



PREFEITURA MUNICIPAL DE
NOVA SANTA BÁRBARA
ESTADO DO PARANÁ

DEMONSTRATIVO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS DE DIÁRIA

Funcionário: <u>Geovane V. da Costa</u>	Cargo ou Função: <u>Secretaria</u>
Órgão: _____	Solicitação N°: _____
Unidade: _____	Recebido em: _____ / _____ / _____
Empenho N°: _____	

RESUMO DAS DESPESAS VIAGEM

Data Início	Hora início	Data Fim	Hora final	Motivo da viagem	Destino	Controle viagem	Valor
05/04/2023	06:30	05/04/2023	16:30	Levar paciente no CISHOP, Neurocir, Santa C.	Cornélio / Sm.	500/2023	40,00
07/04/2023	10:50	07/04/2023	15:30	Levar paciente de alta	Estadia de Jul. Cornélio		40,00
07/04/2023	16:50	07/04/2023	19:20	Levar transferência			
09/04/2023	14:00	10/04/2023	18:00	Levar paciente no hospital Infantil.	Araribá / Campob.	515/2023	200,00
11/04/2023	08:30	11/04/2023	20:00	Levar paciente de alta no hosp. Waldemar M.	Campo Largo.	524/2023	100,00
13/04/2023	06:30	13/04/2023	17:00	Levar paciente no CISHOP, Neurocir, Hosp. Elhos.	Cornélio P.	543/2023	40,00
15/04/2023	09:00	15/04/2023	11:00	Levar paciente na BR + saúde	Granaí.	555/2023	40,00
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
TOTAL						-----	460,00

<u>Geovane V. da Costa</u> Assinatura do Funcionário	<u>[Assinatura]</u> Assinatura do Tesoureiro
---	---