



PREFEITURA MUNICIPAL DE
NOVA SANTA BÁRBARA
ESTADO DO PARANÁ

E 474/25
14/02

DEMONSTRATIVO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS DE DIÁRIA

Funcionário: Sidinei de Sajo Bond Cargo ou Função: Motorista


Órgão: Unidade de Saúde Unidade: _____ Solicitação N° _____ Empenho N°: 215/2025

Recebido em: _____

RESUMO DAS DESPESAS VIAJEM

Data Início	Hora início	Data Fim	Hora final	Motivo da viagem	Destino	Controle viagem	Valor	
15/02/2025	04:00	15/02/2025	13:56	bever parents para fazer exames cirurgica			60,00	
	:		:					
	:		:					
	:		:					
	:		:					
	:		:					
	:		:					
	:		:					
	:		:					
	:		:					
	:		:					
	:		:					
	:		:					
	:		:					
TOTAL								60,00

Sidinei de Sajo Bond
Assinatura do Funcionário
15/02/2025


Secretário
12/02/2025

Assinatura do Tesoureiro
_____/_____/_____

1350



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

**TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 215/2024**DESTINO:
JACAREZINHODATA:
11-02-25SAÍDA:
04:00 HRSRESPONSÁVEL:
VALERIA

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	MARCO ANTONIO DA SILVA	CIRURGIA		
2	ACOMP			
3	GISLAINE DE OLIVEIRA ARROIO	EXAME	PEGAR CELINHO	
MOTORISTA	SIDINEI BARRAL			
VEICULO	AMBULANCIA			