

# 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  
002544/2021 Ordinário

DATA EMISSÃO  
24.08.21

ÓRGÃO 07 DEPARTAMENTO DE SAÚDE  
 UNIDADE 01 FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE 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	11.000,00	150,00	10.850,00

QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	VALOR	VALOR TOTAL
1,00	Refere-se a despesa com 1/2 diaria de viagem para Cascavel, a serviços do Dpto de Saude, para o transporte de paciente ao Hospital Instituto vascular, com veiculo oficial.	150,00	150,00
TOTAL DAS RETENÇÕES:			

FONTE DE RECURSO	TOTAL LÍQUIDO	VALOR
333 Incremento do PAB - Piso de Atenção Bá		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

**ORDEN DE PAGAMENTO**  
 PAGUE-SE AO FAVORECIDO O VALOR ACIMA ESPECIFICADO, PROVENIENTE DESTA NOTA DE EMPENHO.

26 DE 08 DE 21

*Mateus Dallagnol*

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

# R E C I B O

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).

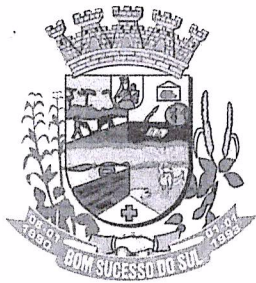
REFERENTE: a ½ diária de viagem, para Cascavel-PR, a serviço do Departamento Municipal de Saúde, para o transporte de paciente ao Hospital Instituto Vascular, com veículo oficial.

J-774

Bom Sucesso do Sul, 26 de agosto de 2021.

---

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 167, DE 25 DE AGOSTO 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:

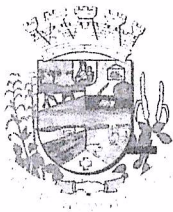
### RESOLVE

**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 24 de agosto de 2021, para a cidade de Cascavel – PR, com veículo oficial, a serviço do Departamento Municipal de Saúde, transporte de paciente, **Hospital Instituto Vascular.**

**Art. 2º** Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, retroagindo seus efeitos a 24 de agosto de 2021.

Gabinete do Prefeito do Município de Bom Sucesso do Sul, Estado do Paraná, em 25 de agosto 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, 24 de agosto de 2021

## SOLICITAÇÃO DE VIAGEM

### DADOS DO SOLICITANTE

Nome: Solimar Antônio Santana

Matrícula: 0221.1

Órgão de Lotação: Departamento de Educação

Cargo: Motorista

### ACOMPANHANTES

Luiz Itacir Zanotto

### DADOS DA VIAGEM

Data da Viagem: saída dia 24/08 às 07:00 e retorno no dia 24/08 às 16:00.

Destino: Cascavel – PR;

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

Transporte utilizado: Renault Sandero Expression;

Finalidade da viagem: Transporte de paciente(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, 24/08/21.

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

( ) Autorizado ( ) Não autorizado

Prefeito Municipal, Nilson Antônio Feversani

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

**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>	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>	26/08/2021
<b>Data da Operação:</b>	26/08/2021
<b>Código da Operação:</b>	00116886
<b>Chave de Segurança:</b>	HRA3J245A8J655NL

<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:** 24/08/2021

**Data de Chegada:** 24/08/2021

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

**Veículo:** RENAULT SANDERO EXPRESSION.

**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, 30/08/2021.

---

**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, 30/08/2021.

---

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

IRMAOS RUFFATO S.A  
Rua Parana, 0 - Centro - Cascavel - PR  
CNPJ: 76430438002620 IE: 4101130580  
Data: 24/08/2021 Hora: 10:56  
VENDA PDU: 007 CP: 106520 OP: 11469037

Documento Auxiliar da Nota Fiscal  
de Consumidor Eletronica

Detalhe da Venda

ITE#	COO1G0	DESCRICAO	QTD.	UN.	VL.UNIT(R\$)	VL.TOTAL(R\$)
001	7891149107490	CERV PATA	1	un X	5.99	5.99
002	4817	BENGIBRE	0.110	kg X	9.98	1.10
003	16599	SAND PEIT	0.094	kg X	42.90	4.03
004	7891931014984	REFRIG AN	1	un X	1.29	1.29
005	383882	KIBE CLAU	1	un X	3.90	3.90
006	7894900039061	KIT COCA	1	un X	10.90	10.90

QTD. TOTAL DE ITENS 6  
VALOR TOTAL R\$ 27.21  
VALOR A PAGAR R\$ 27.21  
FORMA DE PAGAMENTO VALOR PAGO  
Cart Credito 27.21

Consulte pela Chave de Acesso em:

<http://www.fazenda.pr.gov.br/nfce/consulta>  
4121 0876 4304 3800 2620 6500 7000 2436 7210 0736 8316

CONSUMIDOR NAO IDENTIFICADO

NFC-e n. 243672 Serie 7 Emissao 24/08/2021 10:56:22  
Protocolo de Autorizacao: 141211010966921  
Data de Autorizacao: 24/08/2021 10:56:22



11469037 - Ingrid Rafaela Candido de Oliveira  
Trib aprox R\$: 3.89 Federal e R\$: 5.01 Estadual  
Fonte: IBPT/FECOMERCIO 115C76

\*\* Senhores clientes em casos de troca ou  
reclamacao de algum item e obrigatorio  
a apresentacao deste cupom \*\*

CIELO-VISA CREDITO

476331\*\*\*\*\*9124

PDU=74102506 DOC=500146 AUT=005863

VENDA A CREDITO

VALOR: 27.21 (StTef)