



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
003089/2024 Ordinário

DATA EMISSÃO
31.07.24

ORÇÃO 07 DEPARTAMENTO DE SAÚDE 10.301.0007
 UNIDADE 01 FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
 DOTAÇÃO 10.301.0007.2015 ATIVIDADES OPERACIONAIS DO FUNDO MUNI Nº CONTA
 3.3.90.14.14.01.00 SERVIDORES EFETIVOS 00144|00921
 CREDOR JOARES TELLES DE RAMOS JUNIOR 062.708.949-64 03318
 ENDEREÇO CIDADE
 PATO BRANCO PR

LICITAÇÃO	NÚMERO	CONVÊNIO	CONTRATO	EMISSÃO	VENCIMENTO
Não se Aplica					
VALOR ORÇADO	SALDO ANTERIOR	VALOR DO EMPENHO		SALDO ATUAL	
34.000,00	10.175,00	1.300,00		8.875,00	

QUANT.	ESPECIFICAÇÃO		VALOR TOTAL
1,00	Refere-se a despesa com 2 diárias de viagem com pernoite, para Foz do Iguaçu-PR, a serviço do Departamento Municipal de Saúde, para participar do eventos Capacitação - Sistema de Estratificação de Risco em Saúde Bucal, com veículo oficial.	1.300,00	1.300,00
TOTAL DAS RETENÇÕES:			

FUNTE DE RECURSO 494 Bloco de Custeio das Ações e Serviços	TOTAL LÍQUIDO	1.300,00
--	----------------------	----------

NOME DO PROJETO/ATIVIDADE

EMITIDO ANDRIELE CRISTINA SCHLICKMANN CONTADORA	VISTO MATEUS DALLAGNOL DIRETOR DEPTO. FINANÇAS	AUTORIZA A DESPESA NILSON ANTONIO FEVERSANI PREFEITO MUNICIPAL
--	---	---

ORDEM DE PAGAMENTO
 PAGUE-SE AO FAVORECIDO O VALOR ACIMA ESPECIFICADO, PROVENIENTE DESTA NOTA DE EMPENHO.
 05 DE Agosto DE 2024
 FABIANA MAGALI NOVADZKI - CHEFE DA DIV. DE TESOURARIA

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 _____
 CREDOR

BANCO
 Nº CHEQUE
 Nº DA CONTA

ANOTAÇÕES

NII

RECIBO

VALOR BRUTO ___ 1.300,00 ___
VALOR LÍQUIDO ___ 1.300,00 ___

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\$=1.300,00 (hum mil e trezentos reais).

REFERENTE: a 02 diárias de viagem com pernoite, para Foz do Iguaçu-PR, a serviço do Departamento Municipal de Saúde, para participar do evento Capacitação – Sistema de Estratificação de Risco em Saúde Bucal, com veículo oficial.

Bom Sucesso do Sul, 05 de agosto de 2024.

JOARES TELLES DE RAMOS JUNIOR
CPF/MF 062.708.949-64



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 270, DE 31 DE JULHO DE 2024.

**Concede diária ao senhor Joarez
Telles de Ramos Junior.**

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 Sr. Joares Telles de Ramos Junior, servidor público, cargo Cirurgião Dentista, CPF Nº 062.708.949-64, RG nº 8.849.287-0, 02 (duas) diárias de viagem, nos dias 05, 06 e 07 de agosto de 2024, para a Cidade de Foz do Iguaçu – PR., com veículo oficial, a serviço do Departamento Municipal de Saúde para participar da Capacitação do Sistema de Estratificação de Risco em Saúde Bucal.

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 31 de julho de 2024.


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, 30 de julho de 2024

SOLICITAÇÃO DE VIAGEM

DADOS DO SOLICITANTE

Nome: Joares Telles de Ramos Junior
Órgão de Lotação: Departamento de Saúde
Dentista
Banco: Caixa Econômica Federal

Matrícula: 4170.1
Cargo: Cirurgião
Agencia: 0602
Conta: 596065196-0

ACOMPANHANTES

DADOS DA VIAGEM

Data da Viagem: saída dia 05/08 às 07:h00 e retorno no dia 07/08 às 21:h00

Destino: Foz do Iguaçu- PR;

Valor de diárias: 2 diárias (R\$1.300,00);

Transporte utilizado:

Finalidade da viagem: Transporte de paciente(s) e acompanhante(s);
Órgãos/locais a serem visitados ou eventos: Capacitação – Sistema de Estratificação de Risco em Saúde Bucal.

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 Faversani

Prefeitura Mun. de Bom
Sucesso do Sul
Lidiane Faversani
Administrativo

Saliane Pegoraro

Secretária do Departamento de Saúde



Comprovante de transferência entre contas da CAIXA - TEV

Via Gerenciador Financeiro CAIXA

Emitente:	PR 410322 FMS CT SUSCUSTEIOSUS
Conta origem:	0602 006 00624061-7
Conta destino:	0602 3701 000596065196-0

Nome destinatário:	JOARES TELLES DE RAMOS JUNIOR
Valor:	R\$ 1.300,00
Identificação da operação:	JOARES T R JUNIOR DIARIA

Data de débito:	05/08/2024
Data/hora da operação:	05/08/2024 16:49:56

Código da operação:	14785622
Chave de segurança:	P7V5UH6KQPUPLYYU

CPF'S autorizadores:	717.951.209-59
	034.800.799-03

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO DO CREDITO NA CONTA DESTINO E DE 30 MINUTOS
SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Alô CAIXA: 0800 104 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: Joares Telles de Ramos Junior

Matrícula: 4170.1

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

2. Destino do Servidor Beneficiário

Destino: Foz do Iguaçu – PR

Data de Saída: 05/08/2024

Data de Chegada: 07/08/2024

3. Justificativa

Órgãos/locais a serem visitados ou eventos: Capacitação – Sistema de Estratificação de Risco em Saúde Bucal.

4. Valores Solicitados

Número de Diárias: 2 diárias

Valor Unitário da Diária: R\$ 650,00

Valor Total das Diárias: R\$ 1.300,00

5. Locomoção (Informar somente se a viagem foi realizada com veículo oficial)

Veículo:

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, 02/10/2024.

Joares Telles de Ramos Junior
Cirurgião Dentista

Saliane Pegoraro

Diretora do Departamento de Saúde