

R\$ 300,00
04/10/23



PREFEITURA MUNICIPAL DE
NOVA SANTA BÁRBARA
ESTADO DO PARANÁ

DEMONSTRATIVO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS DE DIÁRIA

Funcionário: Dany Feira Ramo Cargo ou Função: motorista

Órgão: _____ 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 |
|--------------|-------------|------------|------------|--------------------------------------------|-----------------------|-----------------|---------------|
| 03/10/2023 | 14:00 | 04/10/2023 | 18:00 | Hospital de Olhos, Hospital do Trabalhador | Campo Largo, Curitiba | 1508 | 200,00 |
| // | : | // | : | | | | |
| // | : | // | : | | | | |
| // | : | // | : | | | | |
| // | : | // | : | | | | |
| // | : | // | : | | | | |
| // | : | // | : | | | | |
| // | : | // | : | | | | |
| // | : | // | : | | | | |
| // | : | // | : | | | | |
| // | : | // | : | | | | |
| // | : | // | : | | | | |
| // | : | // | : | | | | |
| // | : | // | : | | | | |
| // | : | // | : | | | | |
| // | : | // | : | | | | |
| // | : | // | : | | | | |
| Total | | | | | | | 200,00 |

| | | |
|------------------------|------------|--------------------------|
| | | Assinatura do Tesoureiro |
| Assinatura Funcionário | Secretário | Assinatura do Tesoureiro |



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE – SETOR DE AGENDAMENTO

LISTA DE PASSAGEIROS – Controle de Viagem 1508/2023

DESTINO:
CURITIBA

DATA:
03-10-23 - 04-10-23

SAÍDA:
14:00HRS

RESPONSÁVEL:
valeria

| Qtd | Nome passageiro | Especialidade | Destino | Obs.: |
|-----------|----------------------|---------------|---------------------|---------------|
| 1 | BRUNA MATTOS FARIAS | OFTALMO | HOSP DE OLHOS | PEGAR NA CASA |
| 2 | ACOMP | | | |
| 3 | MARIA CANDIDA SANTOS | ORTOPEDIA | HOSP DO TRABALHADOR | PEGAR NA CASA |
| 4 | ACOMP | | | |
| MOTORISTA | | DARCY | | |
| VEICULO | | CRONOS | | |