

# PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM SUCESSO DO SUL

SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

## NOTA DE EMPENHO

C.N.P.J 80.874.100/0001-86

Nº DO EMPENHO/TIPO  
000524/2021 Ordinario

DATA EMISSÃO  
23.02.21

ÓRGÃO 07 DEPARTAMENTO DE SAUDE  
 UNIDADE 01 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE 10.301.0007  
 DOTAÇÃO 10.301.0007.2015 ATIVIDADES OPERACIONAIS DO FUNDO MUNI Nº CONTA  
 3.3.90.14.14.01.00 SERVIDORES EFETIVOS 00130100798  
 CREDOR CLAYTON CEZAR DA SILVA 021.776.819-95 00593  
 ENDEREÇO RUA INACIO DRANKA 00 CENTRO CIDADE  
 BOM SUCESSO DO SUL PR

LICITAÇÃO	NÚMERO	CONVÊNIO	CONTRATO	EMISSÃO	VENCIMENTO
Dispensa por Limit					

VALOR ORÇADO	SALDO ANTERIOR	VALOR DO EMPENHO	SALDO ATUAL
46.000,00	44.200,00	150,00	44.050,00

QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	VALOR	VALOR TOTAL
1,00	Refere-se a despesa com 1/2 diari de viagem para Cascavel, a servic de Dpto. Mun. de saude, com veicul oficial, para trasnporte d paciente ao Instituto Vascular d Cascavel.	150,00	150,00
TOTAL DAS RETENCOES:			

FONTE DE RECURSO	TOTAL LÍQUIDO
303 SAUDE/PERC.VINC.A RECEITA IMPOSTOS	150,00

NOME DO PROJETO/ATIVIDADE

EMITIDO	VISTO	AUTORIZO A DESPESA
 RAIELI AVILA	 FERNANDA DE OLIVEIRA DAMBROS	 NILSON ANTONIO FEVERSANI
DIV. ASS. CONTABILIDADE	CONTADOR	PREFEITO MUNICIPAL

**ORDEN DE PAGAMENTO**  
 PAGUE-SE AO FAVORECIDO O VALOR ACIMA ESPECIFICADO, PROVENIENTE DESTA NOTA DE EMPENHO.

24 DE 02 DE 21  
  
 MATEUS DALLAGNOL - FINANÇAS

**RECIBO R\$**  
 DECLARO (AMOS) PARA OS DEVIDOS FINS, QUE RECEBI (EMOS) A IMPORTÂNCIA DESTE EMPENHO, CORRESPONDENTE AO ACIMA DESCRITO E PELA QUAL DOU (AMOS) PLENA E IRREVOGÁVEL QUITAÇÃO.

DE DE  
 CREDOR

BANCO  
 Nº CHEQUE  
 Nº DA CONTA

ANOTAÇÕES

# RECIBO

VALOR BRUTO \_\_\_ 150,00 \_\_\_  
VALOR LÍQUIDO \_\_\_ 150,00 \_\_\_

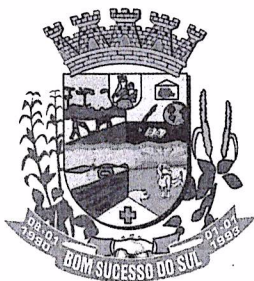
Recebi da Prefeitura Municipal de Bom Sucesso do Sul, Estado do Paraná, sita a Rua Cândido Merlo, 290, CNPJ 80.874.100/0001-86, o valor de R\$= 150,00(Cento e cinquenta reais).

REFERENTE: a 1/2 diária de viagem, para Cascavel-PR, a serviço do Departamento Municipal de Saúde, com veículo oficial, para transporte de paciente ao Instituto Vascular de Cascavel.

Bom Sucesso do Sul, 24 de fevereiro de 2021.

CLAYTON CÉSAR DA SILVA  
CPF/MF 021.776.819-95

798



# Município de Bom Sucesso do Sul

ESTADO DO PARANÁ

CNPJ 80.874.100/0001-86

## MUNICÍPIO DE BOM SUCESSO DO SUL – ESTADO DO PARANÁ PORTARIA Nº 053, DE 23 DE FEVEREIRO DE 2021.

### **Conceder diária de viagem ao servidor Clayton Cesar da Silva.**

O Prefeito do Município de Bom Sucesso do Sul, Estado do Paraná, no uso das suas atribuições e com fundamento na Lei nº 1.501 de 16 de abril de 2020:

### **RESOLVE**

**Art. 1º** Conceder ao servidor Clayton Cesar da Silva, ocupante do cargo de motorista, inscrito no CPF Nº 021.776.819-95 e RG nº 7.054.226-9, ½ (meia) diária de viagem, no dia 24 de fevereiro de 2021, para a cidade de Cascavel – PR, com veículo oficial, a serviço do Departamento Municipal de Saúde, para transporte de paciente ao Instituto Vascular de Cascavel.

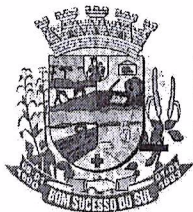
**Art. 2º** Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Gabinete do Prefeito do Município de Bom Sucesso do Sul, Estado do Paraná, em 23 de fevereiro de 2021.

NILSON ANTONIO  
FEVERSANI:71795120959

Assinado de forma digital por NILSON  
ANTONIO FEVERSANI:71795120959  
Dados: 2021.02.23 17:05:14 -03'00'

**NILSON ANTONIO FEVERSANI**  
**PREFEITO**



# MUNICÍPIO DE BOM SUCESSO DO SUL PR

## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CNPJ 08.842.588/0001-32

Bom Sucesso do Sul, 23 de fevereiro de 2021.

### SOLICITAÇÃO DE VIAGEM

#### DADOS DO SOLICITANTE

Nome: Clayton Cesar da Silva  
Órgão de Lotação: Departamento de Saúde

Matrícula: 2763.2  
Cargo: Motorista

#### ACOMPANHANTES

Luiz Itacir Zanotto

#### DADOS DA VIAGEM

Data da Viagem: saída dia 24/02 às 07:00 e retorno no dia 24/02 às 14h00.

Destino: Cascavel – PR;

Valor de diárias: ½ diária (R\$150,00);

Transporte utilizado: Citroen C3 Picasso;

Finalidade da viagem: Transporte de paciente(s) e acompanhante(s);

Órgãos/locais a serem visitados ou eventos: Hospital Instituto Vascular.

Dotação Orçamentária

Liberação Orçamentária

Declaro estar ciente das normas previstas na Lei Municipal nº 1.501, de 16 de abril de 2020, que aprova o regimento das diárias. Declaro também e para todos os fins que são verídicas as informações prestadas, sem rasuras, nesta solicitação de diária e me responsabilizo por eventuais equívocos e omissões, sendo que autorizo o desconto em folha de pagamento de eventuais créditos não gastos e não ressarcidos ao erário.

Informações Complementares:

Bom Sucesso do Sul, 23/02/21.

Assinatura do solicitante: \_\_\_\_\_

( ) Autorizado ( ) Não autorizado

Prefeito Municipal, Nilson Antônio Feversani

Saliane Pegoraro  
Saliane Pegoraro  
Secretária do Departamento de Saúde

IMPRIMIR

FECHAR



**2ª Via - Comprovante de Remessa de TED**  
via GovConta Caixa

<b>Tipo de TED:</b>	Terceiros
<b>Nome:</b>	FUNDO MU SAUDE BSS 15
<b>Conta Origem:</b>	0602/006/00000273-0
<b>Tipo de Conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de Pessoa:</b>	Jurídica
<b>CPF/CNPJ:</b>	08.842.588/0001-32

<b>Banco:</b>	133 - CONF NAC COOP CRESOL
<b>Conta Destino:</b>	1009/00000009812-4
<b>Tipo de Conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de Pessoa:</b>	Física
<b>Nome do Destinatário:</b>	CLAYTON CESAR DA SILVA
<b>CPF/CNPJ Destinatário:</b>	021.776.819-95
<b>Valor:</b>	R\$ 150,00
<b>Valor da Tarifa:</b>	R\$ 0,00
<b>Finalidade:</b>	00010 - Crédito em Conta
<b>Identificação da Operação:</b>	PAGTO DIARIA CLAYTON
<b>Histórico:</b>	TED

<b>Data de Débito:</b>	24/02/2021
<b>Data da Operação:</b>	24/02/2021
<b>Código da Operação:</b>	00139745
<b>Chave de Segurança:</b>	UYYSWP8ZSG6PRRXP
<b>Operação realizada com sucesso.</b>	

ANEXO IV DA LEI MUNICIPAL Nº 1.501/2020

RELATÓRIO DE VIAGEM

**RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO – UTILIZAÇÃO DE DIÁRIAS**

Lei Municipal nº 1.501/2020

**1. Identificação**

**Órgão:** Prefeitura Municipal de Bom Sucesso do Sul

**Unidade Administrativa:** Departamento de Saúde

**Nome do Servidor Beneficiário:** Clayton Cesar da Silva

**Matrícula:** 2763.2

**N.º do Empenho da Liberação de Diárias:** \_\_\_\_/\_\_\_\_

**2. Destino do Servidor Beneficiário**

**Destino:** Cascavel – PR

**Data de Saída:** 24/02/2020

**Data de Chegada:** 24/02/2020

**3. Justificativa**

Transporte de paciente(s) e acompanhante(s) ao Hospital Instituto Vascular.

**4. Valores Solicitados**

**Número de Diárias:** ½

**Valor Unitário da Diária:** R\$ 300,00

**Valor Total das Diárias:** R\$ 150,00

**5. Locomoção**

**Veículo:** Citroen C3 Picasso.

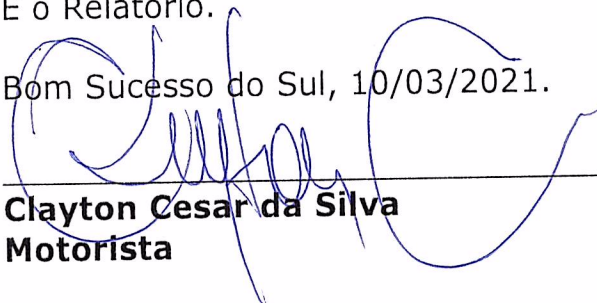
**Frota:** Departamento de Saúde

**6. Canhotos Comprovantes das Viagens de Ônibus ou Avião (colar)**

**7. Certificado ou documento que comprove participação em evento de interesse público ou o serviço prestado, se for o caso (colar).**

É o Relatório.

Bom Sucesso do Sul, 10/03/2021.

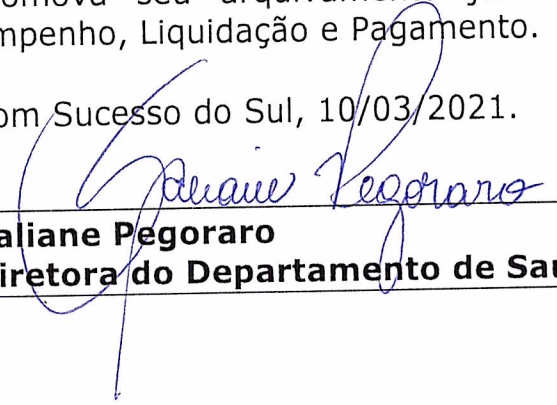


---

**Clayton Cesar da Silva**  
**Motorista**

Nos termos da Lei nº 1.501/2020, HOMOLOGO o presente Relatório Circunstanciado, e encaminho ao Departamento de Financeiro para que promova seu arquivamento junto ao Protocolo n.º \_\_\_\_/\_\_\_\_, de Empenho, Liquidação e Pagamento.

Bom Sucesso do Sul, 10/03/2021.



---

**Saliane Pegoraro**  
**Diretora do Departamento de Saúde**