

26/10



# 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 |
| 007750/2021       | 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

Credor 09688 SAMUEL MIRANDA DA SILVA  
 Endereço Rua Parana 30 Centro  
 CNPJ/CPF 026.888.849-30 Fone Cidade Jacarezinho

|                     |        |             |          |          |            |
|---------------------|--------|-------------|----------|----------|------------|
| Licitação           | Número | Solicitação | Contrato | Emissão  | Vencimento |
| Dispensa por Limite |        |             |          | 25/10/21 | 25/10/21   |

|              |                |                  |             |
|--------------|----------------|------------------|-------------|
| Valor Orçado | Saldo Anterior | Valor do Empenho | Saldo Atual |
| 5.000,00     | 3.515,00       | 150,00           | 3.365,00    |

| Item | Quant. | Especificação   | Valor Unitário | Valor Total |
|------|--------|---|----------------|-------------|
| 01   | 1      | Viagem a Carlopolis-PR para participar de capacitacao da equipe ACEs na utilizacao padronizada bomba costal motorizada. | 150,00         | 150,00      |

|                  |                      |        |
|------------------|----------------------|--------|
| Local da Entrega | <b>VALOR LÍQUIDO</b> | 150,00 |
|------------------|----------------------|--------|

|   |  |  |
|---|--|--|
| <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>25/10/2021</u> | Data ____/____/____<br>_____<br>Contador |
| assinatura: _____<br>nome: _____<br>Data ____/____/____ cargo   | João Lucas Thabet Venturine<br>Secretário Municipal de Saúde<br>CPF 047.000.369-31   |  |

**RECIBO**

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de cento e cinquenta 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 013/2021   | <b>SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA</b>    |                     |                     |
| EXERCÍCIO: 2021   | DATA DA SOLICITAÇÃO: 20/10/2021 |                     |                     |
| SOLICITANTE:  | SAMUEL MIRANDA DA SILVA         |                     |                     |
| FUNÇÃO/ CARGO:  | AGENTE DE ENDEMIAS              |                     |                     |
| EFETIVO OU COMISSIONADO: EFETIVO  |                                 |                     |                     |
| MATRICULA: 3946-2   | BANCO: CAIXA                    | AGENCIA: 0391       | C/C: 001-00025965-4 |
| DATA DA VIAGEM  | INÍCIO: 28/10/2021              | TÉRMINO: 29/10/2021 |                     |
| CIDADE: CARLÓPOLIS  |                                 | ESTADO: PARANÁ      |                     |
| OBJETIVO: CAPACITAÇÃO DA EQUIPE TÉCNICA ACES NA UTILIZAÇÃO PADRONIZADA BOMBA COSTAL MOTORIZADA. |                                 |                     |                     |
| <b>DESPESAS</b>   |                                 |                     |                     |
| TIPO DE DESPESA   | <b>Valor Solicitado</b>         | <b>TOTAL</b>        |                     |
| Diária: 01  | R\$ 150,00                      | R\$ 150,00          |                     |

Dotação Orçamentária: 0810.1030500182.107 – 3.3.90.14.00.00 – FR 494

SAMUEL MIRANDA DA SILVA

  
JOÃO LUCAS THABET VENTURINE  
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  
Rua Paraná 628 - Centro  
visa\_jacarezinho@jacarezinho.pr.gov.br

Memorando 83/2021

Jacarezinho, 19 de Outubro 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 nossa participação na **Capacitação da Equipe Técnica ACEs na utilização padronizada Bomba Costal Motorizada**, dias 28 e 29/10/21 conforme convite anexo, para o treinamento: 500ml de óleo dois tempo e 4L de gasolina.

Marilza de Freitas – Chefe ACE  
Thiago Silva Domingues – Endemias  
Samuel Miranda da Silva – Endemias  
Guilherme Martins – Endemias  
Fabrício Marques Simões – Endemias  
Andre Augusto Moreira – Endemias

Respeitosamente

  
Edemilson Gomes da Silva  
Diretor Vigilância Sanitária

  
João Luccas Thabet Venturine  
Secretário Municipal de Saúde  
RG 7.317.930-0 - CPF 047.000.369-31

Ofício Circular n.º 019/2021SCVSAT/DVVGS/19RS

Jacarezinho, 13 Outubro de 2021.

Prezados(as) Senhores(as),

Venho por meio deste comunicar que realizaremos Capacitação  
Técnica de Bomba Costal.

**Data: 19 e 20/10/2021.**

Local: Ibaiti

Horário: 09:00h às 16:00h

Endereço: Rua: Tertuliano de Moura Bueno s/n na Academia da  
Saúde ao lado do Posto de Saúde da Mulher.

Municípios: Ibaiti, Pinhalão, Jaboti, Japira, Figueira.

**Data: 21 e 22/10/2021.**

Local: Santo Antônio da Platina

Horário: 09:00 h às 16:00 h

Endereço: FANORP, Parque de exposições Alicio Dias dos Reis.

Municípios: Guapirama, Jundiá do Sul, Quatiguá, Tomazina, Santo  
Antônio da Platina e Conselheiro Mairinck.

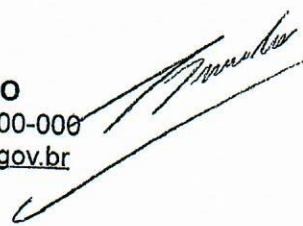
**Data: 26 e 27/10/2021.**

Local: Wenceslau Braz

Horário: 09:00 h às 16:00 h

Endereço: Rua Salomão Andraus, esquina com a Expedicionários,  
nº287 – Secretaria Municipal da Agricultura e meio Ambiente.

Municípios: São José da Boa vista, Santana do Itararé, Salto do  
Itararé, Siqueira Campos e Wenceslau Braz e Cambara.



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



Data: 28 e 29/10/2021.

Local: Carlópolis

Horário: 09:00 h às 16:00 h

Endereço: Ilha do Ponciano localizada 300 metros pós o posto de gasolina saída para Fatura SP. (Passando pelo Centro da cidade Rua: Benedito Salles).

Joaquim Távora.

Municípios: Carlópolis, Barra do Jacaré, Jacarezinho, Ribeirão Claro,

Solicitamos aos Municípios que tragam para o treinamento:

Gasolina.

IPIs Completo: Prancheta, Lápis, 500ml de óleo dois tempos, 4 litros de


equipes que aplicara o inseticida.

Solicitamos a presença do Coordenador ou Supervisor acompanhando as

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

Atenciosamente,

  
José Antônio da Silva  
Chefe da DVVGS

  
Cristiane Apª Breganholi Correa  
Chefe da SCVSAT

  
Marcelo Nascimento e Silva  
Diretor da 19ª Regional de Saúde

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](mailto:scvsat19rs@sesa.pr.gov.br)

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>             | 0391/001/00025965-4     |
| <b>Nome do Destinatário:</b>      | SAMUEL MIRANDA DA SILVA |
| <b>Valor:</b>                     | R\$150,00               |
| <b>Identificação da Operação:</b> | PAGAMENTO DE DIARIAS    |

|                            |                      |
|----------------------------|----------------------|
| <b>Data de Débito:</b>     | 26/10/2021 -11:16:16 |
| <b>Data da Operação:</b>   | 26/10/2021           |
| <b>Código da Operação:</b> | 399107540            |
| <b>Chave de Segurança:</b> | 743CEFSQR9S7H38W     |

|                            |
|----------------------------|
| <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: 21/10/2021 |             |            |
| SOLICITANTE:  | Samuel Miranda da Silva         |             |            |
| FUNÇÃO/ CARGO:  | Agente de Combate a Endemias    |             |            |
| DATA DA VIAGEM  |                                 |             |            |
| DIA   | MÊS                             | ORIGEM      | DESTINO    |
| SAIDA: 28 e 29  | Outubro                         | Jacarezinho | Carlópolis |
| RETORNO: 28 e 29  | Outubro                         | Jacarezinho | Carlópolis |
| OBJETIVO: Capacitação de bomba costal teórica e prática com a 19º Regional de Saúde |                                 |             |            |
| DESPESAS  |                                 |             |            |
| TIPO DE DESPESA   | Valor Solicitado                | TOTAL       |            |
| Diária: 2   | R\$ 150,00                      | R\$ 150,00  |            |

SAMUEL MIRANDA DA SILVA

NOME FUNCIONÁRIO

JOÃO LUCCAS THABET VENTURINE

NOME SECRETÁRIO  
SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE