




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



PRESTAÇÃO DE CONTAS DE DIÁRIAS - PCD

Nome	THEREZINHA COUTINHO		
Cadastro nº: 109	Cargo: TECNICA DE ENFERMAGEM	Valor: R\$ 300,00	
Portaria nº: 217/GP/2026	Qtde de Diária; 01		
Início e Término da Viagem Prevista conforme Portaria: 28/04/2026			
Localidade(s) objeto da Viagem: VILHENA/RO			
Meio de transporte utilizado:VEICULO OFICIAL AMBULANCIA PLACA CMZ 5D73			
Relatório de Viagem: REALIZOU O ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE COM ALTA MEDICA HOSPITALAR .			
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, 04 de maio 2026.


THEREZINHA COUTINHO
TECNICA DE ENFERMAGEM



ESTADO DE RONDÔNIA - RO
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PRIMAVERA DE RODONIA -RO
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 GESTÃO 2025/2028

TNOME: Therezinha coutinho		CPF: 561.713.402-78
CARGO OU FUNÇÃO: TÉCNICA DE ENFERMAGEM		
PORTARIA: 217	PROCESSO: 755	
DESTINO: VILHENA-RO	PERÍODO DA VIAGEM: EMERGÊNCIA 28/04/2026	

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

04.092.706/0002-62

HOSPITAL REGIONAL

ADAMASTOR TEIXEIRA DE OLIVEIRA
 Av. Sabino Bezerra de Queiroz, n° 4532
 Jardim América CEP 76.980-066
 VILHENA-RO

Assinatura e carimbo

NOME DO RESPONSÁVEL:	
LOCALIDADE:	
DATA: 28/04/2026	

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



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

Prm



PRESTAÇÃO DE CONTAS DE DIÁRIAS - PCD

Nome JOSE ROBERTO GONCHOROWISK		
Cadastro nº: 109	Cargo: MOTORISTA	Valor: R\$ 300,00
Portaria nº: 217/GP/2026	Qtde de Diária; 01	
Início e Término da Viagem Prevista conforme Portaria: 28/04/2026		
Localidade(s) objeto da Viagem: VILHENA/RO		
Meio de transporte utilizado:VEICULO OFICIAL AMBULANCIA PLACA CMZ 5D73		
Relatório de Viagem: REALIZOU O TRANSPORTE DE PACIENTE COM ALTA MEDICA HOSPITALAR .		
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, 04 de maio 2026.



JOSE ROBERTO GONCHOROWISK
MOTORISTA



NOME DO SERVIDOR: JOSE ROBERTO GONCHOROWISK		CPF; 272.701.491-00
CARGO OU FUNÇÃO: MOTORISTA		
PORTARIA: 109	PROCESSO: 755	
DESTINO: Vilhena	PERÍODO DA VIAGEM:	

Os que abaixo assinam, para todos os fins legais, certificam que o **04.692.70670002962** mencionado neste documento esteve nesta localidade:

HOSPITAL REGIONAL
 ADAMASTOR TEIXEIRA DE OLIVEIRA
 Av. Sabino Bezerra de Queiroz, n° 4532
 Jardim América CEP 76.980-066
 VILHENA-RO

NOME DO RESPONSÁVEL:	Assinatura e carimbo
LOCALIDADE:	
DATA: 28/10/2026	

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: / /	

34-2407 RUNDOSOFT SYSTEMS - 69 3322-4592/69 84



CHURRASCARIA BODANESE

D. D. COSTA CHURRASCARIA
CNPJ: 29.934.553/0001-01 - IE: 00000005024072
End.: AVENIDA CELSO MAZUTTI, 2135
Bairro: BODANESE - VILHENA/RO - 76981-097
Fone: (69)3322-4472

DANFE NFC-e - Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica

Não permite aproveitamento de crédito do ICMS

Código	Descrição	Qtde Un	x	Valor Unitário	Valor Total
000229	SAI GADO FRITO	1	UN	8,0000	8,00
000241	CAFE	1	UN	2,0000	2,00

Qtde total de itens

2

Valor total R\$

10,00

FORMA PAGAMENTO

VALOR PAGO R\$

Dinheiro

10,00

Informação dos Tributos Totais Incidentes
(Lei Federal 12.741/2012)

0,34

P. Roberto Johnson
Consulte pela chave de acesso em:

www.sefin.ro.gov.br/nfce/consulta

CHAVE DE ACESSO

1126 0429 9345 5300 0101 6500 1000 0276 5915 5101 2214

Consulte a chave de acesso em:

CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO



Número: 000027659 Série: 001
Emissão: 28/04/2026 08:48:02

Protocolo de Autorização

211260088970769 28/04/2026 08:52:33 -04:00

VD: 310508

Valor Aproximado dos Tributos R\$ 0.34 (3.4%) (Conforme Lei Fed. 12.741/2012) Fonte: IBPT

Desenvolvido por: RondoSoft Systems - www.rondosoft.com.br