



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
004262/2024 Ordinário

DATA EMISSÃO
11.10.24

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	17.375,00	450,00	16.925,00

QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	VALOR TOTAL
1,00	Refere-se a despesa com 1 e 1/2 diárias 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.	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

NIJ

ORDEM DE PAGAMENTO	RECIBO R\$
PAGUE-SE AO FAVORECIDO O VALOR ACIMA ESPECIFICADO, PROVENIENTE DESTA NOTA DE EMPENHO. 14 DE Outubro DE 2024 FABIANA MAGALI NOVADZKI - CHEFE DA DIV. DE TESOURARIA	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	ANOTAÇÕES
Nº CHEQUE Nº DA CONTA	

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 de Olhos do Paraná, com veículo oficial.

Bom Sucesso do Sul, 14 de outubro 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 346, DE 11 DE OUTUBRO 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, **01 e ½ (uma e meia) diárias de viagem**, para os dias 14 e 15 de outubro 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 de Olhos.

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 11 de outubro 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, 11 outubro de 2024

SOLICITAÇÃO DE VIAGEM

DADOS DO SOLICITANTE

Nome: Clayton César da Silva

Órgão de Lotação: Departamento de Saúde

Banco: Sicredi

Agencia: 0740

Matrícula: 2763.2

Cargo: Motorista

Conta: 344440

PACIENTES E ACOMPANHANTES:

Laurindo Rodrigues

DADOS DA VIAGEM

Data da Viagem: saída dia 14/10 às 13h00 e retorno no dia 15/10 às 17h00.

Destino: Curitiba – PR;

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

Transporte utilizado: Veículo Oficial.

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

Órgãos/locais a serem visitados ou eventos: Hospital de Olhos.

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, 11/10/24

Assinatura do solicitante: _____

() Autorizado () Não autorizado

Prefeito Municipal, Nilson Antônio Feversani

Prefeitura Mun. Bom Sucesso do Sul

Saliane Pegoraro

Secretária do Departamento de Saúde

Secretária do Departamento de Saúde

Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

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

Banco:	748 - BCO COOPERATIVO SICREDI S.A. 0000000 - 01181521
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	0740 / 00000034444-0
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	CLAYTON CESAR DA SILVA
CPF/CNPJ:	021.776.819-95
Valor:	R\$ 450,00
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	CLAYTON DA SILVA DIARIA
Histórico:	

Data de débito:	14/10/2024
Data / Hora da operação:	14/10/2024 10:38:35

Código da operação:	00107006
Chave de segurança:	38Y51R9GVLPUWXY

CPF'S autorizadores:	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: 14/10/2024

Data de Chegada: 15/10/2024

3. Justificativa

Transporte de paciente(s) e acompanhante(s) ao Hospital de Olhos.

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: Veículo Oficial

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, 31/10/2024.



Clayton Cesar da Silva

Motorista



Saliane Pegoraro

Diretora do Departamento de Saúde