



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
004681/2024 Ordinário

DATA EMISSÃO
06.11.24

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	14.975,00	150,00	14.825,00

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:			

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

NOME DO PROJETO/ATIVIDADE

EMITIDO	VISTO	AUTORIZAÇÃO 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.

34 DE novembro DE 2024

FABIANA MAGALI NOVADZKI - CHEFE DA DIV. DE TESOUREARIA

BANCO

Nº CHEQUE

Nº DA CONTA

RECIBO R\$

DECLARO (AMOS) PARA OS DEVIDOS FINS, QUE RECEBI (EMOS) A IMPORTÂNCIA DESTA NOTA DE EMPENHO, CORRESPONDENTE AO ACIMA DESCRITO E PELA QUAL DOU (AMOS) PLENA E IRREVOGÁVEL QUITAÇÃO.

DE DE

CREDOR

ANOTAÇÕES

NIJ

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, 14 de novembro 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 367, DE 06 DE NOVEMBRO 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 07 de novembro 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 06 de novembro 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, 06 novembro 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:

Leonira Basso Zilli

DADOS DA VIAGEM

Data da Viagem: saída dia 07/11 às 04h00 e retorno no dia 07/11 às 17h00.

Destino: Cascavel – PR;

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

Transporte utilizado: Veículo Oficial.

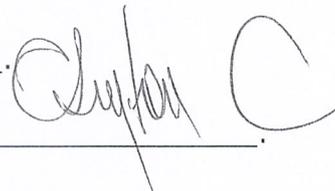
Finalidade da viagem: Transporte de paciente(s) e acompanhante(s);

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.

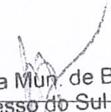
Informações Complementares:

Bom Sucesso do Sul, 06/11/24. 

Assinatura do solicitante: _____

() Autorizado () Não autorizado

Prefeito Municipal, Nilson Antônio Feversani



Lidiane de M. Feversani
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\$ 150,00
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	CLAYTON DA SILVA DIARIA
Histórico:	

Data de débito:	14/11/2024
Data / Hora da operação:	14/11/2024 09:42:26

Código da operação:	00105459
Chave de segurança:	L1S7WMT0YCKMX3XZ

CPF'S autorizadores:	033.450.239-03
	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: Cascavel – PR

Data de Saída: 07/11/2024

Data de Chegada: 07/11/2024

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, 12/12/2024.

Clayton Cesar da Silva
Motorista

Prefeitura Mun. de Bom
Sucesso do Sul
Lidiane Faversani
Administrativo

Lidiane M. Faversani
Diretora do Departamento de Saúde