



pg 14/08

Funcionário: Geleison Batista da Silva

Cargo ou Função: *Notarista*

Órgão: *Sec. Municipal Saúde* Unidade:

Solicitação N° _____ Empenho N°: _____
Recebido em: _____ / _____ / _____

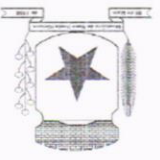
RESUMO DAS DESPESAS VIAGEM

Data Inicio	Hora inicio	Data Fim	Hora final	Motivo da viagem	Destino	Controle viagem	Valor
12/10/24	5 :30		12 :30	Levar Paciente Hosp. Cancer	Londrina		60,00
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
TOTAL							60,00

Assinatura do Funcionário
20/08/24

Secretário

Assinatura do Tesoureiro



TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO

LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 129/24

DESTINO: LONDRINA

DATA: 12/08/2024

SÁIDA: 05:30 HRS

RESPONSÁVEL: VALERIA

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	MARIA SENHORA DOS SANTOS	ICL		PEGAR NA CASA
2	ACOMP			
MOTORISTA:		EGLEISON		
VEICULO		AMBULANCIA		