

30/11



**PREFEITURA MUNICIPAL DE JACAREZINHO**  
**FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE - ESTADO DO PARANÁ**  
 Rua Cel. Batista, nº 335 - Fone: (043) 3911-3000 - Fax (43) 3911-3030  
 CNPJ: 09.309.271/0001-06 - Cep: 86.400-000

**NOTA DE EMPENHO**  
**1ª VIA**

Número do Empenho	Recurso	Tipo do Empenho	Categoria de Empenho
009252/2021	00000	Ordinario	Comum

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE  
 Unidade 10 Fundo Municipal de Saude  
 Dotação 10.122.0011.2.083.3390.14.00.00 DIARIAS - PESSOAL CIVIL  
 Desdobramento 3390141402 SERVIDORES COMISSIONADOS  
 Fonte de Recursos 00000 Recursos Ordinarios (Livres)

Conta 00384  
 Conta 02951

Credor 07320 ADRIANA MATAZELI VIANA  
 Endereço Rua Carlos Gomes 200 Marques dos Reis  
 CNPJ/CPF 058.814.969-14 Fone Cidade Jacarezinho

Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Limite				29/11/21	29/11/21
Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual		
6.000,00	4.900,00	90,00	4.810,00		

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	Viagem a Santo Antonio da Platina-PR para participar de reuniao tecnica da elaboracao do plano municipal de saude.	90,00	90,00

Local da Entrega **VALOR LÍQUIDO** 90,00

<input type="checkbox"/> Serviços Foram Prestados <input type="checkbox"/> Materiais Foram Entregues <input type="checkbox"/> Obra Executada Declaramos que os Açam-se Conforme, Aceito e Recebidos	Autorizo o empenho da(s) despesa(s) acima discriminada(a). Data <u>29/11/2021</u>	Data ____/____/____ _____ Contador
assinatura: _____ nome: _____ Data ____/____/____ cargo	_____ Ordenador da Despesa <b>João Lucas Thabet Venturini</b> Secretário Municipal de Saúde CNPJ: 09.309.271/0001-06	

**RECIBO** noventa reais \*\*\*\*\*  
 Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (\*\*\*\*\*) e pela qual dou(amos) plena e irrevogável quitação.  
 Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Credor \_\_\_\_\_  
 Representada pelo Cheque nº \_\_\_\_\_ a ordem do banco \_\_\_\_\_  
 Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.



# MUNICÍPIO DE JACAREZINHO

2951

Estado do Paraná

Rua Cel. Batista, 335 – Centro – Fone/Fax: (43) 3911-3000- CEP: 86.400-000

CNPJ: 76.966.860/0001-46

[www.jacarezinho.pr.gov.br](http://www.jacarezinho.pr.gov.br)

Nº 030/2021	<b>SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA</b>		
EXERCÍCIO: 2021	DATA DA SOLICITAÇÃO: 29/11/2021		
SOLICITANTE:	ADRIANA MATAVELI VIANA		
FUNÇÃO/ CARGO:	DIRETORA DE CONTROLE, AVALIAÇÃO E PLANEJAMENTO		
EFETIVO OU COMISSIONADO: COMISSIONADO			
MATRICULA: 32530	BANCO: Caixa Econômica	AGENCIA: 00391	C/C: 1288 0008106178348
DATA DA VIAGEM	INÍCIO: 30/11/2021	TÉRMINO: 30/11/2021	
CIDADE: SANTO ANTONIO DA PLATINA		ESTADO: PARANÁ	
OBJETIVO: REUNIÃO TÉCNICA DA ELABORAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE.			
DESPESAS			
TIPO DE DESPESA	Valor Solicitado	TOTAL	
Diária: 1/2	R\$ 90,00	R\$ 90,00	

Dotação Orçamentária: 0810.1012200112.083 – 3.3.90.14.00.00 – FR 000

Adriana m. Viana  
ADRIANA MATAVELI VIANA

João Lucas Thabet Venturine  
JOÃO LUCAS THABET VENTURINE

Aristides S. Stela Neto  
Aristides S. Stela Neto  
Diretor Departamento  
Controle Interno

Sidnei Guarenghi  
Sidnei Guarenghi  
Secretário Municipal de Finanças  
Fone: 335 929-20

## DOC ou TED Eletrônico

## Debitado

Agência 100-7  
Conta corrente 27448-8 FUNDO MUN DE SAUDE LIVRES

## Creditado

Banco 104 CAIXA ECONOMICA FEDERAL  
Agência (sem DV) 391 JACAREZINHO  
Conta corrente (com DV) 8106178348  
CPF 058.814.969-14  
Nome favorecido ADRIANA MATAVELI VIANA  
Finalidade CREDITO EM CONTA  
Número documento 113.003  
Valor 90,00  
Destinação 0  
Data transferência 30/11/2021  
"C" - CNPJ diferente  
Autenticação SISBB EB4277B6026B1F6C

Assinada por J1069116 PAULO ROGERIO AMANCIO  
JE690851 SIDNEI GUARENGHI

30/11/2021 13:38:20

30/11/2021 14:11:34

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JE690851 SIDNEI GUARENGHI.



# MUNICÍPIO DE JACAREZINHO

Estado do Paraná

Rua Cel. Batista, 335 – Centro – Fone/Fax: (43) 3911-3000 - CEP: 86.400-000

CNPJ: 76.966.860/0001-46

[www.jacarezinho.pr.gov.br](http://www.jacarezinho.pr.gov.br)

## SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Nº.	RELATÓRIO DE VIAGEM		
EXERCÍCIO :	DATA DA SOLICITAÇÃO: 28/11/2021		
SOLICITANTE:	Adriana Mataveli Viana		
FUNÇÃO/ CARGO:	Diretora do Departamento de Planejamento, Avaliação e Controle		
DATA DA VIAGEM			
DIA	MÊS	ORIGEM	DESTINO
SAIDA: 30	11	Jacarezinho	Santo Antonio da Platina
RETORNO: 30	11	Santo Antonio da Plantina	Jacarezinho
OBJETIVO: Reunião técnica e treinamento do atualização do Plano Municipal de Saúde			
DESPESAS			
TIPO DE DESPESA	Valor Solicitado	TOTAL	
Diária:	90,00	90,00	

*Adriana M. Viana*

Adriana Mataveli Viana

*João Luccas Thabet Venturini*