



PREFEITURA MUNICIPAL DE
NOVA SANTA BÁRBARA
 ESTADO DO PARANÁ

DEMONSTRATIVO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS DE DIÁRIA

Funcionário: Dedini de Souza Bond

Cargo ou Função: Motociclista

Órgão: Unidade de Saúde Unidade: _____

Solicitação N° _____ Empenho N° _____
 Recebido em: _____ / _____ / _____

RESUMO DAS DESPESAS VIAGEM

| Data Início | Hora início | Data Fim | Hora final | Motivo da viagem | Destino | Controle viagem | Valor |
|--------------|-------------|------------|------------|----------------------------------|-----------------------|-----------------|--------------|
| 15/01/2025 | 03:00 | 15/01/2025 | 09:30 | Levar pacientes para Hemodiálise | Cornélio Pracóprio | | 69,00 |
| | : | | : | | | | |
| | : | | : | | | | |
| | : | | : | | | | |
| | : | | : | | | | |
| | : | | : | | | | |
| | : | | : | | | | |
| | : | | : | | | | |
| | : | | : | | | | |
| | : | | : | | | | |
| | : | | : | | | | |
| | : | | : | | | | |
| TOTAL | | | | | | | 69,00 |

Dedini de Souza Bond
 Assinatura do Funcionário
 16/01/2025

 Assinatura do Tesoureiro
 ____/____/____

E 72/25
 18 14/01



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE – SETOR DE AGENDAMENTO

LISTA DE PASSAGEIROS – Controle de Viagem 49/2025

DESTINO:
CORNELIO PROCOPIO

DATA:
15-01-25

SAÍDA:
03:00 HRS

RESPONSÁVEL:
VALERIA

| Qtd | Nome passageiro | Especialidade | Destino | Obs.: |
|-----------|-----------------------|---------------|---------|---------------|
| 1 | LUBELIA BRAZ DA SILVA | HEMODIALISE | | PEGAR NA CASA |
| 2 | ACOMP | | | |
| 3 | MARIA SOARES | HEMODIALISE | | PEGAR NA CASA |
| 4 | ACOMP | | | |
| 5 | ANA DE OLIVEIRA | HEMODIALISE | | PEGAR NA CASA |
| 6 | ACOMP | | | |
| MOTORISTA | | SIDNEY | | |
| VEICULO | | SPIN | | |