



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 - Cen: 86.400-000

NOTA DE EMPENHO

1ª VIA

Número do Empenho 002017/2022	Recurso 00494	Tipo do Empenho Ordinario	Categoria de Empenho Comum
----------------------------------	------------------	------------------------------	-------------------------------

Órgão 09 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

Unidade 10 Fundo Municipal de Saude

Dotação 10.305.0017.2.089.3390.14.00.00 DIARIAS - PESSOAL CIVIL

Conta 00459

Descobrimento 3390141401 SERVIDORES EFETIVOS

Conta 03049

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

Credor 09826 ORANILDES FRACARO MENDES ROSSETO

Endereço Rua Mato Grosso 316 Vila Sao Pedro

CNPJ / CPF 005.062.749-00

Fone


Cidade Jacarezinho

Licitação Dispensa por Limite	Número	Solicitação	Contrato	Emissão 24/03/22	Vencimento 24/03/22
----------------------------------	--------	-------------	----------	---------------------	------------------------

Valor Orçado 5.000,00	Saldo Anterior 4.085,00	Valor do Empenho 75,00	Saldo Atual 4.010,00
--------------------------	----------------------------	---------------------------	-------------------------

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	Viagem a Santana do Itarare-PR para participar da 4o Reuniao de Coordenadores, Supervisores da Dengue e Vigilancia Sanitaria.	75,00	75,00

Local da Entrega	VALOR LÍQUIDO	75,00
------------------	----------------------	-------

Declaramos que os <input type="checkbox"/> Serviços Foram Prestados <input type="checkbox"/> Materiais Foram Entregues <input type="checkbox"/> Obra Executada Açam-se Conforme, Aceito e Recebidos	Autorizo o empenho da(s) despesa(s) acima discriminada(a). Data <u>24,03,2022</u>	Data ___/___/___
assinatura: _____ nome: _____	 Ordenador da Despesa	_____ Contador
Data ___/___/___ cargo _____		

RECIBO

Declaro(amos) 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

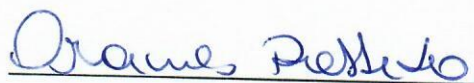
CNPJ: 76.966.860/0001-46

www.jacarezinho.pr.gov.br

3049

Nº 030/2022	SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA		
EXERCÍCIO: 2022	DATA DA SOLICITAÇÃO: 23/03/2022		
SOLICITANTE:	ORANILDES FRACARO MENDES ROSSETO		
FUNÇÃO/ CARGO:	AGENTE DE ENDEMIAS		
EFETIVO OU COMISSIONADO: EFETIVO			
MATRICULA: 3930-6	BANCO: CAIXA	AGENCIA: 0391/OP: 001	C/C: 25536-0
DATA DA VIAGEM	INÍCIO: 28/03/2022	TÉRMINO: 28/03/2022	
CIDADE: SANTANA DO ITARARÉ		ESTADO: PARANÁ	
OBJETIVO: PARTICIPAÇÃO NA 4º REUNIÃO DE COORDENADORES, SUPERVISORES DA DENGUE E VIGILANCIA SANITÁRIA. CONFORME OFICIO EM ANEXO.			
DESPESAS			
TIPO DE DESPESA	Valor Solicitado	TOTAL	
Diária: 1/2	R\$ 75,00	R\$ 75,00	

Dotação Orçamentária: 0910.1030500172.089 – 3.3.90.14.00.00 – FR 494



ORANILDES FRACARO MENDES ROSSETO


JOÃO LUCCAS THABET VENTURINE


Aristides S. Stela Neto
Diretor Departamento
Controle Interno


Sidnei Guarenghi
Secretário Municipal de Finanças
CPF 166.235.929-20

19ª REGIONAL DE Saúde Divisão de Vigilância em Saúde – DVVGS
Seção de Vigilância Sanitária, Ambiental e Saúde do Trabalhador – SCVSAT



Ofício Circular n.º 07/2022SCVSAT/DVVGS/19RS

Jacarezinho, 04 Março de 2022.

Prezados(as) Senhores Secretários (as),

Venho por meio deste convidá-los para a 4ª Reunião de Coordenadores que será realizado no Município em Santana do Itararé.

Dia: 28 de Março de 2022.

Horário: 09:00h as 16:00h.

Endereço: Rua Vereador Vergílio Sene, 38 – Portal dos Ipês -


Santana do Itararé.


Vigilância Sanitária.


Pedimos a presença dos Coordenadores, Supervisores da Dengue e

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

Atenciosamente,


Cristiane Apª Breganholi Correa
Chefe da SCVSAT


Marcelo Nascimento e Silva
Diretor da 19ª Regional de Saúde


Jose Antonio da Silva
Chefe da DVVGS

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 Transferência de Valores
via GovConta Caixa

Emitente:	
Conta Origem:	ALIENACAO DE BENS SAUDE 0391/006/00624013-1
Conta Destino:	0391/001/00025536-5
Nome do Destinatário:	ORANILDES FRACARO MENDES ROSSETO
Valor:	R\$75,00
Identificação da Operação:	PAGAMENTO DE DIARIAS
Data de Débito:	25/03/2022 -16:03:30
Data da Operação:	25/03/2022
Código da Operação:	866086735
Chave de Segurança:	PE8VTWJEHENUP0MZ
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 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

Nº.	RELATÓRIO DE VIAGEM		
EXERCÍCIO: 2022	DATA DA SOLICITAÇÃO: 28/03/2022		
SOLICITANTE:	Oranildes Rosseto		
FUNÇÃO/ CARGO:	Agente de Combate a Endemias		
DATA DA VIAGEM			
DIA	MÊS	ORIGEM	DESTINO
SAÍDA: 28/03/22	Março	Jacarezinho	Santo Antônio da Platina
RETORNO: 28/03/22	Março	Santo Antônio da Platina	Jacarezinho
OBJETIVO: Capacitação e padronização dos trabalhos junto à 19ª Regional de Saúde			
OBSERVAÇÃO: O local da reunião foi alterado de Santana do Itararé/PR para Santo Antônio da Platina/PR.			
DESPESAS			
TIPO DE DESPESA	Valor Solicitado	TOTAL	
Diária: 1/2	R\$ 75,00	R\$ 75,00	


ORANILDES ROSSETO

NOME FUNCIONÁRIO


JOÃO LUCCAS THABET VENTURINE

NOME SECRETÁRIO
SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE