



# 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

004468/2024 Ordinário

DATA EMISSÃO

22.10.24

**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  
**CREADOR** 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 | EMIÇÃO             | VENCIMENTO |
|---------------------|-----------------------|-------------------------|----------|--------------------|------------|
| Dispensa por Limit  |                       |                         |          |                    |            |
| <b>VALOR ORÇADO</b> | <b>SALDO ANTERIOR</b> | <b>VALOR DO EMPENHO</b> |          | <b>SALDO ATUAL</b> |            |
| 34.000,00           | 16.325,00             | 150,00                  |          | 16.175,00          |            |

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

|  |                      |        |
|--|----------------------|--------|
| <b>FONTE DE RECURSO</b><br>494 Bloco de Custeio das Ações e Serviços | <b>TOTAL LÍQUIDO</b> | 150,00 |
|--|----------------------|--------|

NOME DO PROJETO/ATIVIDADE

|  |   |  |
|--|---|--|
| <b>EMITIDO</b>                             | <b>VISTO</b>                                | <b>AUTORIZA A DESPESA</b>                      |
|  |   |  |
| ANDRIELE CRISTINA SCHLICKMANN<br>CONTADORA | MATEUS DALLAGNOL<br>DIRETOR DEPTO. FINANÇAS | NILSON ANTONIO FEVERSANI<br>PREFEITO MUNICIPAL |

**ORDEM DE PAGAMENTO**

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

23 DE Outubro DE 2024

FABIANA MAGALI NOVADZKI - CHEFE DA DIV. DE TESOUREARIA

**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

# 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 a Clínica Gastroclínica.

Bom Sucesso do Sul, 23 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 356, DE 22 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, **1/2 (meia) diária de viagem**, para o dia 23 de outubro de 2024, com veículo oficial, até a cidade de Cascavel – PR, a serviço do Departamento Municipal de Saúde, para transporte de paciente até o Centro Médico Gastroclínica.

**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 22 de outubro de 2024.

NILSON ANTONIO  
FEVERSANI:71795120  
959

Assinado de forma digital por  
NILSON ANTONIO  
FEVERSANI:71795120959  
Dados: 2024.10.22 11:46:52 -03'00'

**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, 22 outubro 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:**

Leonira Basso Zilli

**DADOS DA VIAGEM**

Data da Viagem: saída dia 23/10 às 06h00 e retorno no dia 23/10 às 17h00.

Destino: Cascavel – PR;

Valor de diárias: 1,2 diárias (R\$150,00);

Transporte utilizado: Veículo Oficial.

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

Órgãos/locais a serem visitados ou eventos: Gastroclínica.

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, 22/10/24.

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

( ) Autorizado ( ) Não autorizado

Prefeito Municipal, Nilson Antônio Feversani

Prefeitura Mun. Bom Sucesso do Sul

*Silvane Pegoraro*

Secretaria do Departamento de Saúde

Protocolo Nº 004 DE 04/11/2024

Silvane 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\$ 150,00  |
| <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>          | 23/10/2024          |
| <b>Data / Hora da operação:</b> | 23/10/2024 09:11:23 |

|                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| <b>Código da operação:</b> | 00103020         |
| <b>Chave de segurança:</b> | RL2GX4EQA5LF4HS7 |

|                             |                |
|-----------------------------|----------------|
| <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 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:** 23/10/2024

**Data de Chegada:** 23/10/2024

##### 3. Justificativa

Transporte de paciente(s) e acompanhante(s) a Gastroclinica.

##### 4. Valores Solicitados

**Número de Diárias:** 1/2 diária

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

**Valor Total das Diárias:** R\$ 150,00

##### 5. Locomoção

**Veículo:** Veículo Oficial

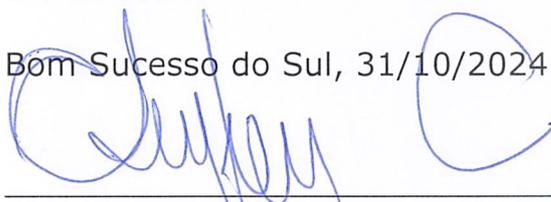
**Frota:** Departamento de Saúde

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

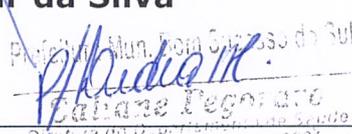
##### 7. Certificado ou documento que comprove participação em evento de interesse público ou o serviço prestado, se for o caso (colar).

É o Relatório.

Bom Sucesso do Sul, 31/10/2024.

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

**Motorista**

  
\_\_\_\_\_  
**Saliane Pegoraro**

**Diretora do Departamento de Saúde**