



DEMONSTRATIVO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS DE DIÁRIA

RESUMO DAS DESPESAS VIAGEM

<i>Rogério B. dos Santos</i> Assinatura do Funcionário ____/____/____	<i>[Assinatura]</i> Secretário <i>04/04/2025</i>	Assinatura do Tesoureiro ____/____/____
--	---	---



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE – SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS – Controle de Viagem 485/2025

DESTINO:
CAMPO LARGO

DATA:
02-04-25

SAÍDA:
05:00 HRS

RESPONSÁVEL:
VALERIA

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	ALANA KAROLINY PROENÇA RODRIGUES	RETORNO CIRURGICO	HOSP WALDEMAR MONASTIER	PEGAR NA CASA
2	ACOMP			
3				
MOTORISTA		ROGERIO		
VEICULO		CRONOS		