



# 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

001754/2021 Ordinário

DATA EMISSÃO

17.06.21

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 SOLIMAR A. SANTANA 663.393.329-00 00262  
 ENDEREÇO RUA JOAO BAGIO 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	13.100,00	150,00	12.950,00

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, para transporte de paciente ao Hospita Oftalmologico HOLhos Prime, co veiculo oficial.	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	<u>FERNANDA DE OLIVEIRA DAMBROS</u>	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.

18 DE 06 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 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).

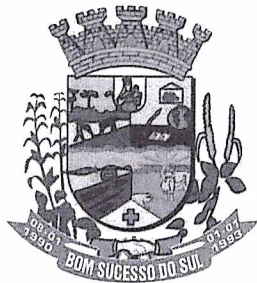
REFERENTE: a ½ diária de viagem, para Cascavel-PR, a serviço do Departamento Municipal de Saúde, para o transporte de paciente ao Hospital Oftalmológico HOLHOS PRIME, com veículo oficial.

Bom Sucesso do Sul, 18 de junho de 2021.

1174

---

SOLIMAR ANTONIO SANTANA  
CPF/MF 663.393.329-00



# 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 132, DE 17 DE JUNHO DE 2021.

**Conceder diária de viagem ao  
servidor Solimar Antonio  
Santana.**

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** Solimar Antonio Santana, servidor público, cargo de motorista, CPF Nº 663.393.329-00, RG nº 4.073.844-4, ½ (meia) diária de viagem, no dia 18 de junho de 2021, para a cidade de Cascavel – PR, com veículo oficial, a serviço do Departamento Municipal de Saúde, transporte de paciente, **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 17 de junho de 2021.

  
**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, 17 de junho de 2021

### SOLICITAÇÃO DE VIAGEM

#### DADOS DO SOLICITANTE

Nome: Solimar Antônio Santana

Matrícula: 0221.1

Órgão de Lotação: Departamento de Educação

Cargo: Motorista

#### ACOMPANHANTES

Agenor Alves de Ramos;

#### DADOS DA VIAGEM

Data da Viagem: saída dia 18/06 às 04:30 e retorno no dia 18/06 às 16:30;

Destino: Cascavel - PR;

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

Transporte utilizado: MITSUBICHI TRITON L200;

Finalidade da viagem: Transporte de paciente(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.

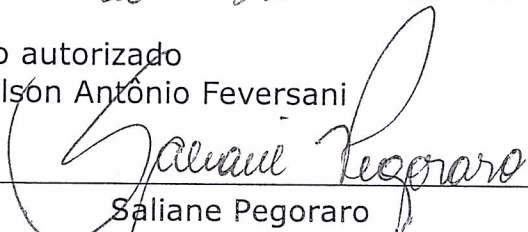
Informações Complementares:

Bom Sucesso do Sul, 17/06/21

Assinatura do solicitante: 

( ) Autorizado ( ) Não autorizado

Prefeito Municipal, Nilson Antônio Feversani



Saliane Pegoraro

Secretária do Departamento de Saúde

IMPRIMIR

FECHAR

::Comprovantes

**CAIXA****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>	748 - BANCO COOPERATIVO SICREDI S/A
Conta Destino:	0740/17223-5
<b>Tipo de Conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de Pessoa:</b>	Física
<b>Nome:</b>	SOLIMAR ANTONIO SANTANA
<b>CPF/CNPJ</b>	663.393.329-00
<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 SOLIMAR SANT

<b>Data de Débito:</b>	18/06/2021
<b>Data da Operação:</b>	18/06/2021
<b>Código da Operação:</b>	00142851
<b>Chave de Segurança:</b>	9Q6Y39GV7C6YLNTW

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

**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 Educação

**Nome do Servidor Beneficiário:** Solimar Antônio Santana

**Matrícula:** 0221.1

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

**2. Destino do Servidor Beneficiário**

**Destino:** Cascavel – PR

**Data de Saída:** 18/06/2021

**Data de Chegada:** 18/06/2021

**3. Justificativa**

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

**4. Valores Solicitados**

**Número de Diárias:** ½

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

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

**5. Locomoção** (Informar somente se a viagem foi realizada com veículo oficial)

**Veículo:** MITISUBISHI TRITON L200.

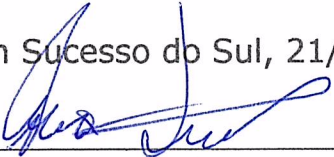
**Frota:** Departamento de Saúde.

**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.

  
\_\_\_\_\_  
**Solimar Antonio Santana**  
**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.

  
\_\_\_\_\_  
**Saliene Pegoraro**  
**Diretora do Departamento de Saúde**

CNPJ: 09.160.228/0029-25 STOPETROLEO S.A -COM.DER.DE  
PETROLEO L32  
ROD PRT-182 KM-92. 1, KM 092. REALEZA, PR,  
IE 9054295232

Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica

#	COD	DESCRIÇÃO	QTD	UN	VL UN	VL TOTAL
001	997041	ÁGUA AQUALIFE C/GAS 510ML 1 UN X				3,00
		3,00				
002	555555	SALGADOS DIVERSOS 1 UN X 5,00				5,00
QTD. TOTAL DE ITENS						2

Valor Produtos	8,00
Descontos	0,00
Acréscimos	0,00
VALOR A PAGAR	8,00

FORMA DE PAGAMENTO	VALOR
Dinheiro	8,00

Consulte pela chave de acesso em  
<http://www.fazenda.pr.gov.br/nfce/consulta>

4121 0609 1602 2600 2925 6500 1000 5662 2814 7588 6410

CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO



NFC-e nº. 000.566.228 - Série: 001  
Emissão: 18/06/2021 12:31:23 - Via Const  
Protocolo de Autorização:  
141210711783246 18/06/2021 12:31:24

Tributos Incidentes (Lei Federal 12.741/2012): R\$ 1.25

ATACADO: F BENEF: S VBN: N MOTO: N ESPECIE: NE  
MEDIA: 0,00. Trib aprox R\$: 0,36 Federal e 0,89 Estadual.

Fonte: IBPT/empresometro.com.br B8217A. //

PROCON/PR-www.pr.gov.br/procon (0800)41-1512 R. Alameda  
Cobal 184 - Centro Curitiba/PR CEP