



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
001082/2021 Ordinario

DATA EMISSÃO
23.04.21

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 01735|01774
 CREDOR JUCIMAR GIRARDELLO DE FREITAS 023.263.049-69 04450
 ENDEREÇO RUA CANDIDO MERLO 101 CENTRO CIDADE BOM SUCESSO DO SUL PR

LICITAÇÃO	NÚMERO	CONVÊNIO	CONTRATO	EMIÇÃO	VENCIMENTO
Dispensa por Limit					

VALOR ORÇADO	SALDO ANTERIOR	VALOR DO EMPENHO	SALDO ATUAL
0,00	18.050,00	150,00	17.900,00

QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	VALOR	VALOR TOTAL
1,00	Refere-se a despesa com 1/2 diari de viagem para Cascavel a servic do departamento de saude co veiculo oficial, para transporte d paciente a gastroclinica Cascavel.	150,00	150,00
TOTAL DAS RETENCOES:			

FONTE DE RECURSO 333 Incremento do PAB - Piso de Atencao Ba	TOTAL LÍQUIDO	150,00
--	---------------	--------

NOME DO PROJETO/ATIVIDADE

EMITIDO	VISTO	AUTORIZO A DESPESA
RAIEL 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.

26 DE 04 DE 21

MATEUS DALLAGNOL - FINANÇAS

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

DE 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).

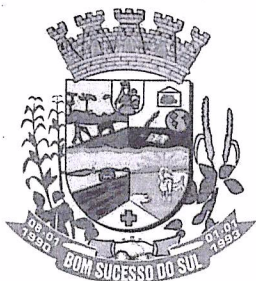
REFERENTE: a 1/2 diária de viagem, para Cascavel-PR, a serviço do Departamento Municipal de Saúde, com veículo oficial, para transporte de paciente à Gastroclínica Cascavel.

1274

Bom Sucesso do Sul, 26 de abril de 2021.

JUCIMAR GIRARDELLO DE FREITAS

CPF/MF 023.263.049-69



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 086, DE 23 DE ABRIL DE 2021.

Conceder diária de viagem ao servidor Jucimar Girardello de Freitas.

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 Jucimar Girardello de Freitas, ocupante do cargo efetivo de motorista, matrícula nº 492-8/3, inscrito no CPF nº 023.263.049-69 e RG nº 7.570.301-5/PR, ½ (meia) diária de viagem, para o dia 24 de abril de 2021, até a cidade de Cascavel – PR, com veículo oficial, a serviço do Departamento Municipal de Saúde, transporte de paciente Clínica Gastroclínica 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 abril de 2021.

NILSON ANTONIO
FEVERSANI:71795120959

Assinado de forma digital por
NILSON ANTONIO
FEVERSANI:71795120959
Dados: 2021.04.23 17:16:41 -03'00'

**NILSON ANTONIO FEVERSANI
PREFEITO**

Publicado em: 26/04/21
Edição nº: 2249
Página: 19
Órgão Diário Eletrônico



MUNICÍPIO DE BOM SUCESSO DO SUL PR

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CNPJ 08.842.588/0001-32

Bom Sucesso do Sul, ~~16~~²² de abril de 2021.

SOLICITAÇÃO DE VIAGEM

DADOS DO SOLICITANTE

Nome: Jucimar Girardello de Freitas
Órgão de Lotação: Departamento de Saúde

Matrícula: 4928.3
Cargo: Motorista

ACOMPANHANTES

Michalina Stadnik

DADOS DA VIAGEM

Data da Viagem: saída dia 24/04 às 03:00 e retorno no dia 24/04 às 16h00.

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: Clínica Gastroclínica.

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.

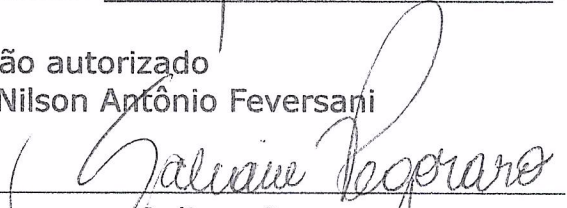
Informações Complementares:

Bom Sucesso do Sul, 23/04/2021.

Assinatura do solicitante: _____

() Autorizado () Não autorizado

Prefeito Municipal, Nilson Antônio Feversani


Saliane Pegoraro
Secretária do Departamento de Saúde

IMPRIMIR

FECHAR

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

Tipo de TED:	Terceiros
Nome:	PR 410322 FMS CT SUSCUSTEIOSUS
Conta Origem:	0602/006/00624061-7
Tipo de Conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de Pessoa:	Jurídica
CPF/CNPJ:	08.842.588/0001-32

Banco:	756 - BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A.
Conta Destino:	3076/00000029915-4
Tipo de Conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de Pessoa:	Física
Nome do Destinatário:	JUCIMAR GIRARDELLO DE FREITAS
CPF/CNPJ Destinatário:	023.263.049-69
Valor:	R\$ 150,00
Valor da Tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	00010 - Crédito em Conta
Identificação da Operação:	DIARIA JUCIMAR FREIT
Histórico:	TED

Data de Débito:	26/04/2021
Data da Operação:	26/04/2021
Código da Operação:	00173042
Chave de Segurança:	RUK386NGW8MZZ3EZ
Operação realizada com sucesso.	

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: Jucimar Girardello de Freitas

Matrícula: 4928.3

N.º do Empenho da Liberação de Diárias: ____/____

2. Destino do Servidor Beneficiário

Destino: Cascavel – PR

Data de Saída: 24/04/2021

Data de Chegada: 24/04/2021

3. Justificativa

Transporte de paciente(s) e acompanhante(s) a Clínica Gastroclínica.

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).

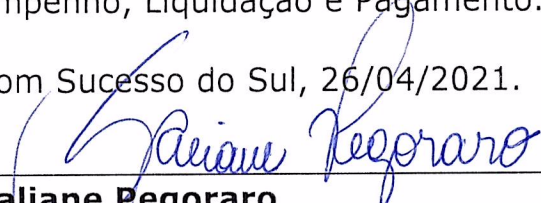
É o Relatório.

Bom Sucesso do Sul, 26/04/2021.

Jucimar Girardello de Freitas
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, 26/04/2021.


Saliane Pegoraro
Diretora do Departamento de Saúde

EMPORIO DOS SABORES COM. DE LANCHES LTDA
CNPJ: 32.633.517/0001-04 - IE: 90803249-76
RUA SOUZA NAVES, 3948 - CENTRO-CASCADEL - PR
Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica

CÓD	QTD	UN	DESCRIÇÃO	VL UNIT	VL TOTAL
100	1	5102	CAFE TORTA AGUA SALGADOS	11,00	11,00
QTD. TOTAL DE ITENS					1
VALOR TOTAL					11,00
VALOR PAGO					11,00
VALOR TROCO					0,00
FORMA DE PAGAMENTO A VISTA				VALOR	
Dinheiro					11,00

Número: 000.001.551 - Série: 001
Emissão 24/04/2021 08:26:03 -
Consulte pela chave de acesso em:
<http://www.fazenda.pr.gov.br/nfce/consulta>
4121 0432 6335 1700 0104 6500 1000 0015 5118 5647 4157
CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO

Protocolo de autorização:

141210475247198

Data de autorização:
24/04/2021 08:21:14

