



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 002977/2021	Recurso 00494	Tipo do Empenho Ordinario	Categoria de Empenho Comum
----------------------------------	------------------	------------------------------	-------------------------------

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

Unidade 10 Fundo Municipal de Saude

Dotação 10.305.0018.2.107.3390.14.00.00 DIARIAS - PESSOAL CIVIL

Desdobramento 3390141401 SERVIDORES EFETIVOS

Fonte de Recursos 00494 Bloco de Custeio das Acoes e Servicos Pu

Conta 00497

Conta 02547

Credor 04174 EDEMILSON GOMES DA SILVA

Endereço Rua Rotary 971 Centro

CNPJ/CPF 622.251.709-91

Fone

Cidade Cambara

Licitação Dispensa por Limite	Número	Solicitação	Contrato	Emissão 10/05/21	Vencimento 10/05/21
----------------------------------	--------	-------------	----------	---------------------	------------------------

Valor Orçado 5.000,00	Saldo Anterior 4.925,00	Valor do Empenho 90,00	Saldo Atual 4.835,00
--------------------------	----------------------------	---------------------------	-------------------------

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	Viagem a Joaquim Tavora-PR para participar de capacitacao sobre Atividades Monitoramento Combate ao Vetor da Dengue o Mosquito Aedes Aegypt.	90,00	90,00

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

Declaramos que os <input type="checkbox"/> Serviços Foram Prestados <input type="checkbox"/> Materiais Foram Entregues <input type="checkbox"/> Obra Executada Acham-se Conforme, Aceito e Recebidos	Autorizo o empenho da(s) despesa(s) acima discriminada(a). Data ___/___/___ _____ Ordenador da Despesa	Data ___/___/___ _____ Contador
assinatura : _____ nome : _____ Data ___/___/___ cargo		

RECIBO

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de **noventa reais******* e pela qual dou(amos) plena e irrevogável quitação.

Data ___/___/___ Credor _____ Representada pelo Cheque nº _____ a ordem do banco _____ Data ___/___/___.



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

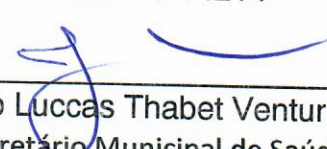
www.jacarezinho.pr.gov.br

2546 2547

N. 001/2021		SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA	
EXERCÍCIO : 2021	DATA DA SOLICITAÇÃO: 10/05/2021		
SOLICITANTE:	Edemilson Gomes da Silva		
FUNÇÃO/ CARGO:	Diretor Vigilância Sanitária		
MATRICULA: 14214			
DATA DA VIAGEM	INÍCIO:11/05/2021	TÉRMINO:11/05/2021	
LOCALIDADE(S):	CIDADE(S): Joaquim Távora	ESTADO(S):	PARANÁ
OBJETIVO: CAPACITAÇÃO SOBRE ATIVIDADES MONITORAMENTO COMBATE AO VETOR DA DENGUE O MOSQUITO AEADES AEGYPT			
DESPESAS			
TIPO DE DESPESA	Valor Solicitado	TOTAL	
Diária: 1/2	90,00	90,00	
DATA: 10/05/2021			
Dados bancários	Agência: 0100-7 Conta Corrente nº 5.513-1 Banco do Brasil		

Dotação Orçamentária: 0810.1030500182.107 3.3.90.14.00 FR 494


 Edemilson Gomes da Silva
 Matricula 14214


 João Lucas Thabet Venturine
 Secretário Municipal de Saúde


 Aristides S. Stela Neto
 Diretor Departamento
 Controle Interno


 Sidnei Guarenghi
 Secretário Municipal de Finanças
 CPF 166.235.929-20



PREFEITURA MUNICIPAL DE JACAREZINHO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Fundo Municipal De Saúde - 09.309.271/0001-06

DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
ESTADO DO PARANÁ

Visa_jacarezinho@jacarezinho.pr.gov.br

Memorando: 15/2021 DVS

jacarezinho, 05 de Maio de 2021

MD. Sr. João Luccas Thabet Venturini.

Secretário Municipal de Saúde

Assunto: Viagem/Diária

Venho por meio desse, solicitar de Vossa Senhoria, autorização referente a concessão de diárias afim de viabilizar nossa participação no **aprendizado do sistema digital implantado nas atividades de campo no monitoramento Aedes Aegypt.** A ser realizado no dia 11 de Maio de 2021, das 08:30 as 15:hs . Na sede da Secretaria Municipal de Saúde de Joaquim Távora – PR.

Edemilson Gomes da Silva: Técnico de Vig. Sanitária.

Marilza de Freitas: Coordenadora ACE

Atenciosamente

Edemilson Gomes da Silva

Diretor Vig. Sanitária

João Luccas Thabet Venturini
Secretário Municipal de Saúde
RG 7.317.930-0 - CPF 047.800.369-31

IMPRIMIR FECHAR



Comprovante de Remessa de TED
via GovConta Caixa

Tipo de TED:	Terceiros
Nome:	ALIENACAO DE BENS SAUDE
Conta Origem:	0391/006/00624013-1
Tipo de Conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de Pessoa:	Jurídica
CPF/CNPJ:	09.309.271/0001-06

Banco:	001 - BANCO DO BRASIL S/A
Conta Destino:	0100/5513-1
Tipo de Conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de Pessoa:	Física
Nome:	EDEMILSON GOMES DA SILVA
CPF/CNPJ	622.251.709-91
Valor:	R\$90,00
Valor da Tarifa:	R\$10,45
Finalidade	10-Crédito em Conta
Identificação da Operação:	PAGAMENTO DE DIARIAS

Data de Débito:	11/05/2021
Data da Operação:	11/05/2021
Código da Operação:	00167931
Chave de Segurança:	3V2RF4QFNMX9FRZ8

CPFs Autorizadores:
030.053.179-60
166.235.929-20

Operação realizada com sucesso.

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO DO CREDITO NA CONTA DESTINO E DE 60 MINUTOS.



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

Nº.	RELATÓRIO DE VIAGEM		
EXERCÍCIO: 2021	DATA DA SOLICITAÇÃO: 11/05/2021		
SOLICITANTE:	Edemilson Gomes da Silva		
FUNÇÃO/ CARGO:	Diretor de Vigilância Sanitária		
DATA DA VIAGEM			
DIA	MÊS	ORIGEM	DESTINO
SAIDA: 11	Maio	Jacarezinho	Joaquim Távora
RETORNO: 11	Maio	Joaquim Távora	Jacarezinho
OBJETIVO: Reunião para certificação do sistema e conhecimento da parte administrativa de Joaquim Távora			
DESPESAS			
TIPO DE DESPESA	Valor Solicitado	TOTAL	
Diária: 1/2	R\$ 90,00	R\$ 90,00	


EDEMILSON GOMES DA SILVA
NOME FUNCIONÁRIO


JOÃO LUCCAS THABET VENTURINE
NOME SECRETÁRIO
SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE