

PREFEITURA MUNICIPAL DE

NOVA SANTA BÁRBARA ESTADO DO PARANÁ

7	101
50	16
12	20
W	

DEMONSTRATIVO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS DE DIÁRIA

motorista	Empenho Nº:		Destino Controle Valor viagem	Carr. ha 489/29 1500						750,	
Cargo ou Função: Motorista	Solicitação Nº Recebido em:	RESUMO DAS DESPESAS VIAGEM	Motivo da viagem	pera Cuntiba M. madalena Sofia							(llest)
Funcionário: Reserio Batusta do Santos	municipal Saudo Unidade:	RES	Data Fim Hora final	O Viggen		 	 	 	 		Dan Wheth by Cat
Funcionário: 1200 eri	Órgão. Japartamento municipa		Data Inicio Hora inicio	17.05.25 3 :00 1	••	 	 	 	 ••	 TOTAL	S. C.



Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 489/24

SAÍDA:

RESPONSÁVEL:

	CURITIBA	17-04-24	03:00 HRS	valeria					
Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:					
1	IRMADE SOUZA	ORTOPEDIA	HOSP: MADALENA SOFIA- BAIRRO ALTO	PEGAR NA CASA					
2	LUCINEIA QUINTINO	OTOPEDIA		PEGAR NA CASA					
3	ROSANGELA FREITAS BATISTA	SO VOLTA							
мотог	RISTA	ROGERIO							
VEICU	LO	cronos							

9966 1488 mora Jun Jaida perto correga

SOLICITAÇÃO DE VIAGEM

DADOS DO SOLICITANTE

Nome: Rogério Batista dos Santos

Matrícula: 03583-1

2.4

Órgão de Lotação: Secretaria Municipal de Saúde

Cargo ou função: Motorista

DADOS DA VIAGEM

Data da Viagem: 17/04/2024 às 03:00 horas,retorno dia 17/04/2024, +-20:00HRS horas(aproximadamente)

Destino: Curitiba - Pr

Valor de diárias: R\$ 150,00

Transporte utilizado: Cronos

Finalidade da viagem: Transporte de pacientes para consulta ortopedia

Órgãos/locais a serem visitados ou eventos: Hospital MADALENA SOFIA

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: IRMA DE SOUZA, LUCINEIA QUINTINO

Rogério Batista dos Santos

Solicitante da viagem

Ctleur

MIZAEL MATEUS LEITE

(A Autorizado () Não autorizado

Secretária Municipal de Saúde