



Município de Salto do Itararé

Paço Municipal "Prefeito José Odair"

SECRETARIA MUNICIPAL DE: SAÚDE

SOLICITAÇÃO DE DIÁRIAS Nº 00715/2019

SOLICITANTE

NOME: LUCILENA DE CARVALHO CPF:

CARGO: AUX. DE ENFERMAGEM (HOSPITAL) MATRICULA Nº

DADOS CONTA BANCÁRIA: Nº BANCO: 341 Nº AGÊNCIA: 5345 Nº CONTA:

HOSP SUS

MOTIVO DA VIAGEM: TRANSFERENCIA DE GESTANTE PARA O HOSP REGIONAL.

DESCRIÇÃO DAS DIÁRIAS:

DESTINO: SANTO A DA PLATINA KM: 90 Sem Pernoite

HORÁRIO SAÍDA: 03:00 CHEGADA: 09:20 VEÍCULO/PLACA: RENALT AYJ 1594

PERÍODO DA VIAGEM: 26/05/2019 à 26/05/2019

Nº DE DIÁRIAS: 01 VALOR UNITÁRIO: 40,00 VALOR TOTAL: 40,00

TOTAL POR EXTENSO: QUARENTA REAIS

Salto do Itararé, 25 de MAIO de 2019

ASSINATURA DO SOLICITANTE

AUTORIZAÇÃO DA CHEFIA

DATA: 25 / 05 / 2019

NOME: ODAIR DE OLIVEIRA

CARGO: SECRETARIO MUNICIPAL DE SAÚDE

ASSINATURA: 

Odair de Oliveira
Secretário Municipal de Saúde
Salto do Itararé - PR
Portaria - 007/2017

AUTORIZAÇÃO DO PAGAMENTO

NOME: PAULO SERGIO FRAGOSO DA SILVA

CARGO: PREFEITO MUNICIPAL

ASSINATURA: _____

DATA: / 05 / 2019



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SALTO DO ITARARÉ
C.N.P.J - 11.582.670/0001-80
Rua João Crispim, nº 855 - Vila Nova - Fone 3579 1394 - CEP 84945-000
Salto do Itararé - Estado do Paraná

TRANSFERÊNCIA / ALTA DE PACIENTE

Motorista: Kave Data: 26/05/2019
Carro: _____ Hora: 3:00 hrs.

Enfermeiro (a) () Auxiliar de Enfermagem (X)

Nome: Lucilene de Carvalho

Nome do Paciente: Dayane Belasco dos Santos

Para a cidade de: Santo Inácio da Platina.

Impressão: _____
Data: _____
Assinatura: _____
Fone/Fax: (41) 3579-1394 3579-7657