo

Assinatura do Funcionário
23/07/2024

[Signature]
Secretário
23/07/24

Assinatura do Tesoureiro
_____/_____/_____

PREFEITURA MUNICIPAL
NOVA SANTA BÁRBARA
 Secretaria Municipal de Saúde



TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 730/2024

DESTINO: CURITIBA | DATA: 03-06-2023 | SALDA: 03:00 HR | RESPONSÁVEL: VALERIA

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	ROSALINA DO AMARAL	RETORNO CIRURGICO		PEGAR NA CASA
2	ACOMP			
3	MARIA CANDIDA			
4				
MOTORISTA:		RODRIGO		
CARRO:		CRONOS		

SOLICITAÇÃO DE VIAGEM

DADOS DO SOLICITANTE

Nome: **Rodrigo Gabriel de Oliveira Silva**

Matrícula: **234914**

Orgão de Lotação: **Secretaria Municipal de Saúde**

Cargo ou função: **Motorista**

DADOS DA VIAGEM

Data da Viagem: **03-06-2024 às 03:00 horas, retorno dia 03-06-24 +-17:00 horas.**

Destino: **Curitiba - Pr**

Valor de diárias: **150,00**

Transporte utilizado: **Cronos**

Finalidade da viagem: **Transporte de paciente para consulta de Otorrino.**

Orgãos/locais a serem visitados ou eventos: **Hospital Santa Casa Curitiba.**

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 verdadeiras 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 do Nascimento, RETORNO DE CIRURGIA dia 03-06-24 as 08:00 hrs.**

Solicitante da viagem

Rodrigo Gabriel de Oliveira Silva

Rodrigo Gabriel de Oliveira Silva

() Autorizado () Não autorizado

Mizael Mateus Leite

Secretário Municipal de Saúde