



# 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  
003492/2024 Ordinário

DATA EMISSÃO  
23.08.24

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 00144|00921  
 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
Não se Aplica					

VALOR ORÇADO	SALDO ANTERIOR	VALOR DO EMPENHO	SALDO ATUAL
34.000,00	7.075,00	450,00	6.625,00

QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	VALOR	VALOR TOTAL
1,00	Refere-se a despesa com 1 e 1/2 diária de viagem para Curitiba-PR, a serviço do Departamento Municipal de Saúde, para transporte de paciente ao Hospital Angelina Caron, com veículo oficial.	450,00	450,00
TOTAL DAS RETENÇÕES:			

FUNTE DE RECURSO	TOTAL LÍQUIDO
494 Bloco de Custeio das Ações e Serviços	450,00

NOME DO PROJETO/ATIVIDADE

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

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

26 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 DESTE EMPENHO, CORRESPONDENTE AO ACIMA DESCRITO E PELA QUAL DOU (AMOS) PLENA E IRREVOGÁVEL QUITAÇÃO.

DE DE DE

CREDOR

BANCO  
 Nº CHEQUE  
 Nº DA CONTA

ANOTAÇÕES

## RECIBO

VALOR BRUTO 450,00  
VALOR LÍQUIDO 450,00

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\$=450,00 (quatrocentos e cinquenta reais).

REFERENTE: a 01 e 1/2 diárias de viagem para Curitiba-PR, a serviço do Departamento Municipal de Saúde, para transporte de paciente ao Hospital Angelina Caron, com veículo oficial.

Bom Sucesso do Sul, 26 de agosto de 2024.

---

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 302, DE 23 DE AGOSTO DE 2024.

**Conceder diárias de viagem a servidores municipais.**

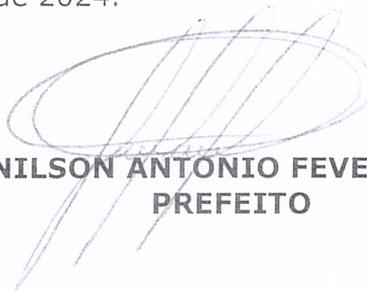
O Prefeito do Município de Bom Sucesso do Sul, Estado do Paraná, no uso das suas atribuições e com fundamento na Lei nº 1.501 de 16 de abril de 2020:

### RESOLVE

**Art. 1º** Conceder aos servidores municipais, **Clayton Cesar da Silva**, matrícula 276-3/2, CPF nº 021.776.819-95, cargo efetivo de motorista, e, **Jaqueline Vera Feversani**, matrícula nº 96-5/1, CPF nº 941.157.379-72, ocupante do cargo de Técnica de Enfermagem, **01 e 1/2 (uma e meia) diárias de viagem para cada**, para os dias 23 e 24 de agosto de 2024, com veículo oficial, até a cidade de Curitiba – PR, a serviço do Departamento Municipal de Saúde, transporte de paciente com alta hospitalar, Hospital Angelina Caron.

**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 23 de agosto 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, 23 agosto de 2024

**SOLICITAÇÃO DE VIAGEM**

**DADOS DO SOLICITANTE**

Nome: Clayton César da Silva

Matrícula: 2763.2

Órgão de Lotação: Departamento de Saúde

Cargo: Motorista

Banco: Sicredi

Agencia: 0740

Conta: 344440

**PACIENTES E ACOMPANHANTES:**

João Slomoszynski Alta Hospitalar

**DADOS DA VIAGEM**

Data da Viagem: saída dia 23/08 às 12h00 e retorno no dia 24/08 às 19h00.

Destino: Curitiba – PR;

Valor de diárias: 1, ½ diárias (R\$450,00);

Transporte utilizado: Renault Master 1.

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

Órgãos/locais a serem visitados ou eventos: Hospital Angelina Caron.

**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, 26/08/24.

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

( ) Autorizado ( ) Não autorizado

Prefeito Municipal, Nilson Antônio Feversani

Prefeitura Mun. de Bom  
Sucesso do Sul  
Lidiane Feversani  
Administrativa

\_\_\_\_\_

Saliane Pegoraro

Secretária do Departamento de Saúde



## Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	0602 / 006 / 00624061-7
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	PR 410322 FMS CT SUSCUSTEIOSUS
<b>CPF/CNPJ:</b>	08.842.588/0001-32

<b>Banco:</b>	748 - BCO COOPERATIVO SICREDI S.A. 0000000 - 01181521
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0740 / 00000034444-0
<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\$ 450,00
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 0,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	CLAYTON DA SILVA DIARIA
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	26/08/2024
<b>Data / Hora da operação:</b>	26/08/2024 11:16:05

<b>Código da operação:</b>	00112581
<b>Chave de segurança:</b>	V3WRCCH1SZ32W97V

<b>CPF'S autorizadores:</b>	717.951.209-59
	034.800.799-03

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO DO CREDITO NA CONTA DESTINO E DE 60 MINUTOS.

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

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:** Clayton César da Silva

**Matrícula:** 2763.2

**N.º do Empenho da Liberação de Diárias:** \_\_\_\_/\_\_\_\_

**2. Destino do Servidor Beneficiário**

**Destino:** Curitiba – PR

**Data de Saída:** 23/08/2024

**Data de Chegada:** 24/08/2024

**3. Justificativa**

Transporte de paciente(s) e acompanhante(s) a Hospital Angelina Caron.

**4. Valores Solicitados**

**Número de Diárias:** 1, 1/2 diária

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

**Valor Total das Diárias:** R\$ 450,00

**5. Locomoção**

**Veículo:** Renault Master 1.

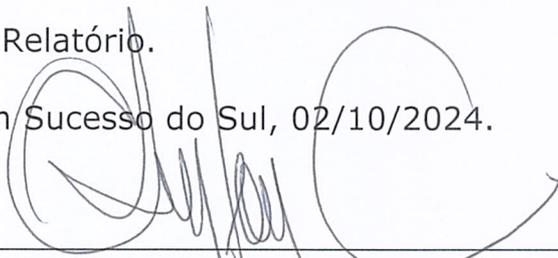
**Frota:** Departamento de Saúde

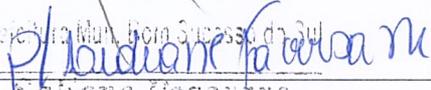
**6. Canhotos Comprovantes das Viagens de Ônibus ou Avião (colar)**

**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.

  
\_\_\_\_\_  
**Clayton Cesar da Silva**  
**Motorista**

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