

ca 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 |
| 009004/2021       | 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 05942 MARILZA DE FREITAS SANTOS  
 Endereço Rua Amazonas 762 Vila Scyllas  
 CNPJ/CPF 869.396.379-15 Fone Cidade Jacarezinho

|                     |        |             |          |          |            |
|---------------------|--------|-------------|----------|----------|------------|
| Licitação           | Número | Solicitação | Contrato | Emissão  | Vencimento |
| Dispensa por Limite |        |             |          | 26/11/21 | 26/11/21   |

|              |                |                  |             |
|--------------|----------------|------------------|-------------|
| Valor Orçado | Saldo Anterior | Valor do Empenho | Saldo Atual |
| 5.000,00     | 2.585,00       | 75,00            | 2.510,00    |

| Item | Quant. | Especificação  | Valor Unitário | Valor Total |
|------|--------|--|----------------|-------------|
| 01   | 1      | Viagem a Cambara-PR para participar no treinamento do uso da bomba costal. | 75,00          | 75,00       |

|                  |                      |       |
|------------------|----------------------|-------|
| Local da Entrega | <b>VALOR LÍQUIDO</b> | 75,00 |
|------------------|----------------------|-------|

|   |  |                                 |
|---|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Serviços Foram Prestados<br><input type="checkbox"/> Materiais Foram Entregues<br><input type="checkbox"/> Obra Executada<br>Acham-se Conforme, Aceito e Recebidos | Autorizo o empenho da(s) despesa(s) acima discriminada(a).<br>Data <u>26/11/2021</u><br><br>Ordenador da Despesa | Data ____/____/____<br>Contador |
| assinatura :<br>nome :<br>Data ____/____/____ cargo   |  |                                 |

**RECIBO**

Declaro(a) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de setenta e cinco 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](http://www.jacarezinho.pr.gov.br)

2547

|  |                                 |                     |                  |
|--|---------------------------------|---------------------|------------------|
| Nº 024/2021  | <b>SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA</b>    |                     |                  |
| EXERCÍCIO: 2021  | DATA DA SOLICITAÇÃO: 25/11/2021 |                     |                  |
| SOLICITANTE:   | MARILZA DE FREITAS              |                     |                  |
| FUNÇÃO/ CARGO:   | CHEFE DE ENDEMIAS               |                     |                  |
| EFETIVO OU COMISSIONADO: EFETIVO   |                                 |                     |                  |
| MATRICULA: 3891-1  | BANCO: CAIXA/OP:001             | AGENCIA: 0391       | C/C: 000255160-0 |
| DATA DA VIAGEM   | INÍCIO: 03/12/2021              | TÉRMINO: 03/12/2021 |                  |
| CIDADE: CAMBARÁ  |                                 | ESTADO: PARANÁ      |                  |
| OBJETIVO: PARTICIPAÇÃO NO TREINAMENTO DO USO DA BOMBA COSTAL. CONFORME CONVITE EM ANEXO. |                                 |                     |                  |
| <b>DESPESAS</b>  |                                 |                     |                  |
| TIPO DE DESPESA  | <b>Valor Solicitado</b>         | <b>TOTAL</b>        |                  |
| Diária: 1/2  | R\$ 75,00                       | R\$ 75,00           |                  |

Dotação Orçamentária: 0810.1030500182.107 – 3.3.90.14.00.00 – FR 494

MARILZA DE FREITAS

JOÃO LUCCAS THABET VENTURINE

Aristides S. Stela Neto  
Diretor Departamento  
Controle Interno

Sidnei Guarenghi  
Secretário Municipal de Finanças  
Fone/Fax: 335.929-20





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 89/2021

Jacarezinho, 23 de Novembro de 2021

Senhor: João Luccas Thabet Venturine  
Secretário Municipal de Saúde

Assunto: Viagem/Diária

Venho por meio deste, solicitar de Vossa Senhoria autorização referente à concessão de diárias a fim de viabilizar a participação no treinamento do uso de **bomba costal da marca STILL e GUARANI quanto à retirada de vazão do inseticida Ciello**, no dia 3/12/21 na cidade de Cambará - PR, conforme convite anexo, para o treinamento disponibilizamos quatro Agente de Endemias desta Secretaria.

Marilza de Freitas – Chefe ACE  
Thiago Silva Domingues – Endemias  
Samuel Miranda da Silva – Endemias  
Fabrício Marques Simões – Endemias

Atenciosamente.

Edemilson Gomes da Silva  
Diretor Vigilância Sanitária

João Luccas Thabet Venturine  
Secretário Municipal de Saúde



**19ª REGIONAL DE SAÚDE**  
 Divisão de Atenção e Gestão em Saúde – DVAGS  
 Seção de Atenção Primária em Saúde - SCAPS



Ofício Circular nº 172/2021


Jacarezinho, 11 de novembro de 2021

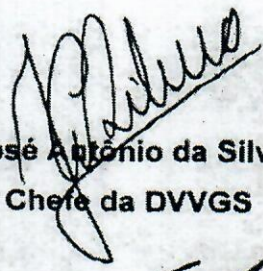
Prezados (as) Senhores (as):


Considerando o treinamento realizado sobre aplicação do inseticida com bomba costal motorizada, onde contamos com participação de todos os municípios desta regional. Considerando a grande dificuldade para retirar a vazão nas bombas da marca STILL com o inseticida CIELO. Considerando ainda, que o município de Cambará possui uma bomba com outra marca que teoricamente apresenta mais facilidade de se retirar a vazão e está organizando uma apresentação para a observação na prática.


Vimos através deste convidar os coordenadores, supervisores e técnicos que aplicam o inseticida para participar da apresentação do uso da bomba "GUARANI".

| LOCAL        | MUNICÍPIO DE CAMBARÁ                                     |
|--------------|--|
| DATA         | 03/12/2021   |
| HORARIO      | 9:00 às 16:00  |
| PÚBLICO ALVO | COORDENADORES/SUPERVISORES E ACE ENVOLVIDOS NA APLICAÇÃO |
| VAGAS        | 4 POR MUNICÍPIO  |
| ENDEREÇO     | 9:00 CEMITÉRIO<br>13:00 CASA DA CULTURA                  |

  
**Cristiane Ap. Breganholi Corrêa**  
 Chefe da SCVSAT

  
**José Antonio da Silva**  
 Chefe da DVVGS

  
**Mariana Helena de Sales**  
 Chefe da DVAGS

  
**Marcelo Nascimento e Silva**  
 Diretor da 19ª Regional de Saúde



**IMPRIMIR** **FECHAR****Comprovante de Transferência de Valores**  
via GovConta Caixa

|                      |                         |
|----------------------|-------------------------|
| <b>Emitente:</b>     | ALIENACAO DE BENS SAUDE |
| <b>Conta Origem:</b> | 0391/006/00624013-1     |

|                                   |                           |
|-----------------------------------|---------------------------|
| <b>Conta Destino:</b>             | 0391/001/00025516-0       |
| <b>Nome do Destinatário:</b>      | MARILZA DE FREITAS SANTOS |
| <b>Valor:</b>                     | R\$75,00                  |
| <b>Identificação da Operação:</b> | PAGAMENTO DE DIARIAS      |

|                            |                      |
|----------------------------|----------------------|
| <b>Data de Débito:</b>     | 30/11/2021 -14:01:31 |
| <b>Data da Operação:</b>   | 30/11/2021           |
| <b>Código da Operação:</b> | 805383036            |
| <b>Chave de Segurança:</b> | R07AGVGJ7XSY0P76     |

|                            |                |
|----------------------------|----------------|
| <b>CPFs Autorizadores:</b> |                |
|                            | 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 30 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](http://www.jacarezinho.pr.gov.br)

| Nº.   | RELATÓRIO DE VIAGEM             |             |         |
|---|---------------------------------|-------------|---------|
| EXERCÍCIO: 2021   | DATA DA SOLICITAÇÃO: 25/11/2021 |             |         |
| SOLICITANTE:  | Marilza de Freitas Santos       |             |         |
| FUNÇÃO/ CARGO:  | Chefe de Combate a Endemias     |             |         |
| DATA DA VIAGEM  |                                 |             |         |
| DIA   | MÊS                             | ORIGEM      | DESTINO |
| SAIDA: 03/12/21   | Dezembro                        | Jacarezinho | Cambará |
| RETORNO: 03/12/21   | Dezembro                        | Jacarezinho | Cambará |
| OBJETIVO: Capacitação de bomba costal teórica e prática com a 19º Regional de Saúde |                                 |             |         |
| DESPESAS  |                                 |             |         |
| TIPO DE DESPESA   | Valor Solicitado                | TOTAL       |         |
| Diária:1/2  | R\$ 75,00                       | R\$ 75,00   |         |

MARILZA DE FREITAS SANTOS

NOME FUNCIONÁRIO

JOÃO LUCCAS THABET VENTURINE

NOME SECRETÁRIO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE