



DEMONSTRATIVO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS DE DIÁRIA

Funcionário: <u>Adriane de Souza Barros</u> Órgão: <u>Assessoria de Planejamento</u> Unidade: _____	Cargo ou Função: <u>Motorista</u> Solicitação Nº _____ Empenho Nº: <u>435/24</u> Recebido em: _____ / _____ / _____
--	---

RESUMO DAS DESPESAS VIAGEM

Data Inicio	Hora inicio	Data Fim	Hora final	Motivo da viagem	Destino	Controle viagem	Valor
03/10/2024	06:30	03/10/2024	18:07	Atender paciente para consulta	Cemitério Macaé		60,00
	..		..				
	..		..				
	..		..				
	..		..				
	..		..				
	..		..				
	..		..				
	..		..				
	..		..				
	..		..				
	..		..				
	..		..				
	..		..				
TOTAL							60,00

Assinatura do Funcionário

04/10/2024

Assinatura do Secretário

04/10/2024

Assinatura do Tesoureiro

___/___/___



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE – SETOR DE AGENDAMENTO

LISTA DE PASSAGEIROS – Controle de Viagem 435/24

DESTINO:
CORNELIO PROCOPIO

DATA:
03/10/24

SAÍDA:
06:30 HRS

RESPONSÁVEL:
VALERIA

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	BENEDITO SEVERIANO DE SOUZA	TOMO	CEGEN	PEGAR NA CASA
2	ACOMP			
3	ACOMP			
4				
MOTORISTA		SIDINEI BARRAL		
VEICULO		AMBULANCIA		