



pg 22/08

RESUMO DAS DESPESAS VIAGEM

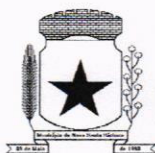
Funcionário: <u>Dedemir de Dango Barrol</u>	Cargo ou Função: <u>M. de Costa</u>
Órgão: <u>Unidade de Saúde</u>	Solicitação N° <u>272/24</u> Empenho N° <u>272/24</u> Recebido em: <u>/ /</u>

Data Inicio	Hora inicio	Data Fim	Hora final	Motivo da viagem	Destino	Controle viagem	Valor
20/08/24	05:30	20/08/24	16:17	Servir paciente para o almoço	Bondinho e Dropengas		6000
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
TOTAL							6000

Assinatura do Funcionário
21/08/2024

Secretário
21/08/27

Assinatura do Tesoureiro



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE – SETOR DE AGENDAMENTO

LISTA DE PASSAGEIROS – Controle de Viagem 172/24

DESTINO:
LONDRINA

DATA:
20/08/2024

SAÍDA:
05:30 HRS

RESPONSÁVEL:
VALERIA

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	JOSE ERIVANOR CESARIO	URO	HC	PEGAR NO BAR DO CIDO
2	ACOMP			
3	WILSON OTELINO DOS SANTOS	VASCULAR	HONPAR	
4	ACOMP			
5	PATRICIA GUEDES DA SILVA	ELETRONEUROMIOGRAFIA		PEGAR NA CASA
6	MONICA LIMA	INTEGRALE		PEGAR NO CELINHO
7	ACOMP			
8	AILTON PRIMO DANIEL	CAPIS		
9	ACOMP			
10	HELEN RODRIGUES DA SILVA	USG	ULTRA CLIN	
11	ACOMP			
12	IMANUELLI PROENÇA DE ALMEIDA	INSS		
13	ELIZELIA GONÇALVES	INSS		
14	ACOMP			
		SIDINEI BARRAL		
VEICULO		VAN		

SOLICITAÇÃO DE VIAGEM

DADOS DO SOLICITANTE

Nome: **Sidinei de Souza Barral**

Matrícula: **23485-9**

Órgão de Lotação: **Secretaria Municipal de Saúde**

Cargo ou função: **Motorista**

DADOS DA VIAGEM

Data da Viagem: saída dia **20-08-2024 às 05:30 horas** e retorno dia **20-08-2024 às +-17:00**

Horas.

Destino: **LONDRINA + ARAPONGAS**

Valor de diárias: **60,00**

Transporte utilizado: **VAN**

Finalidade da viagem: **transporte de paciente para consultas e exames**

Dotação Orçamentária: **08 – Secretaria Municipal de Saúde**

001 – Fundo Municipal de Saúde

10.301.0330.2025 – Manutenção do Fundo Municipal de Saúde

2270 – 3.3.90.14.00.00 303 – Diárias - Civil

Liberação Orçamentária:

Declaro estar ciente das normas previstas na Lei Municipal nº **1147/2023**, que aprova a concessão das diárias. Declaro também e para todos os fins que são verídicas as informações prestadas, sem rasuras, nesta solicitação de diária e me responsabilizo por eventuais equívocos e omissões, sendo que autorizo o desconto em folha de pagamento de eventuais créditos não gastos e não ressarcidos ao erário.

Sidinei de Souza Barral

Sidinei de Souza Barral

Solicitante da viagem

☒ Autorizado () Não autorizado

Mizael Mateus Leite

Mizael Mateus Leite

Secretário Municipal de Saúde