



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
005160/2024 Ordinário

DATA EMISSÃO
02.12.24

ÓRGÃO 07 DEPARTAMENTO DE SAÚDE
 UNIDADE 01 FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
 DOTAÇÃO 10.301.0007.2015 ATIVIDADES OPERACIONAIS DO FUNDO MUNI 10.301.0007
 3.3.90.14.14.01.00 SERVIDORES EFETIVOS Nº CONTA 00144|00921
 CREDOR 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
Não se Aplica					

VALOR ORÇADO	SALDO ANTERIOR	VALOR DO EMPENHO	SALDO ATUAL
34.000,00	13.325,00	150,00	13.175,00

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, para transporte de paciente ao Hospital Dr. Prime, com veículo oficial.	150,00	150,00
TOTAL DAS RETENÇÕES:			

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

NOME DO PROJETO/ATIVIDADE

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

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

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

Bom Sucesso do Sul, 03 de dezembro 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 379, DE 02 DE DEZEMBRO 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 03 de dezembro 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 02 de dezembro de 2024.


NILSON ANTONIO FEVERSANI
PREFEITO



MUNICÍPIO DE BOM SUCESSO DO SUL – PR
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CNPJ 08.842.588/0001-32

379

Bom Sucesso do Sul, 02 de dezembro 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

Francisco Alberto Debastiani

DADOS DA VIAGEM

Data da Viagem: saída dia 03/12 às 07h30 e retorno no dia 03/12 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. de Bom
Sucesso do Sul
Lidiane Faversani
Administrativo

Lidiane de Mello Faversani
Diretora 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:	756 - BANCO SICOOB 0000000 - 02038232
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	4342 / 00000005524-7
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	PAULO SERGIO DO CARMO
CPF/CNPJ:	029.196.079-01
Valor:	R\$ 150,00
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	PAULO S CARMO DIARIA
Histórico:	

Data de débito:	03/12/2024
Data / Hora da operação:	03/12/2024 15:50:36

Código da operação:	00114964
Chave de segurança:	E50MKE0YW591E81S

CPF'S autorizadores:	717.951.209-59
	033.450.239-03

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: 03/12/2024

Data de Chegada: 03/12/2024

3. Justificativa

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

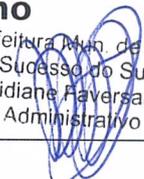
É o Relatório.

Bom Sucesso do Sul, 03/01/2025.



Paulo Sergio do Carmo

Motorista


Prefeitura Mun. de Bom
Sucesso do Sul
Lidiane Faversoni
Administrativo

Lidiane M. Faversoni

Diretora do Departamento de Saúde