



DEMONSTRATIVO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS DE DIÁRIA

Funcionário: <u>Wassilfonirio Branco</u>	Cargo ou Função: <u>motarista</u>
Órgão: <u>Sec. munic. de Saúde Nara</u> <u>Stc Barbara</u>	Unidade: _____ Solicitação Nº _____ Empenho Nº: _____ Recebido em: _____ / _____ / _____

RESUMO DAS DESPESAS VIAGEM

Data Inicio	Hora inicio	Data Fim	Hora final	Motivo da viagem	Destino	Controle viagem	Valor
27/07/25	12:00	28/07/25	20:00	Hosp Waldemar Noronha Jr., Hosp. Cajuru	C. barge e Aum. Fi. bc	1.169/25	350,00
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
TOTAL							350,00

Assinatura do Funcionário _____/____/____	Assinatura do Tesoureiro _____/____/____
Assinatura do Secretário _____/____/____	Assinatura do Tesoureiro _____/____/____

Assinatura do Tesoureiro



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE – SETOR DE AGENDAMENTO

LISTA DE PASSAGEIROS – Controle de Viagem 1169/25

DESTINO:
CAMPO LARGO - CURITIBA

DATA:
27-07-25
28-07-25

SAÍDA:
12:00 HRS

RESPONSÁVEL:

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	JOAO CARLOS ROCHA GARCIA	CONSULTA ENDOCRINO	WALDEMAR MONASTIER	PEGAR NA CASA
2	ACOMP			
3	ACOMP			
4	ACOMP			
5	EVA APARECIDA RIBEIRO	COSULTA PROCTOLOGISTA	HOSP CAJURU	PEGAR NA CASA
6	ACOMP			
MOTORISTA		DARCY		
VEICULO		SPIN		