



DEMONSTRATIVO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS DE DIÁRIA

Funcionário: <u>Darcy Oliveira Franco</u>	Cargo ou Função: <u>Motorista</u>
Órgão: <u>Sec. Municipal de Saúde</u> Unidade: _____	Solicitação Nº _____ Empenho Nº: _____ Recebido em: _____ / _____ / _____

RESUMO DAS DESPESAS VIAGEM

Data Início	Hora início	Data Fim	Hora final	Motivo da viagem	Destino	Controle viagem	Valor
26/03/25	14:00	27/03/25	18:00	Hospital Regenero Príncipe	Curitiba	925/25	300,00
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
TOTAL							300,00

Assinatura do Funcionário


 Secretário
 28/10/2025

Secretário

28 1031 2025
Secretario

Assinatura do Tesoureiro



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 452/25

DESTINO:
CURITIBA

DATA:
26-03-25
27-03-25

SAÍDA:
14:00 HRS

RESPONSÁVEL:

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	JOAO MIGUEL GONÇALVES	CONSULTA	PEQUENO PRINCIPE	PEGAR NA CASA
2	ADRIELI GONÇALVES			
MOTORISTA		DARCY		
VEICULO		STRADA		