



# 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

001775/2019 Ordinario

DATA EMISSÃO

20.05.19

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 01527|01588

CREDOR CLAYTON CEZAR DA SILVA 021.776.819-95 00593

ENDEREÇO RUA INACIO DRANKA 00 CENTRO FONE CIDADE  
BOM SUCESSO DO SUL PR

LICITAÇÃO Dispensa por Limit NÚMERO CONVÊNIO CONTRATO EMISSÃO VENCIMENTO

VALOR ORÇADO 0,00 SALDO ANTERIOR 4.900,00 VALOR DO EMPENHO 150,00 SALDO ATUAL 4.750,00

QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	VALOR	VALOR TOTAL
1,00	Refere-se a despesa com 1/2 d de viagem p/ Cascavel-PR, a se do Depto Municipal de Saude veiculo oficial, p/ transpor pacientes ao Hospital UOPECAN.	150,00	150,00
TOTAL DAS RETENCOES:			

FONTE DE RECURSO 329 Programa Estadual APSUS TOTAL LÍQUIDO 150,00

NOME DO PROJETO/ATIVIDADE

EMITIDO	VISTO	AUTORIZO A DESPESA
LETICIA COMOCENA DIV. ASS. CONTABILIDADE	FERNANDA DE OLIVEIRA DAMBROS CONTADOR	JERSON LUIZ PEREIRA DIR. DPTO. DE SAUDE

ORDEM DE PAGAMENTO  
PAGUE-SE AO FAVORECIDO O VALOR ACIMA ESPECIFICADO, PROVENIENTE DESTA NOTA DE EMPENHO.  
\_\_\_\_ DE \_\_\_\_ DE \_\_\_\_  
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 \_\_\_\_\_ 150,00 \_\_\_\_\_  
VALOR LÍQUIDO \_\_\_\_\_ 150,00 \_\_\_\_\_

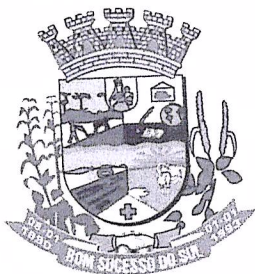
Recebi da Prefeitura Municipal de Bom Sucesso do Sul, Estado do Paraná, sita a Rua Cândido Merlo, 290, CNPJ 80.874.100/0001-86, o valor de R\$= 150,00(Cento e cinquenta reais).

REFERENTE: a 1/2 diária de viagem, para Cascavel-PR, a serviço do Departamento Municipal de Saúde, com veículo oficial, para transporte de pacientes ao Hospital UOPECAN.

Bom Sucesso do Sul, 20 de maio de 2019.

1588

\_\_\_\_\_  
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 110, DE 20 DE MAIO DE 2019.

Conceder diária de viagem ao servidor Clayton Cesar da Silva.

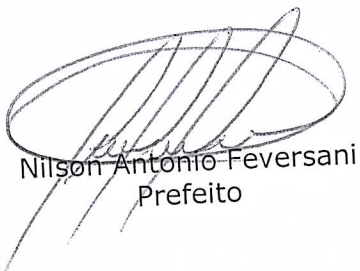
O Prefeito do Município de Bom Sucesso do Sul, Estado do Paraná, no uso das suas atribuições e com fundamento na Lei nº 1.327 de 09 de outubro de 2017:

### RESOLVE

**Art. 1º** Conceder ao Sr. Clayton Cesar da Silva, servidor público, cargo motorista, CPF Nº 021.776.819-95, RG nº 7.054.226-9, ½ (meia) diária de viagem, no dia 20 de maio de 2019, para a cidade de Cascavel – PR., com veículo oficial, a serviço do Departamento Municipal de Saúde, para transporte de paciente.

**Art. 2º** Revogando as disposições em contrário, esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Gabinete do Prefeito do Município de Bom Sucesso do Sul, Estado do Paraná, em 20 de maio de 2019.



Nilson Antonio Feversani  
Prefeito


# Prefeitura Municipal de Bom Sucesso do Sul

## INFORMAÇÕES

PROTOCOLO Nº \_\_\_\_\_ / 20 \_\_\_\_\_

Encaminha-se ao setor financeiro para pagamento de 1/2 (meia) diária de viagem.

Bom Sucesso do Sul, 20/05/19.

  
Nilson Antonio Feversani  
Prefeito

Município de Bom Sucesso do Sul



*Prefeitura Municipal de Bom Sucesso do Sul*

CNPJ:80.874.100/0001-86

FONE: (46) 3234 1222/ 3234 1207

**Bom Sucesso do Sul, 17 de Maio de 2019.**

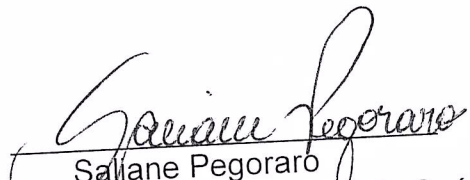
SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA

Venho através deste, solicitar meia diária para o funcionário **Clayton Cesar da Silva** para a cidade de CASCAVEL - Pr, no dia 20/05/019, ira transportar a paciente Edileusa Sfoggia para UOPECAN.

Obs.: Essa diária deverá ser paga com recurso do APSUS CUSTEIO.

Sendo o que se apresenta para o momento, coloco-me a disposição para maiores esclarecimentos e desde já agradeço a compreensão.

Atenciosamente,

  
Salliane Pegoraro  
Diretora Depto. Municipal de Saúde

Recebido em: \_\_\_\_\_

ASSINATURA

**IMPRIMIR****FECHAR**

::Comprovantes

**Comprovante de Remessa de TED**  
via GovConta Caixa

<b>Tipo de TED:</b>	Terceiros
<b>Nome:</b>	FUNDO MU SAUDE BSS 15
<b>Conta Origem:</b>	0602/006/00000363-0
<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>	756 - BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A.
Conta Destino:	3076/32401-9
<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 DA S

<b>Data de Débito:</b>	20/05/2019
<b>Data da Operação:</b>	20/05/2019
<b>Código da Operação:</b>	00111838
<b>Chave de Segurança:</b>	UC2V79U9MCWCRQ4L

<b>CPFs Autorizadores:</b>	
	717.951.209-59
	546.478.609-06

**Operação realizada com sucesso.**