



Cargo ou Função: Técnico de Enfermagem

Solicitação Nº \_\_\_\_\_ Empenho Nº: \_\_\_\_\_  
Recebido em: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

| Data Inicio | Hora inicio | Data Fim | Hora final | Motivo da viagem                   | Destino | Controle viagem | Valor |
|-------------|-------------|----------|------------|------------------------------------|---------|-----------------|-------|
| 27/09/05    | 7 :00       | 27/09/05 | 13 :00     | desempenho quitação para consórcio |         |                 | 60,00 |
|             | .           |          | .          |                                    |         |                 |       |
|             | .           |          | .          |                                    |         |                 |       |
|             | .           |          | .          |                                    |         |                 |       |
|             | .           |          | .          |                                    |         |                 |       |
|             | .           |          | .          |                                    |         |                 |       |
|             | .           |          | .          |                                    |         |                 |       |
|             | .           |          | .          |                                    |         |                 |       |
|             | .           |          | .          |                                    |         |                 |       |
|             | .           |          | .          |                                    |         |                 |       |
|             | .           |          | .          |                                    |         |                 |       |
|             | .           |          | .          |                                    |         |                 |       |
|             | .           |          | .          |                                    |         |                 |       |
|             | .           |          | .          |                                    |         |                 |       |
|             | .           |          | .          |                                    |         |                 |       |
|             | .           |          | .          |                                    |         |                 |       |
|             | .           |          | .          |                                    |         |                 |       |
|             | .           |          | .          |                                    |         |                 |       |
|             | .           |          | .          |                                    |         |                 |       |
|             | .           |          | .          |                                    |         |                 |       |
| TOTAL       |             |          |            |                                    |         |                 | 60,00 |

Assinatura do Tesoureiro



Hospital St<sup>a</sup> Alice

Rua Manoel da Silva Machado, 554 - Centro  
CEP 86350-000 - Santa Mariana - PR

Fone: (43) 3531-1436



Dermis

Deixo de sua parte Termino  
a consulta bem como nos exames  
de (x) (x) (x)

Uso MOSIOV NEL  
CRM/PR 32476 - RQE 21614  
Ginecologista / Obstetrícia - RQE 26337  
Reprodução Assistida - RQE 76338  
Endoscopia Ginecológica

17/12/20

"Saúde vale mais que riqueza."