



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



PRESTAÇÃO DE CONTAS DE DIÁRIAS - PCD

Nome	<b>WHERBET COUTINHO SILVA</b>		
Cadastro nº: <b>1158</b>	Cargo: <b>MOTORISTA</b>	Valor: <b>R\$ 150,00</b>	
Portaria nº: <b>203/GP/2026</b>	Qtde de Diárias: <b>01</b>		
Início e Término da Viagem Prevista conforme Portaria: 23/04/2026.			
Localidade(s) objeto da Viagem; JI - PARANÁ/RO			
Meio de transporte utilizado: VEICULO OFICIAL MICRO ONIBUS UAK 8F68			
Relatório de Viagem: CONDUZIU O VEÍCULO TRANSPORTANDO OS PACIENTES 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 28 de abril de 2026.

  
\_\_\_\_\_  
WHERBET COUTINHO SILVA  
MOTORISTA



NOME DO SERVIDOR: WHERBET COUTINHO SILVA		CPF;650.982.772-72
CARGO OU FUNÇÃO: MOTORISTA		
PORTARIA: 203	PROCESSO: 725	
DESTINO: JI PARANA RO	PERÍODO DA VIAGEM: 23/04/26	

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

NOME DO RESPONSÁVEL: LOCALIDADE: Hospital de Amor JR DATA: 23/04/2026.	 INSTITUTO DE PREVENÇÃO JI-PARANÁRO FUNDAÇÃO PIO XII HOSPITAL DE AMOR - CNPJ: 49.150.352/0017-85 R. SÃO PEDRO, 123 - CEP: 76.913-502
NOME DO RESPONSÁVEL: WILHAMS LOCALIDADE: Clínica Sol DATA: 23/04/2026	SOL SERVIÇOS DE OFTALMOLOGIA LTDA AV. ARACATI Nº 1682 GALA 04 B. SÃO PEDRO - CEP: 76.913-502 JI-PARANA RO
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

