



# 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

001084/2021 Ordinário

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  
 3.3.90.14.14.01.00 SERVIDORES EFETIVOS Nº CONTA 01735|01774  
**CREADOR** 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
0,00	17.750,00	300,00	17.450,00

QUANT.	ESPECIFICAÇÃO		VALOR TOTAL
1,00	Refere-se a despesa com 1 diaria d viagem para Curitiba a servico d departamento municipal de saude para trasnporte de paciente a hospital pequeno principe, co veiculo oficial.	300,00	300,00
TOTAL DAS RETENCOES:			

FUNTE DE RECURSO	TOTAL LÍQUIDO
333 Incremento do PAB - Piso de Atencao Ba	300,00

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*

**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 300,00  
VALOR LÍQUIDO 300,00

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\$=300,00 (trezentos reais).

REFERENTE: a 01diária de viagem para Curitiba-PR, a serviço do Departamento Municipal de Saúde, para transporte de paciente ao Hospital Pequeno Príncipe, com veículo oficial.

Bom Sucesso do Sul, 26 de abril de 2021.

1774

---

CLAYTON CÉSAR DA SILVA  
CPF/MF 021.776.819-95



# 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 084, DE 23 DE ABRIL 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, 01 (uma) diária de viagem, para os dias 26 e 27 de abril de 2021, até a Cidade de Curitiba – PR, com veículo oficial, a serviço do Departamento Municipal de Saúde, transporte de paciente ao Hospital Pequeno Príncipe.

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

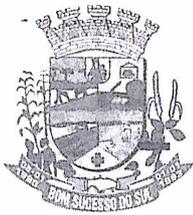
Gabinete do Prefeito do Município de Bom Sucesso do Sul, Estado do Paraná, em 23 de abril de 2021.

NILSON ANTONIO  
FEVERSANI:71795120959

Assinado de forma digital por NILSON  
ANTONIO FEVERSANI:71795120959  
Dados: 2021.04.23 11:42:06 -03'00'

**NILSON ANTONIO FEVERSANI  
PREFEITO**

Publicado em: 26/04/21  
Edição nº: 2249  
Folha: 48  
Órgão Diário Eletrônico



# MUNICÍPIO DE BOM SUCESSO DO SUL PR

## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CNPJ 08.842.588/0001-32

Bom Sucesso do Sul, 22 de abril de 2021.

### SOLICITAÇÃO DE VIAGEM

#### DADOS DO SOLICITANTE

Nome: Clayton Cesar da Silva

Matrícula: 2763.2

Órgão de Lotação: Departamento de Saúde

Cargo: Motorista

#### ACOMPANHANTES

Pedro Henrique Stadnik

#### DADOS DA VIAGEM

Data da Viagem: saída dia 26/04 às 13:00 e retorno no dia 27/04 às 16h00.

Destino: Curitiba – PR;

Valor de diárias: 1 diária (R\$300,00);

Transporte utilizado: Renault MASTER Minibus;

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

Órgãos/locais a serem visitados ou eventos: Hospital Pequeno Príncipe.

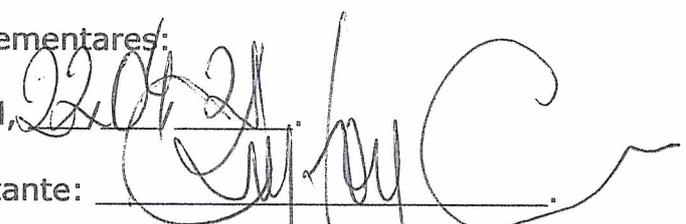
Dotação Orçamentária

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 verdadeiras 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.

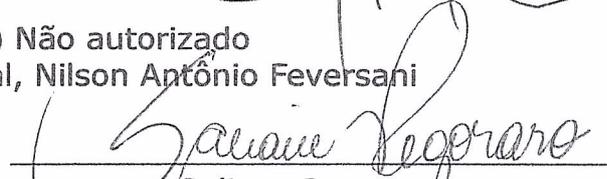
Informações Complementares:

Bom Sucesso do Sul, 22/04/2021.

Assinatura do solicitante: 

( ) Autorizado ( ) Não autorizado

Prefeito Municipal, Nilson Antônio Feversani

  
Saliene 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>	PR 410322 FMS CT SUSCUSTEIOSUS
<b>Conta Origem:</b>	0602/006/00624061-7
<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\$ 300,00
<b>Valor da Tarifa:</b>	R\$ 0,00
<b>Finalidade:</b>	00010 - Crédito em Conta
<b>Identificação da Operação:</b>	DIARIA CLAYTON DA SI
<b>Histórico:</b>	TED

<b>Data de Débito:</b>	26/04/2021
<b>Data da Operação:</b>	26/04/2021
<b>Código da Operação:</b>	00174096
<b>Chave de Segurança:</b>	5XJYLL6YQACYK2KU
<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:** 26/04/2020

**Data de Chegada:** 26/04/2020

**3. Justificativa**

Transporte de paciente(s) e acompanhante(s) ao Hospital Pequeno Principe.

**4. Valores Solicitados**

**Número de Diárias:** 1

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

**Valor Total das Diárias:** R\$ 300,00

**5. Locomoção**

**Veículo:** Renault MASTER Minibus.

**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.

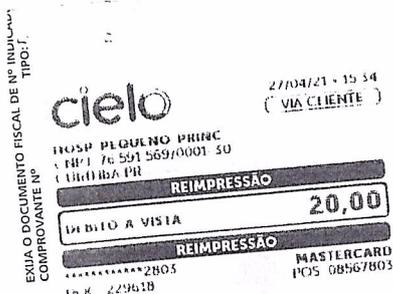
Bom Sucesso do Sul, 29/04/2021.

*Clayton Cesar da Silva*  
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, 29/04/2021.

*Saliane Pegoraro*  
Saliane Pegoraro  
Diretora do Departamento de Saúde



VERSAO:



VERSAO:

