



DEMONSTRATIVO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS DE DIÁRIA

Unid

Cargo ou Função: Motorista

Unidade:

Solicitação N°

Empenho N°:

Recebido em:

RESUMO DAS DESPESAS VIAGEM

[illegible]

Assinatura Fur

Assinatura Funcionário

Secretário
04/08/2024

Secretário

Secretário
02/08/2024

Assinatura do Tesoureiro



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE – SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS – Controle de Viagem 060/2024

DESTINO:
CURITIBA

DATA:
29-07-2024

SAÍDA:
03:00 HRS

RESPONSÁVEL:
VALERIA

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	ANTHONI SILVA NUNES	INTERNAMENTO	HOSPITAL DO TRABALHADOR	
2	ACOMP			
3	ACOMP			
		DARCY		
VEICULO		CRONOS		