



Funcionário: ALINE C.G. ALMEIDA

Cargo ou Função: ENFERMEIRA

Órgão: SECRETARIA DE SAÚDE

Unidade:

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
03/07/25	08:00	03/07/25	17:00	Acesso, Cuidado e Direitos à Saúde da Mulher			
	.		.				
	.		.				
	.		.				
	.		.				
	.		.				
	.		.				
	.		.				
	.		.				
	.		.				
	.		.				
	.		.				
	.		.				
	.		.				
	.		.				
	.		.				
	.		.				
	.		.				
	.		.				
	.		.				
	.		.				
TOTAL							60,00

Quine CQ Almeida
Assinatura do Funcionário
04/07/25

Secretário

Assinatura do Tesoureiro

Dr. Wm. C. D. D. D.

Dr. Wm. C. D. D.

I SEMINÁRIO ESTADUAL

Acesso, Cuidado E Direitos À Saúde Da Mulher

03/07/25

Lista de Presença

Nº	NOME	TELEFONE	MUNICIPIO	ASSINATURA
54	Guine C. G. Oliveira	1491 99196-1557	Nova Sta. Inês	
55	Jane Alice de Siqueira Teixeira	(43) 992343450	Nova Sta. Inês	
56	Camila B. M. M. Moniz	(43) 991674466	Nova Sta. Inês	
57				
58				
59				
60				
61				
62				
63				
64				
65				
66				
67				
68				
69				
70				
71				
72				
73				
74				
75				