

ca 29/09



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
007161/2021	00494	Ordinario	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	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Limite				28/09/21	28/09/21

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
5.000,00	4.505,00	90,00	4.415,00

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	Viagem a Jundiai do Sul-PR para participar da 2o Reuniao para os Coordenadores da Dengue.	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 28/09/2021	Data ____/____/____ _____ Ordenador da Despesa	_____ Contador
assinatura : _____ nome : _____ Data ____/____/____ cargo _____	 João Lucas Thabet Venturine Secretário Municipal de Saúde CNPJ: 09.309.271/0001-06 - CPF 047.000.369-31		

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

2547

Nº 008/2021	SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA		
EXERCÍCIO: 2021	DATA DA SOLICITAÇÃO: 27/09/2021		
SOLICITANTE:	EDMILSON GOMES DA SILVA		
FUNÇÃO/ CARGO:	DIRETOR DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA		
EFETIVO OU COMISSIONADO: EFETIVO			
MATRICULA: 1421-4	BANCO:	AGENCIA:	C/C:
DATA DA VIAGEM	INÍCIO: 01/10/2021	TÉRMINO: 01/10/2021	
CIDADE: JUNDIAI DO SUL		ESTADO: PARANÁ	
OBJETIVO: 2º Reunião para os coordenadores da Dengue.			
DESPESAS			
TIPO DE DESPESA	Valor Solicitado	TOTAL	
Diária: 1/2	R\$ 90,00	R\$ 90,00	

Dotação Orçamentária: 0810.1030500182.107 – 3.3.90.14.00.00 – FR 494


EDMILSON GOMES DA SILVA


JOÃO LUCCAS THABET VENTURINE


Aristides S. Stela Neto
Diretor Departamento
Controle Interno


Sidnei Guarenghi
Secretário Municipal de Finanças
FONE 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
Rua Paraná 628 - Centro
visa_jacarezinho@jacarezinho.pr.gov.br

Memorando 79/2021

Jacarezinho, 27 de Setembro de 2021

Sr: João Luccas Thabet Venturine
Secretário Municipal de Saúde

Assunto: Viagem/Diaria

Venho por meio deste, solicitar de Vossa Senhoria autorização referente a concessão de diárias a fim de viabilizar nossa participação na 2º Reunião para coordenadores com pautas: Biologia do Vetor, Diagrama de Controle e Resolução nº 029 SESA, na Cidade de Jundiá do Sul, dia 01/10/21

Edemilson Gomes da Silva – Diretor

Marilza de Freitas – Chefe ACE

Joice de Cássia Cardoso – Aux/Enferm/Epidemio.



Edemilson Gomes da Silva
Diretor Vigilância Sanitária

Ofício Circular n.º 018/2021SCVSAT/DVVGS/19RS

Jacarezinho, 21 Setembro de 2021.

Prezados(as) Senhores(as),

Venho por meio deste comunicar que realizaremos a 2ª Reunião para os Coordenadores da Dengue, onde estenderemos o convite à profissionais da Vigilância Sanitária e Epidemiologia.

Data: 01/10/2021.

Horário: 09:00h às 16:00h

Endereço: Rua Sebastião Fogaça de Souza, 255, centro, Jundiá do Sul – Igreja Metodista.

PAUTA: Biologia do Vetor


Diagrama de Controle

Resolução nº029

Solicitamos que seja confirmada presença até o dia 27/09/2021 confirmação pelo grupo do Whatsapp SISPNCD para melhor organização da Reunião, sendo três Participantes por Município.

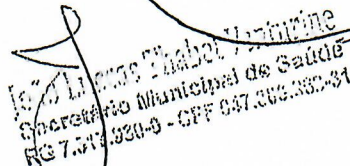
Sem mais para o momento e fico à disposição para qualquer dúvida.

Atenciosamente,


Cristiane Ap.ª Breganholl Correa
Chefe da SCVSAT


José Antônio da Silva
Chefe da DVVGS


Marcelo Nascimento e Silva
Diretor da 19ª Regional de Saúde


Município de Jacarezinho
Secretaria Municipal de Saúde
RG 7.571.320-9 - CPF 047.302.832-31

19ª REGIONAL DE SAÚDE DE JACAREZINHO
Rua Paraná, 581 – Jacarezinho-Paraná | CEP: 86.400-000
Fone (43) 3511-1100 | e-mail: scvsat19rs@sesa.pr.gov.br

IMPRIMIR	FECHAR
----------	--------

::Comprovantes



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:	29/09/2021
Data da Operação:	29/09/2021
Código da Operação:	00156723
Chave de Segurança:	J8F6T4P1WYCFHP9K

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

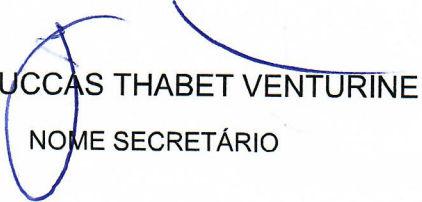
Rua Cel. Batista, 335 – Centro – Fone/Fax: (43) 3911-3000 - CEP: 86.400-000

CNPJ: 76.966.860/0001-46

www.jacarezinho.pr.gov.br

Nº.	RELATÓRIO DE VIAGEM		
EXERCÍCIO: 2021	DATA DA SOLICITAÇÃO: 01/10/2021		
SOLICITANTE:	Edemilson Gomes da Silva		
FUNÇÃO/ CARGO:	Diretor de Vigilância Sanitária		
DATA DA VIAGEM			
DIA	MÊS	ORIGEM	DESTINO
SAIDA: 01	Outubro	Jacarezinho	Jundiaí do Sul
RETORNO: 01	Outubro	Jundiaí do Sul	Jacarezinho
OBJETIVO: Reunião com a 19ª Regional e seus Municípios para a padronização dos trabalhos.			
DESPESAS			
TIPO DE DESPESA	Valor Solicitado	TOTAL	
Diária: 1	R\$ 90,00	R\$ 90,00	


EDEMILSON GOMES DA SILVA
NOME FUNCIONÁRIO


JOÃO LUCCAS THABET VENTURINE
NOME SECRETÁRIO