



PREFEITURA MUNICIPAL DE JACAREZINHO

ESTADO DO PARANÁ

Rua Cel. Batista, nº 335 - Fone: (043) 3911-3000 - Fax (43) 3911-3030

CNPJ: 76.966.860/0001-46 - Cep: 86.400-000

NOTA DE EMPENHO

1ª VIA

Número do Empenho	Recurso	Tipo do Empenho	Categoria de Empenho
004122/2023	00000	Ordinario	Comum

Órgão 10 SECRETARIA MUN. DE ASSISTENCIA SOCIAL
 Unidade 10 Gabinete do Secretario (A)
 Dotação 08.122.0020.2.094.3390.14.00.00 DIARIAS - PESSOAL CIVIL
 Desdobramento 3390141401 SERVIDORES EFETIVOS
 Fonte de Recursos 00000 Recursos Ordinarios (Livres)

Conta	02191
Conta	02192

Credor 03629 JOSE ANTONIO SALES
 Endereço Rua David Tauil 73 Jardim Joao Afonso
 CNPJ/CPF 585.469.609-68 Fone Cidade Jacarezinho

Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Limite				10/05/23	10/05/23

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
20.000,00	10.900,00	200,00	10.700,00

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	Viagem a Curitiba-PR para levar Mae Social para acompanhar o menor para consulta de retorno no Hospital Pequeno Principe.	200,00	200,00

Local da Entrega	VALOR LÍQUIDO	200,00
------------------	----------------------	--------

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 assinatura: _____ nome: _____	Autorizo o empenho da(s) despesa(s) acima discriminada(a). Data ____/____/____  Eliandra Gonçalves Secretária de Assistência Social CPF: 887.485.845-09 Ordenador de Despesa CRESS/SP 31092	Data ____/____/____ _____ Contador
	Data ____/____/____ cargo _____	

RECIBO

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

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



PREFEITURA MUNICIPAL
DE JACAREZINHO

Estado do Paraná

Secretaria Municipal de Assistência Social

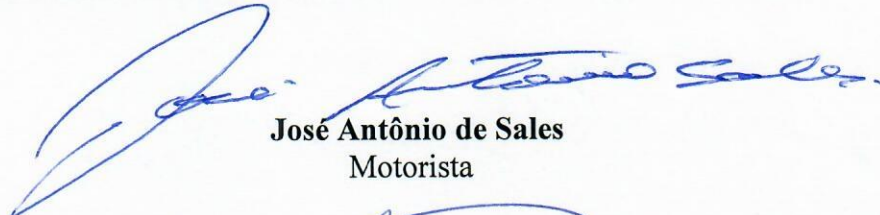
Av. Getúlio Vargas nº. 950 – Centro – CEP: 86.400-000 – Fone: 43-39113093
CNPJ: 76.966.860/0001-46 - www.jacarezinho.pr.gov.br - e-mail: social.gestao@jacarezinho.pr.gov.br


SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE VIAGEM


2192

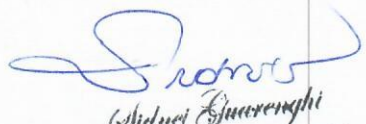
Nº. 26	DATA DA SOLICITAÇÃO: 07/05/2023	
SOLICITANTE	José Antônio de Sales	
FUNÇÃO/CARGO	Motorista – efetivo	
MATRÍCULA	2838-0	
ENDEREÇO:	Rua David Taiul, 73, Jardim Afonso	
CONTA BANCÁRIA:	Caixa Econômica - Agência 0391 Op.001 - Conta 00011837-6	
PERÍODO		
INÍCIO	12/05/2023	TÉRMINO 13/05/2023
LOCALIDADE		
CIDADE: Curitiba		ESTADO: PR
OBJETIVO: O mesmo vai até a cidade de Curitiba, aproximadamente 390km de Jacarezinho, acompanhar levar Mãe Social a qual acompanhará o menor I.R.A.B. S. para consulta de retorno no Hospital Pequeno Principe. Conforme documentos anexos.		
DESPESAS		
TIPO DE DESPESA	QUANTIDADE	VALOR SOLICITADO
Diária	1	R\$ 200,00

Dotação orçamentária: 1010.00812200202.094 - 3.3.90.14.00 FR 000


José Antônio de Sales
Motorista


Eliandra Gonçalves
Secretária de Assistência Social


Aristides S. Stela Neto
Diretor Departamento
Controle Interno


Sidnei Guarenghi
Secretário Municipal de Finanças
CPF 166.235.929-20

DADOS DO PACIENTE

Nome Paciente: ISADORA REGINA ALVES BENEDITO
Nome Mãe: ADRIANA ALVES DE SOUZA

Data Nasc: 07/06/2010
Nome Pai: ROQUE BENEDITO SIMEA

Idade: 12 Anos 10 Meses 27
Sexo: FEMININO
CNS do Paciente: 702004329604087

CODIGO 00641696

DADOS DO ATENDIMENTO

Medico(a): JULIANA BENTHIEN CAVICHILO
Convênio: SUS - AMBULATORIO
Data/Hora: 04/05/2023 - 12:24

CRM: 26590
Plano: PLANO UNICO
Tipo Atendimento: AMBULATORIAL

Ambulatório: AMB ESPECIALIDADES SUS II
Matrícula:

CODIGO 04010837

Responsável:

Grau de Parentesco:

Telefone:

RECEITUÁRIO MÉDICO

ENCAMINHAMENTO - AMBULATÓRIO DRA MARJA

SOLICITAMOS CONSULTA COM DRA MARJA EM 12/05, ÀS 7H30, PARA A PACIENTE ISADORA REGINA COM QUADRO DE MASSA OBSTRUTIVA EM REGIAO DE ORO E HIPOFARINGE À ESQUERDA, APRESENTANDO ESTREITAMENTO DE VIA AÉREA INFERIOR. SOLICITO AVALIAÇÃO E CONDUTA.

GRATA.

04/05/2023

Dra. Leila R. Crisigiovanni
Otorrinaringologista
CRM PR 27088 RQE 19307

JULIANA BENTHIEN CAVICHILO
CRM: 26590

As informações deste documento são de responsabilidade do médico prescritor.



DOC ou TED Eletrônico**Debitado**

Agência 100-7
Conta corrente 7000-9 MUNICIPIO DE JACAREZINHO

Creditado

Banco 104 CAIXA ECONOMICA FEDERAL
Agência (sem DV) 391 JACAREZINHO
Conta corrente (com DV) 118376
CPF 585.469.609-68
Nome favorecido JOSE ANTONIO DE SALES
Finalidade CREDITO EM CONTA
Número documento 51.102
Valor 200,00
Destinação 0
Data transferência 11/05/2023
"C" - CNPJ diferente
Autenticação SISBB 9F7BB34866C0E8B1

Assinada por JF969413 FLAVIELE TANFERRE
J1069116 PAULO ROGERIO AMANCIO

11/05/2023 13:19:55

11/05/2023 14:58:12

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: J1069116 PAULO ROGERIO AMANCIO.



PREFEITURA MUNICIPAL
DE JACAREZINHO

Estado do Paraná

Secretaria Municipal de Assistência Social

Av. Getúlio Vargas nº. 950 – Centro – CEP: 86.400-000 – Fone: 43-39113093

CNPJ: 76.966.860/0001-46 - www.jacarezinho.pr.gov.br - e-mail: social.gestao@jacarezinho.pr.gov.br

RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO DE VIAGEM

N. 26	RELATÓRIO DE VIAGEM	
EXERCÍCIO: 2023	DATA DA SOLICITAÇÃO: 09/05/2023	
SOLICITANTE:	José Antônio de Sales	
FUNÇÃO/ CARGO:	Motorista – Efetivo	

PRESTAÇÃO DE CONTAS:

DIÁRIAS ANTECIPADAS

DIÁRIAS VENCIDAS

VIAGENS PREVISTAS, período de:

Início:	Dia: 12/05/2023		Término:	Dia: 13/05/2023		
Dia	Mês	Origem	Destino	Horário		Transporte Utilizado
				Saída	Chegada	
12	Maio	Jacarezinho/PR	Curitiba/PR	00h30min	05h45min	Carro
12	Maio	Curitiba/PR	Jacarezinho/PR	19 h25min	01h30 min 13/05/23	Carro

OBJETIVO DA VIAGEM: O mesmo deslocou-se até a cidade de Curitiba/PR, aproximadamente 390 km de Jacarezinho, acompanhar levar Mãe Social a qual acompanhará o menor I.R.A.B. S. para consulta de retorno no Hospital Pequeno Príncipe.

ATIVIDADES REALIZADAS: Exame complementar da menor I.R.A.B. S. realizado no Hospital Pequeno.

JUSTIFICATIVA: Levar até ao no Hospital Pequeno menor para realização de exame e consulta de retorno.

DESPESAS REALIZADAS	Valor Recebido	Valor a Restituir	Valor a Ressarcir	Guia lançamento	Guia Depósito
Diária	R\$200,00	-0-	-0-	-0-	-0-
Passagem	-0-	-0-	-0-	-0-	-0-
Outras :	-0-	-0-	-0-	-0-	-0-
Total	R\$200,00	-0-	-0-	-0-	-0-

APROVAÇÃO:

CARIMBO/ASSINATURA:

VISTO DEP.

DATA:

José Antônio de Sales
Motorista