



ESTADO DE RONDÔNIA  
MUNICÍPIO DE PRIMAVERA DE RONDÔNIA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
GESTÃO 2025/2028



PRESTAÇÃO DE CONTAS DE DIÁRIAS - PCD

Nome	<b>DOUGLAS JERÔNIMO DA SILVA</b>	
Cadastro nº: <b>1224</b>	Cargo: <b>MOTORISTA</b>	Valor: <b>R\$ 150,00</b>
Portaria nº: <b>157/GP/2026</b>	Qtde de Diárias: <b>01</b>	
Início e Término da Viagem Prevista conforme Portaria: 31/03/2026		
Localidade(s) objeto da Viagem: JI - PARANÁ/RO		
Meio de transporte utilizado: <i>VEICULO OFICIAL CRONOS PLACA SLH 5A36</i>		
Relatório de Viagem: Realizou o transporte de paciente para consulta médica agendada.		
Documentos Anexados:		
<input type="checkbox"/> Cópia do certificado de participação no evento, em caso de treinamento;		
<input type="checkbox"/> Bilhetes de passagem aérea ou rodoviária (ida e volta), se for o caso;		
<input checked="" type="checkbox"/> Declaração para fins de comprovação de viagem, conforme anexo IV;		
<input checked="" type="checkbox"/> Comprovantes de despesas, tais como notas fiscais, recibos e outros;		
<input type="checkbox"/> Outras Informações.		

Primavera de Rondônia - RO, em 08 de Abril de 2026.

  
**DOUGLAS JERONIMO DA SILVA**  
Motorista



# SEMSAU

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
GESTÃO 2025-2028

NOME DO SERVIDOR: DOUGLAS JERONIMO		CPF: 002.471.142-00
CARGO OU FUNÇÃO: MOTORISTA		
PORTARIA: 157	PROCESSO: 580	
DESTINO: JI- PARANA RO	PERÍODO DA VIAGEM: 31/03/26	

Os que abaixo assinam, para todos os fins legais, certificam que o servidor acima qualificado esteve nesta localidade:

NOME DO RESPONSÁVEL:	<b>ha</b> INSTITUTO DE PREVENÇÃO JI-PARANÁ/RO <b>FUNDAÇÃO PIO XII</b> ASSISTÊNCIA À SAÚDE HOSPITAL DE AMOR - CNPJ: 49.150.352/0017-80
LOCALIDADE: HOSPITAL DO AMOR	
DATA: 31/03/2026	

NOME DO RESPONSÁVEL:	
LOCALIDADE:	
DATA: / /	
Assinatura e carimbo	

NOME DO RESPONSÁVEL:	
LOCALIDADE:	
DATA: / /	
Assinatura e carimbo	

NOME DO RESPONSÁVEL:	
LOCALIDADE:	
DATA: / /	
Assinatura e carimbo	

NOME DO RESPONSÁVEL:	
LOCALIDADE:	
DATA: / /	
Assinatura e carimbo	

NOME DO RESPONSÁVEL:	
LOCALIDADE:	
DATA: / /	
Assinatura e carimbo	



# SEMSAU

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
GESTÃO 2025-2028

ROTEIRO DE TRÂNSITO DO VEÍCULO:

PLACA: **VAK 8F68**

Nome do condutor				
Hora da saída	Data	Km inicial	Km final	Total de km rodado
08:51	31-03-26	74726	75709	383
Atividades desenvolvidas: <b>TRANSPORTE DE PACIENTE P/O HCR</b> <b>E O H. DO AMOR EM M. PARANA</b>				
Assinatura do Condutor		Data da entrega	Hora de chegada	
<i>[Assinatura]</i>		31-03-26	21:20	

ROTEIRO DE TRÂNSITO DO VEÍCULO:

PLACA:

Nome do condutor				
Hora da saída	Data	Km inicial	Km final	Total de km rodado
Atividades desenvolvidas:				
Assinatura do Condutor		Data da entrega	Hora de chegada	

ROTEIRO DE TRÂNSITO DO VEÍCULO:

PLACA:

Nome do condutor				
Hora da saída	Data	Km inicial	Km final	Total de km rodado
Atividades desenvolvidas:				
Assinatura do Condutor		Data da entrega	Hora de chegada	