



# 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

003812/2024 Ordinário

DATA EMISSÃO

19.09.24

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
Dispensa por Limit					

VALOR ORÇADO	SALDO ANTERIOR	VALOR DO EMPENHO	SALDO ATUAL
34.000,00	19.475,00	600,00	18.875,00

QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	VALOR	VALOR TOTAL
1,00	Refere-se a despesa com 02 diária de viagem, para Curitiba-PR, a aserviço do Departamento Municipal de Saúde, para transporte de paciente ao Hospital de Olhos do Paraná, com veículo oficial.	600,00	600,00
TOTAL DAS RETENÇÕES:			

FONTE DE RECURSO	TOTAL LÍQUIDO
494 Bloco de Custeio das Ações e Serviços	600,00

NOME DO PROJETO/ATIVIDADE

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

ORDEM DE PAGAMENTO

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

20 DE Setembro DE 2024

FABIANA MAGALI NOVADZKI - CHEFE DA DIV. DE TESOUREARIA

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

NIJ

## 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 diária de viagem para Curitiba-PR, a serviço do Departamento Municipal de Saúde, para transporte de paciente ao Hospital de Olhos do Paraná, com veículo oficial.

Bom Sucesso do Sul, 20 de setembro de 2024.

gds

---

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 329, DE 19 DE SETEMBRO DE 2024.

**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, **02 (duas) diárias de viagem**, para os dias 20, 21 e 22 de setembro de 2024, com veículo oficial, até a cidade de Curitiba – PR, a serviço do Departamento Municipal de Saúde, para transporte de pacientes até o Hospital Pequeno Príncipe.

**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 19 de setembro 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, 17 setembro 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:

Kemelly de Souza Silva

#### DADOS DA VIAGEM

Data da Viagem: saída dia 20/09 às 13h00 e retorno no dia 22/09 às 18h00.

Destino: Curitiba – PR;

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

Transporte utilizado: Renault Master.

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

Órgãos/locais a serem visitados ou eventos: Pequeno Príncipe.

#### 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.

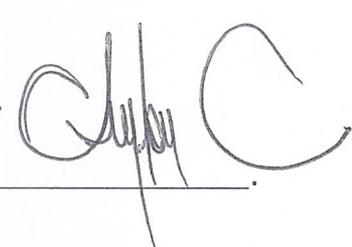
#### Informações Complementares:

Bom Sucesso do Sul, 19/09/24.

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

( ) Autorizado ( ) Não autorizado

Prefeito Municipal, Nilson Antônio Feversani

  
\_\_\_\_\_  
Sallane Pegoraro  
Secretária do Departamento de Saúde

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\$ 600,00
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 0,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	PAGTO DIARIA CLAYTON CESA
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	20/09/2024
<b>Data / Hora da operação:</b>	20/09/2024 11:36:40

<b>Código da operação:</b>	00121112
<b>Chave de segurança:</b>	E8J9182LPQ14W398

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

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 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:** 20/09/2024

**Data de Chegada:** 22/09/2024

##### 3. Justificativa

Transporte de paciente(s) e acompanhante(s) ao Pequeno Príncipe.

##### 4. Valores Solicitados

**Número de Diárias:** 2 diárias

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

**Valor Total das Diárias:** R\$ 600,00

##### 5. Locomoção

**Veículo:** Renault Master.

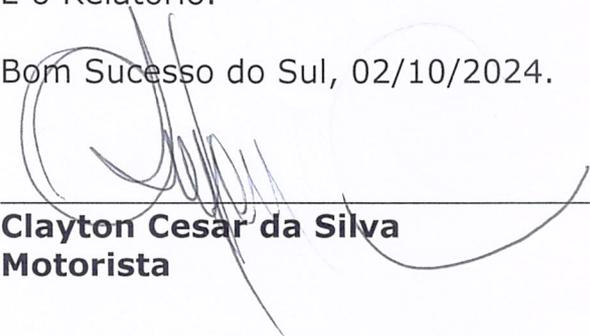
**Frota:** Departamento de Saúde

##### 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**

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