



Funcionário: <u>EDUARDO MONTANHEL DE SOUZA</u>	Cargo ou Função: <u>MOTORISTA</u>
Órgão: <u>SEC. DE SAÚDE</u>	Unidade: _____
Solicitação Nº _____	Empenho Nº: _____
Recebido em: _____ / _____	_____ / _____

Data Inicio	Hora inicio	Data Fim	Hora final	Motivo da viagem	Destino	Controle viagem	Valor
25/06/25	12:00	26/06/25	20:30	Levor Paciente Eva Admãcida Ribeiro No Hosp. Casquin	Curitiba	970/25	R\$ 50,00
	:		:				
	.		.				
	.		.				
	.		.				
	.		.				
	.		.				
	.		.				
	.		.				
	.		.				
	.		.				
	.		.				
	.		.				
	.		.				
TOTAL							R\$ 50,00

Assinatura do Tesoureiro

E 2258/25
18 27/06



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE – SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS – Controle de Viagem 970/25

DESTINO:
CURITIBA

DATA:
25-06-25
26-06-25

SAÍDA:
12:00 HRS

RESPONSÁVEL:

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	EVA APARECIDA RIBEIRO	GASTRO	HOSP CAJURU	PEGAR NA CASA
2	ACOMP			
3	CRISTIANE APARECIDA SILVA			
MOTORISTA		EDUARDO		
VEICULO		CRONOS		