



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

000117/2025 Ordinário

DATA EMISSÃO

13.01.25

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 00143|01311
 CREDOR ELIDIANA SESINANDE 057.693.549-25 05057
 ENDEREÇO RUA ATILIO PILONETTO 11 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
36.000,00	36.000,00	650,00	35.350,00

QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	VALOR	VALOR TOTAL
1,00	Refere-se a despesa com 1 diária de viagem, para Foz do Iguaçu-PR, sem veículo oficial, a serviço do Departamento Municipal da Saúde, para acompanhar a excursão do grupo de idosos em visita turística a esta cidade.	650,00	650,00
TOTAL DAS RETENÇÕES:			

FONTE DE RECURSO	TOTAL LÍQUIDO	VALOR
494 Bloco de Custeio das Ações e Serviços		650,00

NOME DO PROJETO/ATIVIDADE

EMITIDO	VISTO	AUTORIZO A DESPESA
 ANDRIELE CRISTINA SCHLICKMANN CONTADORA	MATEUS DALLAGNOL DIRETOR DEPTO. FINANÇAS	 MAICO DIOGO FAVERSANI PREFEITO MUNICIPAL

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

14 DE Janeiro DE 2025

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 _____ 650,00 _____
VALOR LÍQUIDO _____ 650,00 _____

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\$=650,00 (seiscentos e cinquenta reais).

REFERENTE: a 1 diária de viagem, para Foz do Iguaçu-PR, sem veículo oficial, a serviço do Departamento Municipal da Saúde, para acompanhar a excursão do grupo de idosos em visita turística a esta cidade.

Bom Sucesso do Sul, 14 de janeiro de 2025.

ELIDIANA SESINANDE
CPF/MF 057.693.549-25



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 068, DE 13 DE JANEIRO DE 2025.

Concede diária de viagem a
servidora, senhora Elidiana
Sesinande.

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 a **servidora Elidiana Sesinande**, ocupante do cargo efetivo de Técnica de Enfermagem, matrícula nº 480-4/2, 01 (uma) diária de viagem, para os dias 14 e 15 de janeiro de 2025, até a cidade de Foz do Iguaçu – PR, a serviço do Departamento Municipal de Saúde, para acompanhamento técnico em excursão do Grupo de Idosos.

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 13 de janeiro de 2025.


MAICO DIOGO FAVERSANI
PREFEITO



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

CNPJ 08.842.588/0001-32

Bom Sucesso do Sul, 13 de janeiro de 2025

SOLICITAÇÃO DE VIAGEM

DADOS DO SOLICITANTE

Nome: Elidiana Sesinande

Matrícula: 4804.2

Órgão de Lotação: Departamento de Saúde

Cargo: Tec. Enfermagem

Banco: Sicred

Agencia: 0740

Conta: 158895

PACIENTES E ACOMPANHANTES:

DADOS DA VIAGEM

Data da Viagem: saída dia 14/01 às 23h00 e retorno no dia 15/01 às 00h00.

Destino: Foz do Iguaçu – PR;

Valor de diárias: 1 diária (R\$ 650,00);

Transporte utilizado:

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

Órgãos/locais a serem visitados ou eventos: Acompanhamento Técnico de excursão grupo de idosos.

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: Elidiana Sesinande.

() Autorizado () Não autorizado

Prefeito Municipal, Maico Diogo Faversani

Prefeitura Municipal 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:	748 - BCO COOPERATIVO SICREDI S.A. 0000000 - 01181521
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	0740 / 00000015889-5
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	ELIDIANA SESINANDE
CPF/CNPJ:	057.693.549-25
Valor:	R\$ 650,00
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	ELIDIANA SESINANDE DIARIA
Histórico:	

Data de débito:	14/01/2025
Data / Hora da operação:	14/01/2025 15:48:18

Código da operação:	00108379
Chave de segurança:	2WX49A2619SHNRS4

CPF'S autorizadores:	037.885.939-03
	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: Elidiana Sesinande

Matrícula: 4804.2

N.º do Empenho da Liberação de Diárias: ____ / ____

2. Destino do Servidor Beneficiário

Destino: Foz do Iguaçu - Pr

Data de Saída: 14/01/2025

Data de Chegada: 15/01/2025

3. Justificativa

Transporte de paciente(s) e acompanhante(s) para Acompanhamento Técnico de excursão grupo de idosos.

4. Valores Solicitados

Número de Diárias: 1 diária

Valor Unitário da Diária: R\$ 650,00

Valor Total das Diárias: R\$ 650,00

5. Locomoção

Veículo:

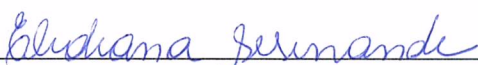
Frota: Departamento de Saúde

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, 04/02/2025.



Elidiana Sesinande

Tec. Enfermagem Prefeitura Mun. Bom Sucesso do Su.


Lidiane M. Faverson
Diretora Depto. de Saúde
Diretora do Departamento de Saúde