

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>214/GP/2026</b>	Qtde de Diárias: <b>01</b>	
Início e Término da Viagem Prevista conforme Portaria: 27/04/2026		
Localidade(s) objeto da Viagem; JI- PARANÁ/RO		
Meio de transporte utilizado: VEICULO OFICIAL CAMINHONETE HILUX UAL 6D08.		
Relatório de Viagem: CONDUZIU O VEÍCULO TRANSPORTANDO 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.		

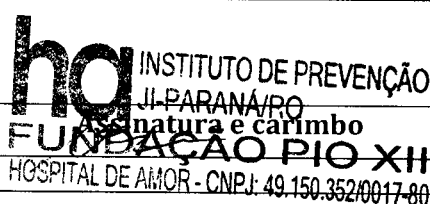
Primavera de Rondônia - RO, em 29 de abril de 2026.

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

**COMPROVAÇÃO DE DIARIAS**

NOME DO SERVIDOR: Wherbet Coutinho Silva		CPF: 650.982.772-72
MOTORISTA	MATRICULA:	
PORTARIA: 114/GP/2025.	PROCESSO: 747/2025	
DESTINO: JI PARANA	PERÍODO DA VIAGEM:	

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

NOME DO RESPONSÁVEL:	
LOCALIDADE: Hospital do Amor JI Parana	
DATA: 27 10 2026	

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

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

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

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

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

Observações:

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

Observações:

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





# SEMSAU

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
GESTÃO 2025-2028

ROTEIRO DE TRÂNSITO DO VEÍCULO:

PLACA: UAC 6208

Nome do condutor		Whit		
Hora da saída	Data	Km inicial	Km final	Total de km rodado
5:00	24/04	15260	15673	0
Atividades desenvolvidas:				
Transporte de pacientes Agendado para retorno à parana				
Assinatura do Condutor		Data da entrega	Hora de chegada	
		15:20		

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	

ROTEIRO DE TRÂNSITO DO VEÍCULO:

PLACA: SLH 5A 36

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	