

## DEMONSTRATIVO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS DE DIÁRIA

<i>Funcionário:</i> ROSANA RUY DE SOUZA	<i>Cargo ou Função:</i> SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE
<i>Órgão:</i> SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	<i>Unidade:</i> _____

### RESUMO DAS DESPESAS VIAGEM

Data Início	Hora inicio	Data Fim	Hora final	Motivo da viagem	Destino	Controle viagem	Valor
09/01/2024	08:00	09/01/2024	15:00	Reunião da CIR (Comissão Intergestores Regional).	Cornélio	-	80,00
:	:	:	:				
:	:	:	:				
:	:	:	:				
:	:	:	:				
:	:	:	:				
:	:	:	:				
:	:	:	:				
:	:	:	:				
:	:	:	:				
<b>TOTAL</b>							<b>80,00</b>

<i>Assinatura do Funcionário</i> Assinatura do Funcionário 10 / 01 / 2024	<i>Assinatura do Tesoureiro</i> Assinatura do Tesoureiro 10 / 01 / 2024
---	---

**LISTA DE PRESENÇA**

Título da reunião:

Local de Reunião:

Nome

Cargo/ Função

Seção/ Setor

Telefone p/ Contato

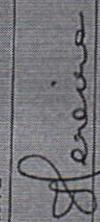
Assinatura

Edson S. Pereira

Exof

SCRACA

(43) 99914-5252



A. Dubic

Cef.

UAPSF

43 9991248384



Joacine P. Moreira Figueiredo

Directora APS

UAPSF/SMS

43 999382614

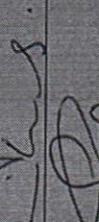


Mariana Flora Jorja

Recd. Janice

S.m.S.

(43) 999 838490



Cláudia Tokosuei

Sec. Saúde

SMS

(43) 999695210



Rosana Luy de Jorja

S.m.s

(43) 99103-3052



Data de realização: 09/04/2024

Hora: Das : às :

Município: /PR