



Funcionário: <i>Amunda Bortoli Nascimento Veroneze Mengolo</i>	Cargo ou Função: <i>Enfermeira</i>
Órgão: <i>Secretaria Municipal de Saúde</i> Unidade: <i>Centro de Saúde</i>	Solicitação Nº: _____ Empenho Nº: _____ Recebido em: _____ / _____ / _____

[illegible]

Assinatura do Tesoureiro

AMBULATÓRIO MÉDICO DE ESPECIALIDADES
AÇÕES EDUCATIVAS

CAPACITAÇÃO:

DATA:

28/04/25

HORÁRIO:

08:30

LOCAL:

Quilômetro 18 RS

NOME	MUNICÍPIO	CARGO/FUNÇÃO	Telefone	E-MAIL	ASSINATURA
Silvia Milte Ivahashi	Andará	Enfermeira	43 99914-7475	silvia_sorriso@hotmail.com	
Maria Lucia Rodrigues	Santa Amélia	Enfermeira	43984168341	luciaenf71@gmail.com	
JANAINA VALÉRIA CAMPOS	Santa Mariana	enfermeira	43 99980-7875	ivcampos15@hotmail.com	
ALINE CAMPOS GONÇALVES ALMEIDA	Nova Santa Bárbara	ENFERMEIRA ESF	43991961557	aline.almeida81@hotmail.com	
MANDA BORTOTTI NASCIMENTO VERONEZE M	Nova Santa Bárbara	ENFERMEIRA	43991674166	epidemionsb@gmail.com	
Sabela Oliveira Varotto	Santa Mariana	Enfermeira	43999109329	isabelavarotto@hotmail.com	
Ellen Cristina de Oliveira	Santa Cecília do Pavão	Enfermeiro	43991050808	ellen_oliveira123@outlook.com	
Christiane Uzai	Santa Mariana	Enfermeira	43 99912-2516	crisuzai2509@yahoo.com.br	
Sabêrli Oliveira Leme Carmolese	Santa Mariana	Enfermeira	43999819009	gabrielmecamolese@gmail.com	
Marcilene de Paiva Nardi	Leópolis	Enfermeira	43984324208	marcipaiva@gmail.com	