

E 417d/25

Órgão: Secretaria de Saúde Unidade: VAPSF

Solicitação Nº _____ Empenho Nº: _____

Solicitação Nº _____ Empenho Nº: _____
Recebido em: _____ / _____ / _____

Data Inicio	Hora inicio	Data Fim	Hora final	Motivo da viagem	Destino	Controle viagem	Valor
03/12/25	10:00	03/12/25	16:00	Acompanhar guests para consulta	Santa Mariana		60,00
	.		.				
	.		.				
	.		.				
	.		.				
	.		.				
	.		.				
	.		.				
	.		.				
	.		.				
	.		.				
	.		.				
	.		.				
	.		.				
TOTAL							60,00

Assinatura do Funcionário
09/22/25

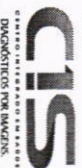
Secretário
04/01/2025

Assinatura do Tesoureiro



Hospital St^a Alice

Rua Manoel da Silva Machado, 554 - Centro
CEP 86350-000 - Santa Mariana - PR
Fone: (43) 3531-1436



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

1 Delibair

Detens de Ato Aule Nixky
Auererw lalrre n. Casar

H075

03/11/25

João Koslov Netc

CRM/PR 32476

ROE 21614

Ginecologista / Obstetriz - RQE 26337

Reprodução Assistida - RQE 26338

Endoscopia Ginecológica - RQE 26338