

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

001410/2021 Ordinário

DATA EMISSÃO

20.05.21

| | | | | |
|----------|-----------------------------|---------------------------------------|----------------|-----------------------|
| 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 | 15.800,00 | 450,00 | 15.350,00 |

| QUANT. | ESPECIFICAÇÃO | | VALOR TOTAL |
|----------------------|---|--------|-------------|
| 1,00 | Refere-se a despesa com 1/2 diari de viagem para Cascavel, a servic do Dpto. Municipal de Saude, par trasporte de paciente ao Hospita Oftalmologico HOLHOS PRIME, co veiculo oficial. | 450,00 | 450,00 |
| TOTAL DAS RETENCOES: | | | |

| | | |
|--|---------------|--|
| FONTE DE RECURSO | TOTAL LÍQUIDO | |
| 333 Incremento do PAB - Piso de Atencao Ba | 450,00 | |

NOME DO PROJETO/ATIVIDADE

| | | |
|-------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
| EMITIDO | VISTO | AUTORIZO A DESPESA |
| RAIELI AVILA | <u>FERNANDA DE OLIVEIRA DAMBROS</u> | <u>NILSON ANTONIO FEVERSANI</u> |
| DIV. ASS. CONTABILIDADE | CONTADOR | PREFEITO MUNICIPAL |

| |
|---|
| ORDEN DE PAGAMENTO |
| PAGUE-SE AO FAVORECIDO O VALOR ACIMA ESPECIFICADO, PROVENIENTE DESTA NOTA DE EMPENHO. |
| <u>20</u> DE <u>05</u> DE <u>21</u> |
| <u>MATEUS DALLAGNOL - FINANÇAS</u> |

| |
|--|
| RECIBO R\$ |
| DECLARO (AMOS) PARA OS DEVIDOS FINS, QUE RECEBI (EMOS) A IMPORTÂNCIA DESTES 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 450,00
VALOR LÍQUIDO 450,00

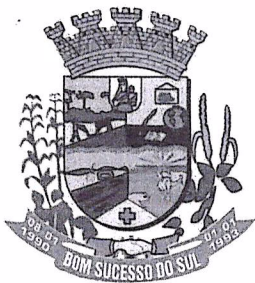
Recebi da Prefeitura Municipal de Bom Sucesso do Sul, Estado do Paraná, sita a Rua Cândido Merlo, 290, CNPJ 80.874.100/0001-86, o valor de R\$=450,00 (quatrocentos e cinquenta reais).

REFERENTE: a 01 e ½ diárias de viagem para Cascavel-PR, a serviço do Departamento Municipal de Saúde, para transporte de paciente ao Hospital Oftalmológico HOLhos Prime, com veículo oficial.

Bom Sucesso do Sul, 20 de maio de 2021.

CLAYTON CÉSAR DA SILVA
CPF/MF 021.776.819-95

1774



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 106, DE 19 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, 1 e ½ (uma e meia) diária de viagem, nos dias 20 e 21 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 Hospital Oftalmológico HOLhos Prime.

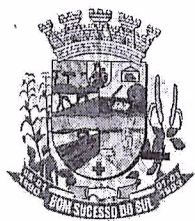
Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Gabinete do Prefeito do Município de Bom Sucesso do Sul, Estado do Paraná, em 19 de maio de 2021.



NILSON ANTONIO FEVERSANI
PREFEITO

Publicado em: 20/05/21
Edição nº: 2267
Página: 55
Órgão Diário Eletrônico



MUNICÍPIO DE BOM SUCESSO DO SUL PR

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CNPJ 08.842.588/0001-32

Bom Sucesso do Sul, 19 de maio 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

Agenor Alves de Ramos

DADOS DA VIAGEM

Data da Viagem: saída dia 20/05 às 03:00 e retorno no dia 21/05 às 12h00.

Destino: Cascavel – PR;

Valor de diárias: 1 e ½ diária (R\$450,00);

Transporte utilizado: MC/L200 TRITON;

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

Órgãos/locais a serem visitados ou eventos: Hospital Oftalmológico HOlhos Prime.

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, 19/05/21.

Assinatura do solicitante: [Assinatura]

() Autorizado () Não autorizado

Prefeito Municipal, Nilson Antônio Feversani

[Assinatura]
Saliane Pegoraro

Secretária do Departamento de Saúde

IMPRIMIR**FECHAR**

::Comprovantes

**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: | 133 - CONF NAC COOP CRESOL |
| Conta Destino: | 1009/9812-4 |
| Tipo de Conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de Pessoa: | Física |
| Nome: | CLAYTON CESAR DA SILVA |
| CPF/CNPJ | 021.776.819-95 |
| Valor: | R\$450,00 |
| Valor da Tarifa: | R\$0,00 |
| Finalidade | 10-Crédito em Conta |
| Identificação da Operação: | PAGTO DIARIA CLAYTON SILV |

| | |
|----------------------------|------------------|
| Data de Débito: | 20/05/2021 |
| Data da Operação: | 20/05/2021 |
| Código da Operação: | 00131109 |
| Chave de Segurança: | K89KTZ5UCYLZGK0L |

| |
|----------------------------|
| CPFs Autorizadores: |
| 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: 20/05/2021

Data de Chegada: 21/05/2021

3. Justificativa

Transporte de paciente(s) e acompanhante(s) ao Hospital Oftalmológico HOlhos Prime.

4. Valores Solicitados

Número de Diárias: 1 e ½

Valor Unitário da Diária: R\$ 300,00

Valor Total das Diárias: R\$ 450,00

5. Locomoção

Veículo: MITSUBISHI L200 TRITON.

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

RESTAURANTE DE AVILA

CNPJ 01 416 703/0001-05 GILMAR A Z DE AVILA - ME
AV ASSUNÇÃO, 1312 CENTRO - CASCAVEL - PR
86805-030 Fone: (45)3226-2535 I.E.: 410.10580-21
DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL DE CONSUMIDOR ELETRONICA

| # | Cód | Descrição | Qtd | Un | VI Unit. | VI Total |
|----------------------------|-----|-----------|-----|----|-------------------|--------------|
| 001 | 1 | REFEIÇÃO | | | | |
| | | | 1 | UN | 21,50 | 21,50 |
| QTD. TOTAL DE ITENS | | | | | | 001 |
| VALOR TOTAL R\$ | | | | | | 21,50 |
| FORMA DE PAGAMENTO | | | | | Valor Pago | |
| Dinheiro | | | | | | 21,50 |

Consulte pela Chave de Acesso em

<http://www.fazenda.pr.gov.br/nfce/consulta>

4121 0581 4167 0300 0105 6506 6000 0116 2519 6633
9793

CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO

NFC-e nº 000011625-Série 066 20/05/2021 12:40:51

Protocolo de Autorização: 141210589929066

Data de Autorização 20/05/2021 12:40:54

