



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
003040/2020 Ordinário

DATA EMISSÃO
09.10.20

ÓRGÃO 07 DEPARTAMENTO DE SAUDE
 UNIDADE 01 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE 10.301.0007
 DOTAÇÃO 10.301.0007.2015 ATIVIDADES OPERACIONAIS DO FUNDO MUNI Nº CONTA
 3.3.90.14.14.01.00 SERVIDORES EFETIVOS 01819|01929

CREDOR CLAYTON CEZAR DA SILVA 021.776.819-95 00593
 ENDEREÇO RUA INACIO DRANKA 00 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	8.400,00	600,00		7.800,00	

QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	VALOR	VALOR TOTAL
2,00	Refere-se a despesa com 02 diarias de viagem para Curitiba-PR, com veiculo oficial, a servico do Departamento de Saude, para transporte de pacientes ao Hospital de Clinicas da Universidade Federal do Parana e ao Hospital de Olhos.	300,00	600,00
TOTAL DAS RETENCOES:			

FONTE DE RECURSO 333 Incremento do PAB - Piso de Atencao Ba	TOTAL LÍQUIDO	600,00
--	---------------	--------

NOME DO PROJETO/ATIVIDADE

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

ORDEM DE PAGAMENTO PAGUE-SE AO FAVORECIDO O VALOR ACIMA ESPECIFICADO, PROVENIENTE DESTA NOTA DE EMPENHO. 15 DE 10 DE 20 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 600,00
VALOR LÍQUIDO 600,00

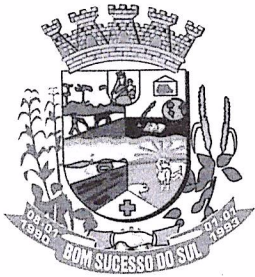
Recebi da Prefeitura Municipal de Bom Sucesso do Sul, Estado do Paraná, sita a Rua Cândido Merlo, 290, CNPJ 80.874.100/0001-86, o valor de R\$=600,00 (seiscentos reais).

REFERENTE: a 02 diárias de viagem para Curitiba-PR, a serviço do Departamento Municipal de Saúde, para transporte de pacientes ao Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná e ao Hospital de Olhos, com veículo oficial.

Bom Sucesso do Sul, 15 de outubro de 2020.

19529

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 127, DE 13 DE OUTUBRO DE 2020.

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

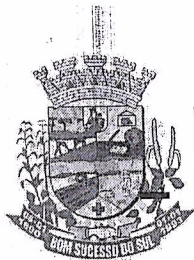
Art. 1º Conceder ao servidor Clayton Cesar da Silva, ocupante do cargo de motorista, inscrito no CPF Nº 021.776.819-95 e RG nº 7.054.226-9, 02 (duas) diárias de viagem, nos dias 12, 13 e 14 de outubro de 2020, para a cidade de Curitiba – PR, com veículo oficial, a serviço do Departamento Municipal de Saúde, para transporte de paciente ao Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná e 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 13 de outubro de 2020.


NILSON ANTONIO FEVERSANI
PREFEITO

Publicado em: 14/10/20
Edição nº: 2116
Página: 21
Órgão Diário Eletrônico



MUNICÍPIO DE BOM SUCESSO DO SUL PR

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CNPJ 08.842.588/0001-32

Bom Sucesso do Sul, 09 de outubro de 2020

SOLICITAÇÃO DE VIAGEM

DADOS DO SOLICITANTE

Nome: Clayton Cesar da Silva
Órgão de Lotação: Departamento de Saúde

Matrícula: 2763.2
Cargo: Motorista

ACOMPANHANTES

Rosa Ireni Sereniski; Edgar Sereniski Alves Camargo; Laurindo Rodrigues.

DADOS DA VIAGEM

Data da Viagem: saída dia 12/10 às 12:00 e retorno no dia 14/09 às 12h00.

Destino: Curitiba – PR;

Valor de diárias: 2 diárias (R\$600,00);

Transporte utilizado: Renault MASTER Minibus;

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

Órgãos/locais a serem visitados ou eventos: Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná; 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, 09/10/20.

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

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\$600,00
Valor da Tarifa:	R\$0,00
Finalidade	10-Crédito em Conta
Identificação da Operação:	PAGTO DIARIA CLAYTON SILV

Data de Débito:	15/10/2020
Data da Operação:	15/10/2020
Código da Operação:	00131566
Chave de Segurança:	Y39A9W7WYLFUNG6T

CPFs Autorizadores:
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 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: Curitiba – PR

Data de Saída: 12/10/2020

Data de Chegada: 12/10/2020

3. Justificativa

Transporte de paciente(s) e acompanhante(s) ao Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná; Hospital de Olhos.

4. Valores Solicitados

Número de Diárias:

Valor Unitário da Diária: R\$ 300,00

Valor Total das Diárias: R\$ 600,00

5. Locomoção

Veículo: Renault MASTER Minibus.

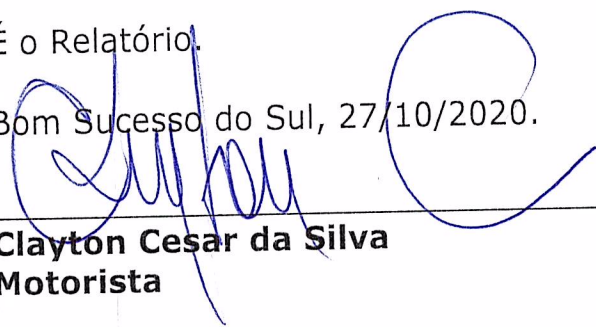
Frota: Departamento de Saúde

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.

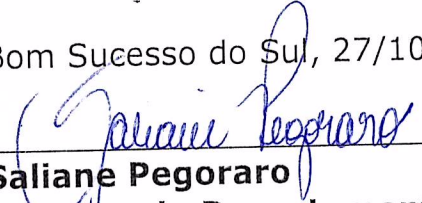
Bom Sucesso do Sul, 27/10/2020.



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, 27/10/2020.



Saliane Pegoraro
Diretora do Departamento de Saúde