



# 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

004469/2024 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  
 3.3.90.14.14.01.00 SERVIDORES EFETIVOS **Nº CONTA** 00144|00921  
**CREADOR** PAULO SERGIO DO CARMO 029.196.079-01 04419  
**ENDEREÇO** RUA SOLDADO JOÃO GOMES ROSA 584 CENTRO **CIDADE** MARMELEIRO PR

LICITAÇÃO	NÚMERO	CONVÊNIO	CONTRATO	EMISSÃO	VENCIMENTO
Dispensa por Limit					

VALOR ORÇADO	SALDO ANTERIOR	VALOR DO EMPENHO	SALDO ATUAL
34.000,00	16.175,00	150,00	16.025,00

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

FONTE DE RECURSO	TOTAL LÍQUIDO
494 Bloco de Custeio das Ações e Serviços	150,00

NOME DO PROJETO/ATIVIDADE

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

<b>ORDEM DE PAGAMENTO</b> PAGUE-SE AO FAVORECIDO O VALOR ACIMA ESPECIFICADO, PROVENIENTE DESTA NOTA DE EMPENHO.  <u>23</u> DE <u>Outubro</u> DE <u>2024</u>  <b>FABIANA MAGALI NOVADZKI - CHEFE DA DIV. DE TESOUREARIA</b>	<b>RECIBO R\$</b> 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 _____  <b>CREDOR</b>
---	--

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, para transporte de paciente ao Hospital Dr. Prime, com veículo oficial.

Bom Sucesso do Sul, 23 de outubro de 2024.

---

PAULO SÉRGIO DO CARMO  
CPF/MF 029.196.079-01



# 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 355, DE 22 DE OUTUBRO DE 2024.

**Concede diária ao senhor Paulo Sergio do Carmo.**

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 Paulo Sergio do Carmo**, ocupante do cargo efetivo de motorista, matrícula nº 612-2/1, ½ (meia) diária de viagem, para o dia 22 de outubro de 2024, para a Cidade de Cascavel – PR., com veículo oficial, para transporte de pacientes até o Hospital Dr. Prime.

**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:7179512  
0959

Assinado de forma digital por  
NILSON ANTONIO  
FEVERSANI:71795120959  
Dados: 2024.10.22 11:47:46 -03'00'

**NILSON ANTONIO FEVERSANI  
PREFEITO**

Publicado em: 23/10/24  
Edição nº: 3138  
Página: 04  
Órgão Diária Eletrônico



# MUNICÍPIO DE BOM SUCESSO DO SUL – PR

## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CNPJ 08.842.588/0001-32

Bom Sucesso do Sul, 21 de outubro de 2024

### SOLICITAÇÃO DE VIAGEM

#### DADOS DO SOLICITANTE

Nome: Paulo Sergio do Carmo

Matrícula: 6122.1

Órgão de Lotação: Departamento de Saúde

Cargo: Motorista

Banco: Sicoob

Agencia: 4342

Conta: 55247

#### PACIENTES E ACOMPANHANTES:

Paulo Alves de Oliveira

#### DADOS DA VIAGEM

Data da Viagem: saída dia 22/10 às 07h00 e retorno no dia 22/10 às 17h00.

Destino: Cascavel – PR;

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

Transporte utilizado: Veículo Oficial.

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

Órgãos/locais a serem visitados ou eventos: Hospital Dr. Prime.

Dotação Orçamentária

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: Paulo S. do Carmo

( ) Autorizado ( ) Não autorizado

Prefeito Municipal, Nilson Antônio Feversani

Prefeitura Mun. Bom Sucesso do Sul

Saliane Pegoraro  
Diretora do Departamento de Saúde  
Portaria nº 044/2024  
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>	756 - BANCO SICOOB 0000000 - 02038232
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	4342 / 00000005524-7
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	PAULO SERGIO DO CARMO
<b>CPF/CNPJ:</b>	029.196.079-01
<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>	PAULO DO CARMO DIARIA
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	23/10/2024
<b>Data / Hora da operação:</b>	23/10/2024 09:54:19

<b>Código da operação:</b>	00104770
<b>Chave de segurança:</b>	PHFTZWRWYK5641RX

<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:** Paulo Sergio do Carmo

**Matrícula:** 6122.1

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

**2. Destino do Servidor Beneficiário**

**Destino:** Cascavel – PR

**Data de Saída:** 22/10/2024

**Data de Chegada:** 22/10/2024

**3. Justificativa**

Transporte de paciente(s) e acompanhante(s) ao Hospital Dr. Prime.

**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** (Informar somente se a viagem foi realizada com veículo oficial)

**Veículo:** Veículo Oficial.

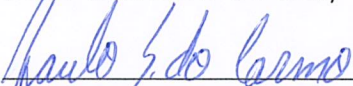
**Frota:** Departamento de Saúde

**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).**

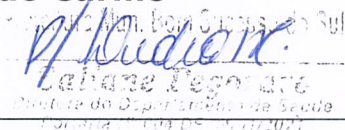
É o Relatório.

Bom Sucesso do Sul, 31/10/2024.



**Paulo Sergio do Carmo**

**Motorista**

  
Saliene Pegoraro  
Diretora do Departamento de Saúde  
Lei Municipal nº 1.501/2020

**Saliene Pegoraro**

**Diretora do Departamento de Saúde**