



# 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

004041/2021 Ordinário

DATA EMISSÃO

03.12.21

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

CREADOR CLAYTON CEZAR DA SILVA

021.776.819-95

00593

ENDEREÇO RUA INACIO DRANKA 00 CENTRO

CIDADE

BOM SUCESSO DO SUL PR

LICITAÇÃO

Dispensa por Limit

NÚMERO

CONVÊNIO

CONTRATO

EMISSÃO

VENCIMENTO

VALOR ORÇADO

0,00

SALDO ANTERIOR

3.150,00

VALOR DO EMPENHO

150,00

SALDO ATUAL

3.000,00

QUANT.

1,00

ESPECIFICAÇÃO

Refere-se a despesa com 1/2 diária de viagem para Cascavel, a serviço do Departamento Municipal de Saúde, com veículo oficial, para transporte de paciente ao Hospital UOPECCAN.

VALOR TOTAL

150,00

150,00

TOTAL DAS RETENÇÕES:

FONTE DE RECURSO

333 Incremento do PAB - Piso de Atenção Bá

TOTAL LÍQUIDO

150,00

NOME DO PROJETO/ATIVIDADE

EMITIDO

RAIELI AVILA

DIV. ASS. CONTABILIDADE

VISTO

FERNANDA DE OLIVEIRA DAMBROS

CONTADOR

AUTORIZO A DESPESA

NILSON ANTONIO FEVERSANI

PREFEITO MUNICIPAL

ORDEM DE PAGAMENTO

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

06 DE 12 DE 21  
*Mateus Dallagnol*  
MATEUS DALLAGNOL - FINANÇAS

RECIBO

R\$

DECLARO (AMOS) PARA OS DEVIDOS FINS, QUE RECEBI (EMOS) A IMPORTÂNCIA DESTA EMPENHO, CORRESPONDENTE AO ACIMA DESCRITO E PELA QUAL DOU (AMOS) PLENA E IRREVOGÁVEL QUITAÇÃO.

DE DE

CREADOR

BANCO

Nº CHEQUE

Nº DA CONTA

ANOTAÇÕES

NIJ

# 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 paciente ao Hospital UOPECCAN.

Bom Sucesso do Sul, 06 de dezembro de 2021.

JH

\_\_\_\_\_  
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 231, DE 03 DE DEZEMBRO DE 2021.

**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 1.501 de 16 de abril de 2020:

### 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, ½ (meia) diária de viagem, no dia 06 de dezembro de 2021, para a cidade de Cascavel – PR, com veículo oficial, a serviço do Departamento Municipal de Saúde, para transporte de paciente ao Uopecan Cascavel.

**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 03 de dezembro 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, 03 de dezembro de 2021.

### SOLICITAÇÃO DE VIAGEM

#### DADOS DO SOLICITANTE

Nome: Clayton Cesar da Silva

Matrícula: 2763.2

Órgão de Lotação: Departamento de Saúde

Cargo: Motorista

#### ACOMPANHANTES

João Maria de Moraes

#### DADOS DA VIAGEM

Data da Viagem: saída dia 06/12 às 09:00 e retorno no dia 06/12 às 18h00.

Destino: Cascavel - PR;

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

Transporte utilizado: Renault Sandero Expression;

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

Órgãos/locais a serem visitados ou eventos: UOPECCAN Cascavel;

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, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_.

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

( ) Autorizado ( ) Não autorizado

Prefeito Municipal, Nilson Antônio Feversani

*Lidiane de Mello Faversani*  
Prefeitura Mun. Bom Sucesso do Sul  
Chefe da Divisão de Saúde  
Participação em 030 de 18/02/2018

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 SUSCUSTEIO
<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>	133 - CONF NAC COOP CRESOL
<b>Conta Destino:</b>	1009/9812-4
<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>	DIARIA CLAYTON SILVA

<b>Data de Débito:</b>	06/12/2021
<b>Data da Operação:</b>	06/12/2021
<b>Código da Operação:</b>	00191075
<b>Chave de Segurança:</b>	92N92FKUV3FNRCKW

<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 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:** Cascavel – PR

**Data de Saída:** 06/12/2021

**Data de Chegada:** 06/12/2021

**3. Justificativa**

Transporte de paciente(s) e acompanhante(s) ao UOPECCAN Cascavel.

**4. Valores Solicitados**

**Número de Diárias:** ½

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

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

**5. Locomoção**

**Veículo:** Renault Sandero Expression.

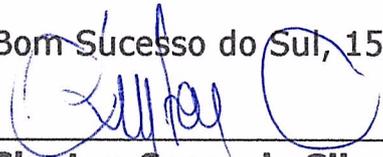
**Frota:** Departamento de Saúde

**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).**

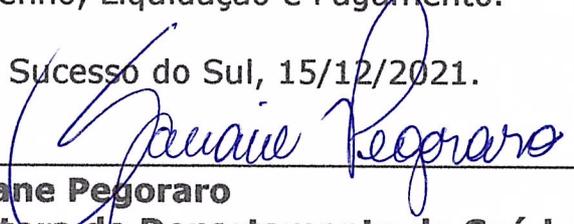
É o Relatório.

Bom Sucesso do Sul, 15/12/2021.

  
\_\_\_\_\_  
**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, 15/12/2021.

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