

# 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

001355/2021 Ordinário

DATA EMISSÃO

11.05.21

**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** 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	16.700,00	150,00	16.550,00

QUANT.	ESPECIFICAÇÃO		VALOR TOTAL
1,00	Refere-se a despesa com 1/2 diari de viagem, para Cascavel -PR servico do departamento municipa de saude, com veiculo oficial, par trasporte de paciente ao Institut Vascular de Cascavel.	150,00	150,00
TOTAL DAS RETENCOES:			

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

ORDEM DE PAGAMENTO	RECIBO R\$
PAGUE-SE AO FAVORECIDO O VALOR ACIMA ESPECIFICADO, PROVENIENTE DESTA NOTA DE EMPENHO.  12 DE 05 DE 21  MATEUS DALLAGNOL - FINANÇAS	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 ____  CREDOR

BANCO	ANOTAÇÕES
Nº CHEQUE Nº DA CONTA	

# 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, 12 de maio 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 098, DE 11 DE MAIO 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 11 de maio 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, retroagindo seus efeitos a 11 de maio de 2021.

Gabinete do Prefeito do Município de Bom Sucesso do Sul, Estado do Paraná, em 11 de maio de 2021.

NILSON ANTONIO  
FEVERSANI:71795120959

Assinado de forma digital por NILSON  
ANTONIO FEVERSANI:71795120959  
Dados: 2021.05.11 11:18:27 -03'00'

**NILSON ANTONIO FEVERSANI  
PREFEITO**

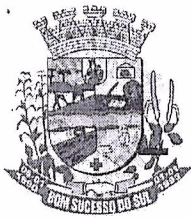
Publicado em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Edição nº: \_\_\_\_\_

Página: \_\_\_\_\_

Órgão Diário Eletrônico





# MUNICÍPIO DE BOM SUCESSO DO SUL PR

## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CNPJ 08.842.588/0001-32

Bom Sucesso do Sul, 11 de abril 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 11/05 às 07:00 e retorno no dia 11/05 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: 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, 11/05/2021.

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

( ) Autorizado ( ) Não autorizado  
Prefeito Municipal, Nilson Antônio Feversani

\_\_\_\_\_  
Saliane Pegoraro  
Secretária do Departamento de Saúde

Recebido 11/05/21  
A.S.

**IMPRIMIR****FECHAR**

::Comprovantes

**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
Conta Destino:	1009/9812-4
<b>Tipo de Conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de Pessoa:</b>	Física
<b>Nome:</b>	CLAYTON CESAR DA SILVA
<b>CPF/CNPJ</b>	021.776.819-95
<b>Valor:</b>	R\$150,00
<b>Valor da Tarifa:</b>	R\$0,00
<b>Finalidade</b>	10-Crédito em Conta
<b>Identificação da Operação:</b>	PAGTO DIARIA CLAYTON SILV

<b>Data de Débito:</b>	12/05/2021
<b>Data da Operação:</b>	12/05/2021
<b>Código da Operação:</b>	00160227
<b>Chave de Segurança:</b>	5HGTZ5NLMA9VTUNF

<b>CPFs Autorizadores:</b>
034.800.799-03
717.951.209-59

**Operação realizada com sucesso.**

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO DO CREDITO NA CONTA DESTINO E DE 60 MINUTOS.



**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:** 11/05/2021

**Data de Chegada:** 11/05/2021

**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.

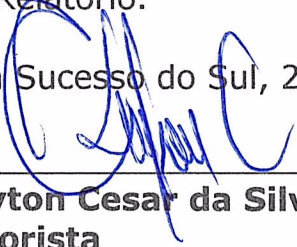
**Frota:** Departamento de Saúde

**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, 21/06/2021.



---

**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, 21/06/2021.



---

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