|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Prefeitura Municipal de Birigui**  **SECRETARIA DE SAÚDE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | **RELATÓRIO DE VIAGEM** | | | | | | | | | |
| MOTORISTA QUE REALIZARÁ A VIAGEM: | | | | | | | | | | | | | ANTONIO MARIA DA SILVA | | | | | | | | | | | | | | |
| DATA DA VIAGEM: | | | |  | | | | | | | | | Autorizado por:  Rodrigo José Jorge  Diretor da Seção de Exp.e Transporte | | | | | | | | | | | | | | |
| NATUREZA DA VIAGEM | | | SAÍDA / BIRIGUI | | | | | | DESTINO | | | | | DA VIAGEM | | CHEGADA / DESTINO | | | | | | RETORNO / BIRIGUI | | | | Atesto a realização  da viagem | |
| DIA | | | | HORA | | CIDADE | | | | | LOCAL | | DIA | | | HORA | | | DIA | HORA | | |
| TRANSP. PACIENTES | | |  | | | |  | |  | | | | |  | |  | | |  | | |  |  | | |  | |
|  | | |  | | | |  | |  | | | | |  | |  | | |  | | |  |  | | |  | |
|  | | |  | | | |  | |  | | | | |  | |  | | |  | | |  |  | | |  | |
|  | | |  | | | |  | |  | | | | |  | |  | | |  | | |  |  | | |  | |
|  | | |  | | | |  | |  | | | | |  | |  | | |  | | |  |  | | |  | |
|  | | |  | | | |  | |  | | | | |  | |  | | |  | | |  |  | | |  | |
|  | | |  | | | |  | |  | | | | |  | |  | | |  | | |  |  | | |  | |
|  | | |  | | | |  | |  | | | | |  | |  | | |  | | |  |  | | |  | |
|  | | |  | | | |  | |  | | | | |  | |  | | |  | | |  |  | | |  | |
| DADOS DO VEÍCULO UTILIZADO NA VIAGEM: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PLACA: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | Número: | | | \_\_\_\_\_\_\_ | | | | Km (Saída): | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Km (Chegada): | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | Km (Percorrido): | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| APURAR O VALOR DA DIÁRIA EM CONFORMIDADE COM A VIAGEM REALIZADA: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nº de Diárias: | | [ ] 1 [ ] ½ | | | | Valor de uma Diária: | | | | | [ ] R$ 40,00 [ ] R$ 60,00 [ ] R$ 120,00 | | | | | | | | | Valor Total a Receber: | | | | | R$ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| AUTORIZO O PAGAMENTO  *Cássia Rita Santana Celestino*  *Secretária Municipal da Saúde* | | | | | | | | | | DECLARO QUE O REGISTRO ACIMA ESTÁ EM CONFORMIDADE COM A VIAGEM REALIZADA.  Antonio Maria da Silva  *Motorista* | | | | | | | | | | | | SECRETARIA DE FINANÇAS  Conferido:  *Eduardo Thomazini Junior*  *Chefe de Divisão Contábil* | | | | | |