

PREFEITURA MUNICIPAL DE  
**NOVA SANTA BÁRBARA**  
ESTADO DO PARANÁ

**DEMONSTRATIVO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS DE DIÁRIA**

€ 3676/23  
Pr 24/11/23.

Funcionário: Rogério Batista dos Santos Cargo ou Função: motorista

Órgão: Departamento municipal de Saúde Unidade: \_\_\_\_\_ Solicitação N°: \_\_\_\_\_ Empenho N°: \_\_\_\_\_  
Recebido em: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

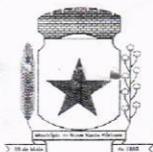
**RESUMO DAS DESPESAS VIAGEM**

Data Início	Hora início	Data Fim	Hora final	Motivo da viagem	Destino	Controle viagem	Valor	
21.11.23	14 : 00	22.11.23	20 : 20	Viagem para Curitiba H. Trabalhador e Campo Largo. H. de O. H. H.		7769/23	300.00	
:	:	:	:					
:	:	:	:					
:	:	:	:					
:	:	:	:					
:	:	:	:					
:	:	:	:					
:	:	:	:					
:	:	:	:					
:	:	:	:					
:	:	:	:					
<b>TOTAL</b>							-----	<b>300.00</b>

Assinatura do Funcionário: Rogério Batista dos Santos

Assinatura do Tesoureiro: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Secretário: [Signature] / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_



PREFEITURA MUNICIPAL

# NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

**TRANSPORTE DA SAÚDE – SETOR DE AGENDAMENTO**  
**LISTA DE PASSAGEIROS – Controle de Viagem 1769/2023**

DESTINO:  
CURITIBA

DATA:  
21-11-23, 22-11-23

SAÍDA:  
14:00 HRS

RESPONSÁVEL:  
valeria

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	ANTHONI SILVA NUNES	RETORNO CIRURGIA	HOSPITAL DO TRABALHADOR	PEGAR NA CASA
2	ACOMP			
3	ACOMP			
4	BRUNA MATTOS	RETORNO TRANSPLANTE		PEGAR NA CASA
5	ACOMP			
MOTORISTA		ROGERIO		
VEICULO		SPIN		

## SOLICITAÇÃO DE VIAGEM

### DADOS DO SOLICITANTE

Nome: **Rogério Batista dos Santos**

Matrícula: **03583-1**

Órgão de Lotação: **Secretaria Municipal de Saúde**

Cargo ou função: **Motorista**

### DADOS DA VIAGEM

Data da Viagem: saída dia **21/11/2023** às **14:00** horas e retorno dia **22/11/2023** às **22:00+-** horas (aproximadamente)

Destino: **Campo Largo - PR**

Valor de diárias: **R\$ 300,00**

Transporte utilizado: **SPIN**

Finalidade da viagem: **Transporte de paciente para consulta média especializada**

Órgãos/locais a serem visitados ou eventos: **Hospital do trabalhador, hospital de olhos de Campo Largo**

Dotação Orçamentária: **08 – Secretaria Municipal de Saúde**

**001 – Fundo Municipal de Saúde**

**10.301.0330.2024 – Manutenção do Fundo Municipal de Saúde**

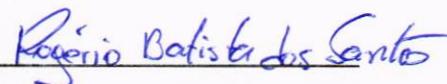
**2840 – 3.3.90.14.00.00 303 – Diárias - Civil**

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: **Paciente : Anthoni Silva Antunes, consulta dia 22-11-2023 às 08:00 Hrs.**

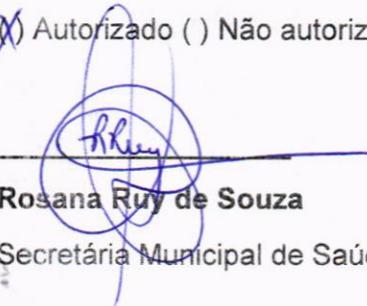
**Bruna Mattos, consulta dia 22-11-2023 as 14:00 hrs**



**Rogério Batista dos Santos**

Solicitante da viagem

Autorizado ( ) Não autorizado

  
**Rosana Ruy de Souza**

Secretária Municipal de Saúde