



DEMONSTRATIVO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS DE DIÁRIA

Funcionário: Carlos Trindade	Cargo ou Função: Motorista
Órgão: _____	Unidade: _____
	Solicitação Nº _____ Empenho Nº: _____
	Recebido em: _____ / _____ / _____

RESUMO DAS DESPESAS VIAGEM

Data Inicio	Hora inicio	Data Fim	Hora final	Motivo da viagem	Destino	Controle viagem	Valor
19/05/2025	03:00	20/05/2025	20:45	Levar o paciente Arthur Felipe Martins no Hospital Pequeno Príncipe e Eva Aparecida Ribeiro no Hospital Cajuru.	Curitiba	730/25	500,00
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
TOTAL							500,00

<i>Antônio Tundo</i> Assinatura do Funcionário _____/____/____	 Secretário _____/____/____	_____/____/____ Assinatura do Tesoureiro _____/____/____
---	--	---

PREFEITURA MUNICIPAL
NOVA SANTA BÁRBARA
Secretaria Municipal de Saúde



TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 730/25

DESTINO: CURITIBA
 DATA: 19-05-25
 20-05-25
 SAÍDA: 04:00 HRS
 03:00
 RESPONSÁVEL:

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	ARTHUR FELIPE MARTINS	CONSULTA	PEQUENO PRINCIPE	PEGAR NA CASA DA DENISE
2	ACOMP			
3	EVA APARECIDA RIBEIRO	CONSULTA	HOSP CAJURU	PEGAR NA CASA
4	ACOMP			
5	EODIMARA ARAÚJO	RETORNO		
MOTORISTA		CARLOS TRINDADE		
VEICULO		SPIN		