E 4651/25
DS 25/11

PREFEITURA MUNICIPAL DE
NOVA SANTA BÁRBARA
ESTADO DO PARANÁ

DEMONSTRATIVO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS DE DIÁRIA

Funcionário: Aline Campos Gonçalves Almeida	*Cargo ou Função: Enfermeira*
Órgão: Secretaria Municipal de Saúde *Unidade: Centro de Saúde*	*Solicitação Nº* _____ *Empenho Nº:* _____ *Recebido em:* ____/____/____

RESUMO DAS DESPESAS VIAGEM

Data Inicio	Hora inicio	Data Fim	Hora final	Motivo da viagem	Destino	Controle viagem	Valor
03/12/2025	07:30	03/12/2025	14:00	Educação Continuada referente a linha de cuidado Materno Infantil	18ª RS - Cornélio Procópio/PR		60,00
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
	:		:				
TOTAL						---------	***60,00***

Aline C.G. Almeida *Assinatura do Funcionário* 04/12/25	*Secretário* 05/12/25	*Assinatura do Tesoureiro* ___/___/___

AME PARANÁ
AMBULATÓRIO MÉDICO DE ESPECIALIDADES

CISNOP

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO NORTE DO PARANÁ

QUALI CIS

Bárbara Mayumi Iron Sato	Médica	Bandeirantes	43 998009244
Aline C. G. Almeida	Enfermeira	Nova Ca Bais	99196-1557