



# 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  
004141/2021 Ordinário

DATA EMISSÃO  
15.12.21

**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  
**CREDOR** CLAYTON CEZAR DA SILVA 021.776.819-95 00593  
**ENDEREÇO** RUA INACIO DRANKA 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         | 2.850,00       | 150,00           | 2.700,00    |

| QUANT.               | ESPECIFICAÇÃO   | VALOR  | VALOR TOTAL |
|----------------------|---|--------|-------------|
| 1,00                 | Refere-se a despesa com 1/2 diária de viagem para Cascavel a serviço do Departamento de Saúde, com veículo oficial, para transporte de paciente ao Hospital UOPECCAN. | 150,00 | 150,00      |
| TOTAL DAS RETENÇÕES: |   |        |             |

| FUNTE DE RECURSO                           | TOTAL LÍQUIDO | VALOR  |
|--|---------------|--------|
| 333 Incremento do PAB - Piso de Atenção Bá |               | 150,00 |

NOME DO PROJETO/ATIVIDADE

| EMITIDO                 | VISTO                        | AUTORIZO A DESPESA       |
|-------------------------|------------------------------|--------------------------|
| <br>RAELI AVILA         | FERNANDA DE OLIVEIRA DAMBROS | NILSON ANTONIO FEVERSANI |
| DIV. ASS. CONTABILIDADE | CONTADOR                     | PREFEITO MUNICIPAL       |

NIJ

| ORDEM DE PAGAMENTO  | RECIBO R\$  |
|---|---|
| PAGUE-SE AO FAVORECIDO O VALOR ACIMA ESPECIFICADO, PROVENIENTE DESTA NOTA DE EMPENHO. | 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. |
| 16 DE 12 DE 21<br><br>MATEUS DALLAGNOL - FINANÇAS                                     | ____ DE ____ DE ____<br>CREDOR  |

| BANCO                    | ANOTAÇÕES |
|--------------------------|-----------|
| Nº CHEQUE<br>Nº DA CONTA |           |

# 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, 16 de dezembro de 2021.

1774

\_\_\_\_\_  
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 240, DE 15 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

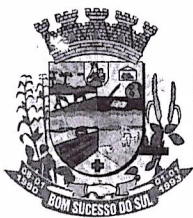
**Art. 1º** Conceder ao servidor **Clayton Cesar da Silva**, ocupante do cargo de motorista, inscrito no CPF Nº 021.776.819-95 e RG nº 7.054.226-9, ½ (meia) diária de viagem, no dia 16 de dezembro de 2021, para a cidade de Cascavel – PR, com veículo oficial, a serviço do Departamento Municipal de Saúde, 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 15 de dezembro de 2021.

  
**NILSON ANTONIO FEVERSANI**  
**PREFEITO**

Publicado em: 16/12/21  
Edição nº: 2412  
Página: 57  
Órgão Diário Eletrônico



# MUNICÍPIO DE BOM SUCESSO DO SUL PR

## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CNPJ 08.842.588/0001-32

Bom Sucesso do Sul, 15 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

Ovidio Viccini

#### DADOS DA VIAGEM

Data da Viagem: saída dia 16/12 às 07:00 e retorno no dia 16/12 às 16h00.

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.

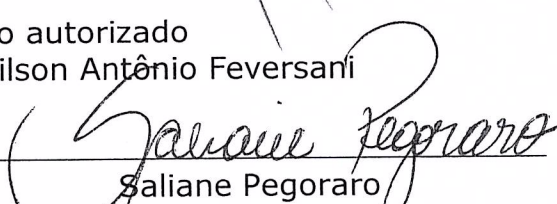
Informações Complementares:

Bom Sucesso do Sul, 15/12/21.

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 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 |
| Conta Destino:                    | 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> | PAGTO DIARIA CLAYTON SILV  |

|                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| <b>Data de Débito:</b>     | 16/12/2021       |
| <b>Data da Operação:</b>   | 16/12/2021       |
| <b>Código da Operação:</b> | 00134148         |
| <b>Chave de Segurança:</b> | 7ZMQROZ5CLFHXY8L |

|                            |                |
|----------------------------|----------------|
| <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:** 16/12/2021

**Data de Chegada:** 16/12/2021

**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.

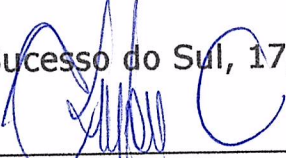
**Frota:** Departamento de Saúde

**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).**

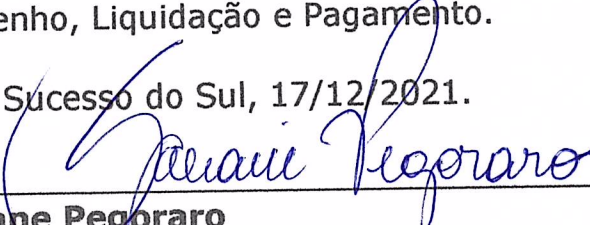
É o Relatório.

Bom Sucesso do Sul, 17/12/2021.

  
\_\_\_\_\_  
**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, 17/12/2021.

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