



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

002175/2020 Ordinário

DATA EMISSÃO

21.07.20

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 01819|01929

CREDOR JUCIMAR GIRARDELLO DE FREITAS 023.263.049-69 04450
ENDEREÇO RUA CANDIDO MERLO 101 CENTRO FONE 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	13.800,00	300,00	13.500,00

QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	VALOR	VALOR TOTAL
1,00	Refere-se a despesa com 01 dia de viagem para Curitiba-PR, co veiculo oficial, a servico do Departamento de Saude, para transporte de paciente ao Hosp dee Olhos do Parana.	300,00	300,00
TOTAL DAS RETENCOES:			

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

NOME DO PROJETO/ATIVIDADE

EMITIDO	VISTO	AUTORIZO A DESPESA
 LETICIA COMOCENA DIV. ASS. CONTABILIDADE	 FERNANDA DE OLIVEIRA DAMBROS CONTADOR	 SALIANE PEGORARO DIR. DPTO. DE SAUDE

ORDEM DE PAGAMENTO	RECIBO R\$
PAGUE-SE AO FAVORECIDO O VALOR ACIMA ESPECIFICADO, PROVENIENTE DESTA NOTA DE EMPENHO. 23 DE 07 DE 20 MATEUS DALLAGNOL - FINANÇAS	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	ANOTAÇÕES
Nº CHEQUE Nº DA CONTA	

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 de Olhos do Paraná, com veículo oficial.

Bom Sucesso do Sul, 23 de julho de 2020.

18/19

JUCIMAR GIRARDELLO DE FREITAS
CPF: 023.263.049-69



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 085, DE 22 DE JULHO DE 2020.

**Conceder diária de viagem ao servidor
Jucimar Girardello de Freitas.**

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 Jucimar Girardello de Freitas, ocupante do cargo de motorista, matrícula nº 492-8/3, inscrito no CPF nº 023.263.049-69 e RG nº 7.570.301-5/PR, 01 (uma) diária de viagem, nos dias 21 e 22 de julho de 2020, para a cidade de Curitiba – PR, com veículo oficial, a serviço do Departamento Municipal de Saúde, para transporte de pacientes ao Hospital de Olhos do Paraná.

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 22 de julho de 2020.


Nilson Antonio Feversani
Prefeito

Publicado em: 23/07/20
Edição nº: 2058
Página: 21
Órgão Diário Eletrônico



MUNICÍPIO DE BOM SUCESSO DO SUL PR

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CNPJ 09.118.695/0001-85

Bom Sucesso do Sul, 21 de julho de 2020

SOLICITAÇÃO DE VIAGEM

DADOS DO SOLICITANTE

Nome: Jucimar Girardello de Freitas
Órgão de Lotação: Departamento de Saúde

Matrícula: 4928.3
Cargo: Motorista

ACOMPANHANTES

Sidinei Dalagnol

DADOS DA VIAGEM

Data da Viagem: saída dia 21/07 às 12h00 e retorno no dia 22/07 às 12h00.

Destino: Curitiba – PR;

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

Transporte utilizado: MMC/L200 TRITON SPT GL;

Finalidade da viagem: Transporte de paciente(s);

Órgãos/locais a serem visitados ou eventos: Hospital de Olhos;

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, 21/07/2020.

Assinatura do solicitante: _____

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

Saliane Pegoraro
Secretária do Departamento de Saúde



Comprovante de transferência eletrônica disponível

Via Internet Banking CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	0602 / 006 / 00624061-7
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	PR 410322 FMS CT SUSCUSTEIOSUS
CPF/CNPJ:	08.842.588/0001-32

Banco:	756 - COOPERATIVO BRASIL 0000000 - 02038232
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	3076 / 00000029915-4
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	JUCIMAR GIRARDELLO DE FREITAS
CPF/CNPJ:	023.263.049-69
Valor:	R\$ 300,00
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	PAGTO DIARIA JUCIMAR FREI
Histórico:	

Data de débito:	23/07/2020
Data / Hora da operação:	23/07/2020 10:13:28

Código da operação:	00146533
Chave de segurança:	QL0JWC1T582MR8UV

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

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

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: Jucimar Girardello de Freitas

Matrícula: 4928.3

N.º do Empenho da Liberação de Diárias: ____/____

2. Destino do Servidor Beneficiário

Destino: Curitiba – PR

Data de Saída: 21/07/2020

Data de Chegada: 22/07/2020

3. Justificativa

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

4. Valores Solicitados

Número de Diárias: ½

Valor Unitário da Diária: R\$ 300,00

Valor Total das Diárias: R\$ 300,00

5. Locomoção

Veículo: MMC/L200 TRITON SPT GL

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, 16/07/2020.

Jucimar Girardello de Freitas
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, 16/07/2020.

Saliane Pegoraro
Diretora do Departamento de Saúde