



Município de Santa Maria do Oeste - PR

CNPJ: 95684544000126 IE:
Endereço: Rua Jose de França Pereira, 10 - Bloco CEP: 85230000 Cidade: Santa Maria do Oeste
Fone: 042-99841-0499 Fax:

NOTA DE PAGAMENTO

| | | | | | |
|-------------|------------|-------------|---------------|------------|---------------|
| Número | Data | Previsão N° | Liquidação N° | Empenho N° | Requisição N° |
| 6029 | 14/08/2024 | 6036 | 5655/2024 | 4851/2024 | |

Licitação

Tipo Número

Sem licitação

Contrato/Aditivo

Seqüência Contrato Aditivo Início de vigência Fim da vigência Fim da vig. atualizada Início da execução Fim da execução Fim da exe. atualizada

Credor

Fornecedor

LUIZ FELIPE MIKULIS PASSARELI

Matricula

117531-9

CPF/CNPJ

093.699.809-11

Endereço

RUA JESUINO MARCONDES, 119

Bairro

BAIRRO SANTA CRUZ

Cidade/UF

Guarapuava/PR

CEP

85015-294

Fone

Tipo de conta bancária

Banco

Agência

Conta

Classificação da despesa

3330 14 SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTENCIA SOCIAL

14.001 GABINETE DO SECRETÁRIO MUNICIPAL DE ASSISTENCIA SOCIAL

08.122.0801.2085 Atividades do Gabinete do Secretário Municipal de Assistência Social

3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS

Valor

R\$ 100,00

Outras informações

Retenções

Total de retenções

R\$ 0,00

Valor líquido

R\$ 100,00

Servidor que autorizou o pagamento

9996942 - OSCAR DELGADO

Recursos

00000 - Recursos Ordinários (Livres)

Documento

81404

Data

14/08/2024

Valor

R\$ 100,00

Recibo

Recebi do Município de Santa Maria do Oeste, a importância de Cem Reais, referente ao pagamento do empenho número 4851/2024.

Assinatura: _____

Santa Maria do Oeste, ____/____/____

OSCAR DELGADO
PREFEITO MUNICIPAL



Município de Santa Maria do Oeste - PR

CNPJ: 95684544000126 IE:
Endereço: Rua Jose de França Pereira, 10 - Bloco CEP: 85230000 Cidade: Santa Maria do Oeste
Fone: 042-99841-0499 Fax:

NOTA DE LIQUIDAÇÃO

Número **5655/2024** Emitido em **14/08/2024** Requisição N° Empenho N°
4851/2024

Licitação _____
Tipo _____ Número _____
Sem licitação _____
Contrato/Aditivo _____
Sequência Contrato Aditivo Início da vigência Fim da vigência Fim da vig. atualizada Início da execução Fim da execução Fim da exe. atualizada

Credor _____
Fornecedor **LUIZ FELIPE MIKULIS PASSARELI** Matrícula **117531-9** CPF/CNPJ **093.699.809-11**
Endereço **RUA JESUINO MARCONDES, 119** Bairro **BAIRRO SANTA CRUZ**
Cidade/UF **Guarapuava/PR** CEP **85015-294** Fone _____ Tipo de conta bancária Banco Agência Conta

Classificação da despesa _____
14 SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTENCIA SOCIAL Saldo do empenho **R\$ 100,00**
14.001 GABINETE DO SECRETÁRIO MUNICIPAL DE ASSISTENCIA SOCIAL Valor liquidado **R\$ 100,00**
08.122.0801.2085 Atividades do Gabinete do Secretário Municipal de Assistência Social Saldo à Liquidar **R\$ 0,00**
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS
3330 00000 Recursos Ordinários (Livres)

Outras informações _____

Retenções _____
Total de retenções **R\$ 0,00**
Valor líquido **R\$ 100,00**

Servidor que autorizou a liquidação _____
9996942 - OSCAR DELGADO

Vencimento da liquidação _____
13/09/2024

Histórico _____

OSCAR DELGADO
PREFEITO MUNICIPAL



DOC ou TED Eletrônico**Debitado**

Agência 4757-0
Conta corrente 70501-2 PREF MUN STA MARIA D.OEST

Creditado

Banco 748 BCO COOPERATIVO SICREDI S.A.
Agência (sem DV) 703 SICREDI GUARAPUAVA
Conta corrente (com DV) 562266
CPF 093.699.809-11
Nome favorecido LUIZ FELIPE MIKULIS PASSARELI
Finalidade CREDITO EM CONTA
Número documento 81.404
Valor 100,00
Destinação 0
Data transferência 14/08/2024
"C" - CNPJ diferente
Autenticação SISBB 60D2CE21E11FBD1B

| | | |
|--------------|-------------------------------|---------------------|
| Assinada por | JE686045 ADAO SANTANA DE LIMA | 14/08/2024 16:54:09 |
| | JE685983 OSCAR DELGADO | 14/08/2024 16:54:59 |

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JE685983 OSCAR DELGADO.



Município de Santa Maria do Oeste - PR

CNPJ: 95584544000126 IE:
Endereço: Rua Jose de França Pereira, 10 - Bloco CEP: 85230000 Cidade: Santa Maria do Oeste
Fone: 042-99841-0499 Fax:

NOTA DE EMPENHO

| | | | | |
|------------------|-----------|------------|---------------|----------------|
| Número | Tipo | Emitido em | Requisição N° | Req. Compra N° |
| 4851/2024 | Ordinário | 31/07/2024 | | |

| | |
|---------------|--------|
| Licitação | Número |
| Tipo | |
| Sem licitação | |

| | | | | | | | |
|------------------|----------|--------------------|-----------------|------------------------|--------------------|-----------------|------------------------|
| Contrato/Aditivo | Aditivo | Início da vigência | Fim da vigência | Fim da vig. atualizada | Início da execução | Fim da execução | Fim da exe. atualizada |
| Sequência | Contrato | | | | | | |

| | | | | | | |
|--------------------------------------|-----------|-------------------|------------------------|-------|---------|-------|
| Credor | Matricula | CPF/CNPJ | | | | |
| Fornecedor | | | | | | |
| LUIZ FELIPE MIKULIS PASSARELI | 117531-9 | 093.699.809-11 | | | | |
| Endereço | | Bairro | | | | |
| RUA JESUINO MARCONDES, 119 | | BAIRRO SANTA CRUZ | | | | |
| Cidade/UF | CEP | Fone | Tipo de conta bancária | Banco | Agência | Conta |
| Guarapuava/PR | 85015-294 | | | | | |

| | |
|---|-----------------|
| Classificação da despesa | Saldo anterior |
| 14 SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTENCIA SOCIAL | R\$ 2.525,00 |
| 14.001 GABINETE DO SECRETÁRIO MUNICIPAL DE ASSISTENCIA SOCIAL | |
| 08.122.0801.2085 Atividades do Gabinete do Secretário Municipal de Assistência Social | Valor empenhado |
| 3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS | R\$ 100,00 |
| 3330 00000 Recursos Ordinários (Livres) | Saldo atual |
| Do Exercício | R\$ 2.425,00 |

Outras informações

Histórico

REFERENTE ATO DE CONCESSÃO DE DIARIAS EM DESLOCAIMENTO A OUTROS MUNICIPIOS A SERVIÇO DA SECRETARIA DE ASSISTENCIA SOCIAL PARA ACOMPANHAR MENOR A COLHIDA. CONFORME LEI Nº 580/2021.

OSCAR DELGADO
PREFEITO MUNICIPAL

ADAO SANTANA DE LIMA
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE FINANÇAS



Município de Santa Maria do Oeste

ESTADO DO PARANÁ
CNPJ: 95.684.544/0001-26

Rua Jose de França Pereira, nº 10 - CEP.: 85.230-000- Fone/Fax: (042) 3644-1359

REQUERIMENTO DE DIÁRIA

Exmo. (a) Senhor (a) **OSCAR DELGADO** – Digníssimo Prefeito Municipal de Santa Maria do Oeste c/c:
Secretário: (a) Municipal: Sra.: (o): **JORGE MARTINS DOS SANTOS** Departamento: **SECRETARIA DE ASSISTENCIA SOCIAL**

O (a) Servidor: (a) abaixo qualificado: (a), vem mui respeitosamente perante Vossa Excelência, com base na Lei Municipal n.º **580/2021**, requerer concessão de diária (s) conforme especificado a seguir: **NOME DO SERVIDOR: LUIZ FELIPE MIKULIS PASSARELI MATRÍCULA n.º CARGO: PSICOLOGO - CPF: 093.699.809-11.**

OBJETIVO DA VIAGEM: VIAGEM COM DESTINO A JANDAIA DO SUL- PR A SERVIÇO DA SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL DO MUNICIPIO, PARA BUSCAR ACOLHIDOS DA CASA LAR.

PERÍODO DE AFASTAMENTO:

Data de Saída: **Dia: 16/07/2024** Data de Retorno previsto: **Dia: 16/07/2024.**

CIDADE DE ORIGEM: **SANTA MARIA DO OESTE - PARANÁ**

CIDADE DE DESTINO: **JANDAIA DO SUL - PR** Código do IBGE: **11506**

TIPO PADRÃO DE OBJETIVO TCE/PR: **99- OUTROS OBJETIVOS NÃO LIGADOS AO TCE/PR**

N.º DE DIÁRIAS: **01 (UMA DIÁRIA)** PERNOITE: () SIM (X) NÃO

VALOR UNITÁRIO: **R\$: 100.00 (CEM REAIS)**

VALOR TOTAL **R\$: 100,00 (cem REAIS)**

DADOS BANCÁRIOS:

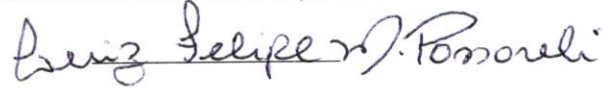
BANCO: **SICREDI AGENCIA 0703** CONTA/CORRENTE: **56226-6**

Comprometo-me a apresentar Relatório de Viagem/Prestação de Contas acompanhado de comprovantes de passagens, comprovantes de participação em cursos e demais documentos que comprovem a realização da viagem, no prazo de (05) dias a contar da data de retorno da viagem ao município de origem, conforme dispostos no **art. 11º da Lei Municipal nº 580/2021**, sob pena de sofrer as sanções cabíveis.


Jorge Martins dos Santos
Secretário Municipal de
Promoção Social

Nestes Termos.
Pede deferimento.

Santa Maria do Oeste, Pr. 16 de JULHO de 2024.



Luiz Felipe Mikulis Passareli

Psicólogo



Jorge Martins dos Santos
Secretário Municipal de
Promoção Social



Município de Santa Maria do Oeste

ESTADO DO PARANÁ

CNPJ: 95.684.544/0001-26

Rua Jose de França Pereira, nº 10 - CEP.: 85.230-000- Fone/Fax: (042) 3644-1359

RELATÓRIO DE VIAGEM

Dados do Servidor:

| | | | |
|---------------|--|------------|--|
| Nome: | | C.P.F.: | |
| Lotação: | | Matrícula: | |
| Cargo/Função: | | C.N.H.: | |

Informações da Viagem:

| | | | |
|----------------|--|-----------------|--|
| Cidade Origem | | Cidade Destino: | |
| Data Saída: | | Data Retorno | |
| Horário Saída | | Horário Retorno | |
| Dados Veículo: | | Placas: | |
| Km Inicial: | | Km Final: | |

Relatório da Viagem:

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

Assinaturas

| | | |
|--------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| Data: ____ / ____ / ____ | Atesto a Realização da Viagem | Análise do Relatório |
| _____ | Data: ____ / ____ / ____ | Data: ____ / ____ / ____ |
| | _____ | _____ |
| Servidor | Secretario: (a) Responsável | Secretario: (a) Responsável |



Município de Santa Maria do Oeste
 ESTADO DO PARANÁ
 CNPJ: 95.684.544/0001-26
 Rua Jose de França Pereira, n.º 10 - CEP.: 85.230-000- Fone/Fax: (042) 3644-1359

| DIÁRIO DE BORDO: N.º 0001/24 | | VEICULO: <i>Dalix</i> | | ANO FAB: | | PATRIMÔNIO: | |
|-------------------------------|---------|------------------------|------------------------|---------------------|----------------|--------------------------|------------------|
| SECRETARIA: <i>URBANTISMO</i> | | PLACAS: <i>R4Y0H45</i> | | MOTORISTA MATRÍCULA | | MOTORISTA OU RESPONSÁVEL | |
| DATA | HORÁRIO | CHEGADA | HODÔMETRO - KM RODADOS | | CIDADE DESTINO | CIDADE ORIGEM | QUANTIA ABASTEC. |
| | | | KM INICIAL | KM FINAL | | | |
| 04/07 | 17:00 | 18:00 | 141760 | 142798 | SMO | SMO | |
| 05/07 | 00:00 | 18:25 | 142798 | 143211 | SMO | SMO | 22248L |
| 08/07 | 6:47 | 08:47 | 143211 | 143466 | SMO | SMO | |
| 09/07 | 08:00 | 17:00 | 143466 | 143541 | SMO | SMO | |
| 10/07 | 09:00 | | 143541 | | SMO | SMA | |
| 15/07 | 06:00 | 19:30 | 143541 | 144108 | SMO | CAMPO NOVO | |
| 16/07 | 05:00 | 17:00 | 144108 | 144516 | SMO | Santa Rosa | 2562 |
| 18/07 | 08:00 | 13:40 | 144516 | 144736 | | GOI-MAPUAH | |
| 20/07 | 06:00 | 13:30 | 144736 | 145162 | | Campo Mourão | |
| 23/07 | 06:00 | 16:00 | 145162 | 145659 | | CASCAVEL | |
| 23/07 | 08:00 | 22:36 | 145689 | 147934 | SMO | CTVA | |
| 25/07 | 08:00 | 17:00 | 145934 | 147008 | SMO | SMO | |

OBSERVAÇÃO

Registrar Fatores de Maior Relevância:

Data: _____



Prefeitura Municipal de Santa Maria do Oeste

ESTADO DO PARANÁ

CNPJ: 95.684.544/0001-26

Rua Jose de França Pereira, nº 10 - CEP: 85.230-000 – Fone/Fax: (042) 3644-1137 - 1244

ATO DE CONCESSÃO DE DIÁRIA N.º 01167/2024

O Prefeito Municipal de Santa Maria do Oeste com base nos dispositivos da Lei Municipal n.º 580/2021, defere requerimento e resolve conceder diária(s), para deslocamento do servidor conforme especificado a seguir:

NOME DO SERVIDOR: LUIZ FELIPE MIKULIS PASSARELI **MATRÍCULA** n.º 9997412

CARGO: PSICOLOGO 20 HORAS **CPF N.º** 093.***.***-11

OBJETIVO DA VIAGEM: DESLOCAMENTO PARA O MUNICÍPIO DE JANDAIA DO SUL, A SERVIÇO DA SECRETARIA DE ASSISTENCIA SOCIAL DO MUNICÍPIO ACOMPANHAR MENOR ACOLHIDA.

PERÍODO DE AFASTAMENTO:

Data de Saída: 16/07/2024

Data de Retorno: 16/07/2024

CIDADE DE ORIGEM: SANTA MARIA DO OESTE

CIDADE DE DESTINO: JANDAIA DO SUL PR **Código do IBGE:** 12108

TIPO PADRÃO DE OBJETIVO TCE/PR: 99 OUTROS OBJETIVOS NÃO LIGADOS AO TCE/PR

N.º DE DIÁRIAS: 01 (UMA) **PERNOITE:** ()SIM (X)NÃO

VALOR UNITÁRIO R\$: R\$100,00 (CEM REAIS)

VALOR TOTAL R\$: R\$100,00 (CEM REAIS)

Santa Maria do Oeste/PR 07 de Agosto de 2024

Oscar Delgado
Prefeito Municipal



Município de Santa Maria do Oeste - PR

CNPJ: 95684544000126 IE:
Endereço: Rua Jose de França Pereira, 10 - Bloco CEP: 85230000 Cidade: Santa Maria do Oeste
Fone: 042-99841-0499 Fax:

NOTA DE PAGAMENTO

| | | | | | |
|-------------|------------|-------------|---------------|------------|---------------|
| Número | Data | Previsão N° | Liquidação N° | Empenho N° | Requisição N° |
| 6028 | 14/08/2024 | 6035 | 5652/2024 | 4849/2024 | |

Licitação

Tipo _____ Número _____
Sem licitação

Contrato/Aditivo

Sequência Contrato Aditivo Início da vigência Fim da vigência Fim da vig. atualizada Início da execução Fim da execução Fim da exe. atualizada

Credor

Fornecedor

NOEL DE JESUS RIBEIRO

Matrícula

9001-8

CPF/CNPJ

700.527.519-53

Endereço

RUA JOAO MONTEIRO SOBRINHO, SN - CASA

Bairro

CENTRO

Cidade/UF

Santa Maria do Oeste/PR

CEP

85230-000

Fone

Tipo de conta bancária

Banco

Agência

Conta

Classificação da despesa

3330 14 SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTENCIA SOCIAL
14.001 GABINETE DO SECRETÁRIO MUNICIPAL DE ASSISTENCIA SOCIAL
08.122.0801.2085 Atividades do Gabinete do Secretário Municipal de Assistência Social
3.3.90.14.14.02 SERVIDORES COMISSIONADOS

Valor

R\$ 200,00

Outras informações

Retenções

Total de retenções

R\$ 0,00

Valor líquido

R\$ 200,00

Servidor que autorizou o pagamento

9996942 - OSCAR DELGADO

Recursos

00000 - Recursos Ordinários (Livres)

Documento

81403

Data

14/08/2024

Valor

R\$ 200,00

Recibo

Recebi do Município de Santa Maria do Oeste, a importância de Duzentos Reais, referente ao pagamento do empenho número 4849/2024.

Assinatura: _____

Santa Maria do Oeste, ____/____/____

OSCAR DELGADO
PREFEITO MUNICIPAL



Município de Santa Maria do Oeste - PR

CNPJ: 95684544000126 IE:
Endereço: Rua Jose de França Pereira, 10 - Bloco CEP: 85230000 Cidade: Santa Maria do Oeste
Fone: 042-99841-0499 Fax:

NOTA DE LIQUIDAÇÃO

Número **5651/2024** Emitido em **14/08/2024** Requisição Nº _____ Empenho Nº **4966/2024**

Licitação

Tipo **Sem licitação** Número _____

Contrato/Aditivo

Seqüência _____ Contrato _____ Aditivo _____ Início da vigência _____ Fim da vigência _____ Fim da vig. atualizada _____ Início da execução _____ Fim da execução _____ Fim da exe. atualizada _____

Credor

Fornecedor **NOEL DE JESUS RIBEIRO** Matrícula **9001-8** CPF/CNPJ **700.527.519-53**
Endereço **RUA JOAO MONTEIRO SOBRINHO, SN - CASA** Bairro **CENTRO**
Cidade/UF **Santa Maria do Oeste/PR** CEP **85230-000** Fone _____ Tipo de conta bancária _____ Banco _____ Agência _____ Conta _____

Classificação da despesa

| | |
|---|-------------------|
| 14 SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTENCIA SOCIAL | Saldo do empenho |
| 14.001 GABINETE DO SECRETÁRIO MUNICIPAL DE ASSISTENCIA SOCIAL | R\$ 100,00 |
| 08.122.0801.2085 Atividades do Gabinete do Secretário Municipal de Assistência Social | Valor liquidado |
| 3.3.90.14.14.02 SERVIDORES COMISSIONADOS | R\$ 100,00 |
| 3330 00000 Recursos Ordinários (Livres) | Saldo à Liquidar |
| | R\$ 0,00 |

Outras informações

Retenções

Total de retenções

R\$ 0,00

Valor líquido

R\$ 100,00

Servidor que autorizou a liquidação

9996942 - OSCAR DELGADO

Vencimento da liquidação

13/09/2024

Histórico

OSCAR DELGADO
PREFEITO MUNICIPAL



Município de Santa Maria do Oeste - PR

CNPJ: 95684544000126 IE:
Endereço: Rua Jose de França Pereira, 10 - Bloco CEP: 85230000 Cidade: Santa Maria do Oeste
Fone: 042-99841-0499 Fax:

NOTA DE PAGAMENTO

| | | | | | |
|-------------|------------|-------------|---------------|------------|---------------|
| Número | Data | Previsão N° | Liquidação N° | Empenho N° | Requisição N° |
| 6027 | 14/08/2024 | 6034 | 5651/2024 | 4966/2024 | |

Licitação

Tipo _____ Número _____
Sem licitação

Contrato/Aditivo

Sequência Contrato Aditivo Início da vigência Fim da vigência Fim da vig. atualizada Início da execução Fim da execução Fim da exe. atualizada

Credor

Fornecedor

NOEL DE JESUS RIBEIRO

Matrícula

9001-8

CPF/CNPJ

700.527.519-53

Endereço

RUA JOAO MONTEIRO SOBRINHO, SN - CASA

Bairro

CENTRO

Cidade/UF

Santa Maria do Oeste/PR

CEP

85230-000

Fone

Tipo de conta bancária

Banco

Agência

Conta

Classificação da despesa

3330 14 SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTENCIA SOCIAL
14.001 GABINETE DO SECRETÁRIO MUNICIPAL DE ASSISTENCIA SOCIAL
08.122.0801.2085 Atividades do Gabinete do Secretário Municipal de Assistência Social
3.3.90.14.14.02 SERVIDORES COMISSONADOS

Valor
R\$ 100,00

Outras informações

Retenções

Total de retenções
R\$ 0,00

Valor líquido
R\$ 100,00

Servidor que autorizou o pagamento

9996942 - OSCAR DELGADO

Recursos

00000 - Recursos Ordinários (Livres)

Documento

Conta bancária 7050120 - B.B. FPM - FUNDO DE

81403

Data

14/08/2024

Valor

R\$ 100,00

Recibo

Recebi do Município de Santa Maria do Oeste, a importância de Cem Reais, referente ao pagamento do empenho número 4966/2024.

Assinatura: _____

Santa Maria do Oeste, ____/____/____

OSCAR DELGADO
PREFEITO MUNICIPAL



Município de Santa Maria do Oeste - PR

CNPJ: 95684544000126 IE:
Endereço: Rua Jose de França Pereira, 10 - Bloco CEP: 85230000 Cidade: Santa Maria do Oeste
Fone: 042-99841-0499 Fax:

NOTA DE LIQUIDAÇÃO

Número **5652/2024** Emitido em **14/08/2024** Requisição Nº _____ Empenho Nº **4849/2024**

Licitação

Tipo **Sem licitação** Número _____

Contrato/Aditivo

Sequência Contrato Aditivo Início da vigência Fim da vigência Fim da vig. atualizada Início da execução Fim da execução Fim da exe. atualizada

Credor

Fornecedor **NOEL DE JESUS RIBEIRO** Matrícula **9001-8** CPF/CNPJ **700.527.519-53**
Endereço **RUA JOAO MONTEIRO SOBRINHO, SN - CASA** Bairro **CENTRO**
Cidade/UF **Santa Maria do Oeste/PR** CEP **85230-000** Fone _____ Tipo de conta bancária Banco Agência Conta

Classificação da despesa

| | |
|---|-------------------|
| 14 SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTENCIA SOCIAL | Saldo do empenho |
| 14.001 GABINETE DO SECRETÁRIO MUNICIPAL DE ASSISTENCIA SOCIAL | R\$ 200,00 |
| 08.122.0801.2085 Atividades do Gabinete do Secretário Municipal de Assistência Social | Valor liquidado |
| 3.3.90.14.14.02 SERVIDORES COMISSIONADOS | R\$ 200,00 |
| 3330 00000 Recursos Ordinários (Livres) | Saldo a Liquidar |
| | R\$ 0,00 |

Outras informações

Retenções

Total de retenções
R\$ 0,00
Valor líquido
R\$ 200,00

Servidor que autorizou a liquidação

9996942 - OSCAR DELGADO

Vencimento da liquidação

13/09/2024

Histórico

OSCAR DELGADO
PREFEITO MUNICIPAL



DOC ou TED Eletrônico**Debitado**

Agência 4757-0
Conta corrente 70501-2 PREF MUN STA MARIA D.OEST

Creditado

Banco 748 BCO COOPERATIVO SICREDI S.A.
Agência (sem DV) 703 SICREDI GUARAPUAVA
Conta corrente (com DV) 5258
CPF 700.527.519-53
Nome favorecido NOEL DE JESUS RIBEIRO
Finalidade CREDITO EM CONTA
Número documento 81.403
Valor 300,00
Destinação 0
Data transferência 14/08/2024
"C" - CNPJ diferente
Autenticação SISBB 0F5B14BA6CF7B9D9

| | | |
|--------------|-------------------------------|---------------------|
| Assinada por | JE686045 ADAO SANTANA DE LIMA | 14/08/2024 11:40:26 |
| | JE685983 OSCAR DELGADO | 14/08/2024 11:43:52 |

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JE685983 OSCAR DELGADO.



Município de Santa Maria do Oeste - PR

CNPJ: 95684544000126 IE:
Endereço: Rua Jose de França Pereira, 10 - Bloco CEP: 85230000 Cidade: Santa Maria do Oeste
Fone: 042-99841-0499 Fax:

NOTA DE EMPENHO

| | | | | |
|------------------|-----------|------------|---------------|----------------|
| Número | Tipo | Emitido em | Requisição Nº | Req. Compra Nº |
| 4966/2024 | Ordinário | 02/08/2024 | | |

| | |
|---------------|--------|
| Licitação | Número |
| Tipo | |
| Sem licitação | |

| | | | | | | | |
|--------------------|---------|--------------------|-----------------|------------------------|--------------------|-----------------|------------------------|
| Contrato/Aditivo | Aditivo | Início da vigência | Fim da vigência | Fim da vig. atualizada | Início da execução | Fim da execução | Fim da exe. atualizada |
| Sequência Contrato | | | | | | | |

| | | | | | | |
|---------------------------------------|-----------|----------------|------------------------|-------|---------|-------|
| Credor | Matricula | CPF/CNPJ | | | | |
| Fornecedor | 9001-8 | 700.527.519-53 | | | | |
| NOEL DE JESUS RIBEIRO | | | | | | |
| Endereço | | Bairro | | | | |
| RUA JOAO MONTEIRO SOBRINHO, SN - CASA | | CENTRO | | | | |
| Cidade/UF | CEP | Fone | Tipo de conta bancária | Banco | Agência | Conta |
| Santa Maria do Oeste/PR | 85230-000 | | | | | |

| | |
|---|-------------------|
| Classificação da despesa | Saldo anterior |
| 14 SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTENCIA SOCIAL | R\$ 1.975,00 |
| 14.001 GABINETE DO SECRETÁRIO MUNICIPAL DE ASSISTENCIA SOCIAL | |
| 08.122.0801.2085 Atividades do Gabinete do Secretário Municipal de Assistência Social | Valor empenhado |
| 3.3.90.14.14.02 SERVIDORES COMISSIONADOS | R\$ 100,00 |
| 3330 00000 Recursos Ordinários (Livres) | Saldo atual |
| Do Exercício | R\$ 1.875,00 |

Outras informações

Histórico

REFERENTE ATO DE CONCESSÃO DE DIARIAS EM DESLOCAMENTO A OUTROS MUNICIPIOS A SERVIÇO DA SECRETARIA DE ASSISTENCIA SOCIAL PARA TRANSPORTE DE USUARIOS DO CRAS REALIZAR PERICIA NO INSS. CONFORME LEI Nº 580/2021.

OSCAR DELGADO
PREFEITO MUNICIPAL

ADAO SANTANA DE LIMA
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE FINANÇAS



INTERPRE

ANGELA DOS SANTOS QUEVEDO LTDA
AV MANOEL MARINDES DE CAMARGO, 460, CENTRO,
CAMPO MOURAO/ PR TELFON: (41)5017-0555
CNPJ 39.914.131/0001-10 II: 908/106907

Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica

| Código | Descrição | Qtd | UN | VI | Unit | VI Total |
|--------|---------------------|------|----|-------|------|------------|
| 00014 | CAFÉ | 1,00 | UN | 20,00 | | 20,00 |
| | QTDI TOTAL DE ITENS | | | | | 1 |
| | VALOR TOTAL | | | | | 20,00 |
| | FORMA DE PAGAMENTO | | | | | VALOR PACO |
| | Endereço | | | | | 20,00 |

MISSÃO NORMAL

Número: 000.014.251 - Série: 001
Emissão: 22/07/2024 - Via do consumidor
e consulte pela chave de acesso em:
<http://www.fazenda.pr.gov.br/nfce/consulta>
41240939914141000110650010000142511132042260

CONSUMIDOR

CPF/CNPJ 95.684.544/0001-26MUNICÍPIO
DE SANTA MARIA DO OESTE
R JOSÉ DE IRANCA PEREIRA, 10 CENTRO
SANTA MARIA DO OESTE

Protocolo de Autorização

14121111418062022/07/2024 09:07:15



Val: Aprox. dos Tributos: 6,29(31,45%) (Fonte: IBPT)



Município de Santa Maria do Oeste

ESTADO DO PARANÁ
CNPJ: 95.684.544/0001-26

Rua Jose de França Pereira, nº 10 - CEP.: 85.230-000- Fone/Fax: (042) 3644-1359

REQUERIMENTO DE DIÁRIA

Exmo. (a) Senhor (a) **OSCAR DELGADO** - Digníssimo Prefeito Municipal de Santa Maria do Oeste ou:
Secretário: (a) Municipal: Sra.: (o): **JORGE MARTINS DOS SANTOS** Departamento: **SECRETARIA DE ASSISTENCIA SOCIAL**

O (a) Servidor: (a) abaixo qualificado: (a), vem mui respeitosamente perante Vossa Excelência, com base na Lei Municipal n.º **580/2021**, requer concessão de diária (s) conforme especificado a seguir:

NOME DO SERVIDOR: Noel Ribeiro **MATRÍCULA** 9996979 n.º **CARGO:** Motorista RG: 5.161814-9 PR -
C. P. F: 700.527.519-53

OBJETIVO DA VIAGEM: **ENCAMINHAR UMA PESSOA PARA REAIZAR PERICIA MEDICA NO INSS DE CAMPO MOURÃO**
(usuários do CRAS).

PERÍODO DE AFASTAMENTO:

Data de Saída: **Dia: 22/07/2024** Data de Retorno: **Dia: 22/07/2024**

CIDADE DE ORIGEM: SANTA MARIA DO OESTE - PARANÁ

CIDADE DE DESTINO: CAMPO MOURÃO -PARANA **Código do IBGE:** 11506

TIPO PADRÃO DE OBJETIVO TCE/PR: 99- OUTROS OBJETIVOS NÃO LIGADOS AO TCE/PR

N.º DE DIÁRIAS: 01 (UMA DIÁRIA) **PERNOITE:** () SIM (X) NÃO

VALOR UNITÁRIO: R\$: 100,00 (CEM REAIS)

VALOR TOTAL R\$: 100,00 (CEM REAIS)

DADOS BANCÁRIOS:

BANCO: Brasil **AGENCIA:** 0703-0 **CONTA/CORRENTE :** 525-8

Comprometo-me a apresentar Relatório de Viagem/Prestação de Contas acompanhado de comprovantes de passagens, comprovantes de participação em cursos e demais documentos que comprovem a realização da viagem, no prazo de (05) dias a contar da data de retorno da viagem ao município de origem, conforme disposto no **art. 11º da Lei Municipal nº 580/2021**, sob pena de sofrer as sanções cabíveis.

Nestes Termos.

Pede e aguarda deferimento.

Santa Maria do Oeste, Pr. 22 DE JULHO 2024


Jorge Martins dos Santos
Secretário Municipal de
Promoção Social


NOEL RIBEIRO



Município de Santa Maria do Oeste

ESTADO DO PARANÁ
CNPJ: 95.684.544/0001-26

Rua Jose de França Pereira, nº 10 - CEP.: 85.230-000- Fone/Fax: (042) 3644-1359

RELATÓRIO DE VIAGEM

Dados do Servidor:

Nome: NOEL DE JESUS RIBEIRO C.P.F: 70052751853
Lotação: _____ Matrícula: _____
Cargo/Função: _____ C.N.H: _____

Informações da Viagem:

Cidade Origem: STA: MARIA DO OESTE PR Cidade Destino: CAMPO MORRÃO
Data Saída: 22/07/2024 Data Retorno: 22/07/2024
Horário Saída: 06:00 Horário Retorno: 13:30
Dados Veículo: ONIX Placas: RHVOH45
Km Inicial: 144736 Km Final: 145162

Relatório da Viagem:

EU NOEL DE JESUS RIBEIRO

Condus no pessoal Para realizar
Revisão medica no INSS de CAMPO
MORRÃO PR.

Assinaturas

Data: 22/07/2024

Servidor

Atesto a Realização da Viagem

Data: 22/07/24

[Assinatura]
Secretário: (a) Responsável

Análise do Relatório

Data: 22/07/24

[Assinatura]
Secretário: (a) Responsável



DIÁRIO DE BORDO: N.º 0001/24

VEÍCULO: *DAIX*

ANO FAB:

PATRIMÔNIO:

SECRETARIA: *ASS. SOCIAL*

PLACAS: *R4Y0H45*

MÊS/ANO

| DATA | HORÁRIO | | HODOMETRO - KM RODADOS | | CIDADE ORIGEM | CIDADE DESTINO | MOTORISTA MATRÍCULA | QUANTIA ABASTEC. | MOTORISTA OU RESPONSÁVEL |
|--|--------------|---------------|------------------------|------------|-----------------------|----------------|---------------------|------------------|--------------------------|
| | SAÍDA | CHEGADA | KM INICIAL | KM FINAL | | | | | |
| <i>04/07 17:00</i> | <i>18:00</i> | <i>141760</i> | <i>142298</i> | <i>SMD</i> | <i>SMD</i> | <i>Perjeão</i> | | | |
| <i>05/07 09:00</i> | <i>18:25</i> | <i>142798</i> | <i>143211</i> | <i>SMD</i> | <i>Pandora</i> | <i>Perjeão</i> | <i>22.248L</i> | | |
| <i>08/07 6:47</i> | <i>18:47</i> | <i>143211</i> | <i>143466</i> | <i>SMD</i> | <i>Itaipava</i> | <i>Perjeão</i> | | | |
| <i>09/07 08:00</i> | <i>17:00</i> | <i>143466</i> | <i>143541</i> | <i>SMD</i> | <i>Smd</i> | <i>Perjeão</i> | | | |
| <i>10/07 8:00</i> | | <i>143541</i> | | <i>SMD</i> | <i>SMD</i> | <i>Perjeão</i> | | | |
| <i>15/07 06:00</i> | <i>19:30</i> | <i>143541</i> | <i>144108</i> | <i>SMD</i> | <i>Capo Mourão</i> | <i>Noel</i> | | | |
| <i>16/07 08:00</i> | <i>17:00</i> | <i>144108</i> | <i>144516</i> | <i>SMD</i> | <i>Santa Rosa Sul</i> | <i>Noel</i> | <i>256L</i> | | |
| <i>18/07 08:00</i> | <i>13:40</i> | <i>144516</i> | <i>144736</i> | | <i>GUARAPUAVA</i> | <i>Noel</i> | | | |
| <i>20/07 06:00</i> | <i>13:30</i> | <i>144736</i> | <i>145162</i> | | <i>Capo Mourão</i> | <i>Noel</i> | | | |
| OBSERVAÇÃO | | | | | | | | | |
| Registrar Fatores de Maior Relevância: | | | | | | | | | |

Data: _____

Secretário (a) Responsável



Prefeitura Municipal de Santa Maria do Oeste

ESTADO DO PARANÁ

CNPJ: 95.684.544/0001-26

Rua Jose de França Pereira, nº 10 - CEP: 85.230-000 – Fone/Fax: (042) 3644-1137 - 1244

ATO DE CONCESSÃO DE DIÁRIA N.º 1193/2024

O Prefeito Municipal de Santa Maria do Oeste com base nos dispositivos da Lei Municipal n.º 580/2021, defere requerimento e resolve conceder diária(s), para deslocamento do servidor conforme especificado a seguir:

NOME DO SERVIDOR: NOEL DE JESUS RIBEIRO **MATRÍCULA n.º** 9996979

CARGO: MOTORISTA **CPF N.º** 700.***.***-53

OBJETIVO DA VIAGEM: DESLOCAMENTO PARA O MUNICIPIO DE CAMPO MOURÃO, A SERVIÇO DA SECRETARIA DE ASSISTENCIA SOCIAL DO MUNICIPIO LEVAR USUARIOS DO CRAS REALIZAR PERICIA.

PERÍODO DE AFASTAMENTO:

Data de Saída: 30/07/2024-

Data de Retorno: 30/07/2024

CIDADE DE ORIGEM: SANTA MARIA DO OESTE

CIDADE DE DESTINO: CAMPO MOURÃO PR **Código do IBGE:** 04303

TIPO PADRÃO DE OBJETIVO TCE/PR: 99 OUTROS OBJETIVOS NÃO LIGADOS AO TCE/PR

N.º DE DIÁRIAS: 01 (UMA) **PERNOITE:** ()SIM (X)NÃO

VALOR UNITÁRIO R\$: R\$ 100,00 (CEM)

VALOR TOTAL R\$: R\$100,00 (CEM)

Santa Maria do Oeste/PR 12 de Agosto de 2024

Oscar Delgado
Prefeito Municipal



Município de Santa Maria do Oeste - PR

CNPJ: 95684544000126 IE:
Endereço: Rua Jose de França Pereira, 10 - Bloco CEP: 85230000 Cidade: Santa Maria do Oeste
Fone: 042-99841-0499 Fax:

NOTA DE EMPENHO

Número **4849/2024** Tipo **Ordinário** Emitido em **31/07/2024** Requisição Nº Req. Compra Nº

Licitação Tipo **Sem licitação** Número

Contrato/Aditivo Sequência Contrato Aditivo Início da vigência Fim da vigência Fim da vig. atualizada Início da execução Fim da execução Fim da exe. atualizada

Credor Fornecedor **NOEL DE JESUS RIBEIRO** Matrícula **9001-8** CPF/CNPJ **700.527.519-53**
Endereço **RUA JOAO MONTEIRO SOBRINHO, SN - CASA** Bairro **CENTRO**
Cidade/UF **Santa Maria do Oeste/PR** CEP **85230-000** Fone Tipo de conta bancária Banco Agência Conta

| Classificação da despesa | | Saldo anterior |
|--------------------------|--|-------------------|
| 14 | SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTENCIA SOCIAL | R\$ 2.725,00 |
| 14.001 | GABINETE DO SECRETÁRIO MUNICIPAL DE ASSISTENCIA SOCIAL | |
| 08.122.0801.2085 | Atividades do Gabinete do Secretário Municipal de Assistência Social | R\$ 200,00 |
| 3.3.90.14.14.02 | SERVIDORES COMISSIONADOS | |
| 3330 | 00000 Recursos Ordinários (Livres) | R\$ 2.525,00 |
| | Do Exercício | |

Outras informações

Histórico REFERENTE ATO DE CONCESSÃO DE DIARIAS EM DESLOCAIMENTO A OUTROS MUNICIPIOS A SERVIÇO DA SECRETARIA DE ASSISTENCIA SOCIAL PARA TRANSPORTE DE USUARIOS DO CRAS REALIZAR PERICIA NO INSS. CONFORME LEI Nº 580/2021.

OSCAR DELGADO
PREFEITO MUNICIPAL

ADAO SANTANA DE LIMA
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE FINANÇAS



Município de Santa Maria do Oeste

ESTADO DO PARANÁ
CNPJ: 95.684.544/0001-26

Rua Jose de França Pereira, nº 10 - CEP.: 85.230-000- Fone/Fax: (042) 3644-1359

REQUERIMENTO DE DIÁRIA

Exmo. (a) Senhor (a) **OSCAR DELGADO** – Digníssimo Prefeito Municipal de Santa Maria do Oeste ou:
Secretário: (a) Municipal: Sra.: (o): **JORGE MARTINS DOS SANTOS** Departamento: **SECRETARIA DE ASSISTENCIA SOCIAL**

O (a) Servidor: (a) abaixo qualificado: (a), vem mui respeitosamente perante Vossa Excelência, com base na Lei Municipal n.º **580/2021**, requer concessão de diária (s) conforme especificado a seguir:

NOME DO SERVIDOR: Noel Ribeiro **MATRÍCULA** 9996979 n.º **CARGO:** Motorista RG: 5.161814-9 PR -
C. P. F.: 700.527.519-53

OBJETIVO DA VIAGEM: **ENCAMINHAR UMA PESSOA PRA GUARAPUAVA PARA REALIZAR PERICIA MEDICA** .
(usuários do CRAS) .

PERÍODO DE AFASTAMENTO:

Data de Saída: **Dia: 25/07/2024** Data de Retorno: **Dia: 25/07/2024**

CIDADE DE ORIGEM: SANTA MARIA DO OESTE - PARANÁ

CIDADE DE DESTINO: GUARAPUAVA-PARANA **Código do IBGE:** 11506

TIPO PADRÃO DE OBJETIVO TCE/PR: 99- OUTROS OBJETIVOS NÃO LIGADOS AO TCE/PR

N.º DE DIÁRIAS: 01 (**UMA DIÁRIA**) **PERNOITE:** () SIM (x) NÃO

VALOR UNITÁRIO: **R\$: 50,00 (CINQUENTA REAIS)**

VALOR TOTAL **R\$: 50,00 (CINQUENTA REAIS)**

DADOS BANCÁRIOS:

BANCO: Brasil **AGENCIA:** 0703-0 **CONTA/CORRENTE:** 525-8

Comprometo-me a apresentar Relatório de Viagem/Prestação de Contas acompanhado de comprovantes de passagens, comprovantes de participação em cursos e demais documentos que comprovem a realização da viagem, no prazo de (05) dias a contar da data de retorno da viagem ao município de origem, conforme disposto no **art. 11º da Lei Municipal nº 580/2021**, sob pena de sofrer as sanções cabíveis.


Nestes Termos.

Pede e aguarda deferimento.

Santa Maria do Oeste, Pr. 25 DE JULHO de 2024



NOEL RIBEIRO


Jorge Martins dos Santos
Secretário Municipal de
Promoção Social



Município de Santa Maria do Oeste

ESTADO DO PARANÁ

CNPJ: 95.684.544/0001-26

Rua Jose de França Pereira, nº 10 - CEP.: 85.230-000- Fone/Fax: (042) 3644-1359

RELATÓRIO DE VIAGEM

Dados do Servidor:

| | | | |
|---------------|-----------------------|------------|------------|
| Nome: | NOEL DE JESUS RIBEIRO | C.P.F.: | 7005278/35 |
| Lotação: | | Matrícula: | |
| Cargo/Função: | | C.N.H.: | |

Informações da Viagem:

| | | | |
|----------------|------------------------|------------------|------------|
| Cidade Origem: | STA. MARIA DO OESTE PR | Cidade Destino: | GUARAPUAVA |
| Data Saída: | 25/07/2024 | Data Retorno: | 25/07/2024 |
| Horário Saída: | 07:30 | Horário Retorno: | 14:00 |
| Dados Veículo: | STRADA | Placas: | SF03F96 |
| Km Inicial: | 40.87 | Km Final: | 4.530 |

Relatório da Viagem:

EU: NOEL DE JESUS RIBEIRO

Condusí no Petto Para realizar
Pericio medico no IUSs do Guarapuava

Assinaturas

Data: 25/07/2024

Servidor

Atesto a Realização da Viagem

Data: 26/07/24

Secretário(a) Responsável

Análise do Relatório

Data: 26/07/24

Secretário(a) Responsável



DIÁRIO DE BORDO: N.º 0001/24

VEÍCULO: ST 12ADA

PLACAS: S F03FS6

ANO FAB:

PATRIMÔNIO:

MES/ANO

MOTORISTA OU RESPONSÁVEL

SECRETARIA: URBANISMO

ASS: Social

HODOMETRO - KM INICIAL

KM RODADOS

KM FINAL

CIDADE ORIGEM

CIDADE DESTINO

MOTORISTA MATRICULA

DATA

HORARIO

SAIDA

CHEGADA

| DATA | HORARIO | SAIDA | CHEGADA | HODOMETRO - KM INICIAL | KM RODADOS | KM FINAL | CIDADE ORIGEM | CIDADE DESTINO | MOTORISTA MATRICULA | QUANTIA ABASTEC. | MOTORISTA OU RESPONSÁVEL |
|-------|---------|-------|---------|------------------------|------------|----------|---------------|----------------|---------------------|------------------|--------------------------|
| 19/07 | 08:00 | | 20:30 | 3392 | | 3733 | SNO | CAPIVARI | Bing Jure | | |
| 21/07 | 06:00 | | 17:00 | 37.33 | | 40.67 | SNO | SNO | | | |
| 23/07 | 08:42 | | | 4087 | | | SNO | Guaporé | Noel | | |
| 25/07 | 07:30 | | 14:00 | 4087 | | 4530 | SNO | SNO | | | |

OBSERVAÇÃO

Registrar Fatores de Maior Relevância:

Data: / /

Secretário (a) Responsável

MANIFICADORA BELO E LENZ LTDA
CNPJ: 03.890.891/0001-97
E: 9021385368
Rua Frei Caneca, 1895 até 1549/1550, Santana,
CEP:85070-170. GUARAPUAVA-PR - (42) 3623-7323

**Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor
Eletrônica**

| CODIGO | DESCRIÇÃO | QT | UN | VALOR | TOTAL |
|----------------------|--------------------|----|----|-------|-----------|
| 56140312 926 | ALIMENTOS DIVERSOS | 1 | D | 30,00 | 30,00 |
| Itid. Total de Itens | | | | | R\$ 30,00 |
| Total da Produtos | | | | | R\$ 0,00 |
| Descontos | | | | | R\$ 0,00 |
| Irete | | | | | R\$ 30,00 |
| Total | | | | | |

FORMA DE PAGAMENTO VALOR PAGO
Dinheiro R\$ 30,00

Número 78203 Série 001 18/07/2024 11:11:30 - Via
Consumidor

Consulte pela Chave de Acesso em
<http://www.fazenda.pr.gov.br/nfce/consulta>

CHAVE DE ACESSO

41240703890891000197650010000782031000123468

CONSUMIDOR

CONSUMIDOR - CNPJ: 95684544000126



Protocolo de Autorização: 141241092487762
Data de autorização: 18/07/2024 11:11:32

INFORMAÇÃO ADICIONAL

Inf. Contribuinte: Você pagou aproximadamente: R\$ 4,04
e tributos federais R\$ 5,70 de tributos estaduais R\$ 20,25
pelos produtos Fonte: IBPT 3501D1



Município de Santa Maria do Oeste

ESTADO DO PARANÁ
CNPJ: 95.684.544/0001-26

Rua Jose de França Pereira, nº 10 - CEP.: 85.230-000- Fone/Fax: (042) 3644-1359

REQUERIMENTO DE DIÁRIA

Exmo. (a) Senhor (a) **OSCAR DELGADO** - Digníssimo Prefeito Municipal de Santa Maria do Oeste ou:
Secretário: (a) Municipal: Sra.: (o): **JORGE MARTINS DOS SANTOS** Departamento: **SECRETARIA DE ASSISTENCIA SOCIAL**

O (a) Servidor: (a) abaixo qualificado: (a), vem mui respeitosamente perante Vossa Excelência, com base na Lei Municipal n.º **580/2021**, requer concessão de diária (s) conforme especificado a seguir:

NOME DO SERVIDOR: Noel Ribeiro **MATRÍCULA 9996979** n.º **CARGO:** Motorista RG: 5.161814-9 PR - **C. P. F:** 700.527.519-53

OBJETIVO DA VIAGEM: **ENCAMINHAR UMA PESSOA PRA GUARAPUAVA PARA REALIZAR PERICIA MEDICA .**
(usuários do CRAS).

PERÍODO DE AFASTAMENTO:

Data de Saída: **Dia: 18/07/2024** Data de Retorno: **Dia: 18/07/2024**

CIDADE DE ORIGEM: SANTA MARIA DO OESTE - PARANÁ

CIDADE DE DESTINO: GUARAPUAVA-PARANA **Código do IBGE:** 11506

TIPO PADRÃO DE OBJETIVO TCE/PR: 99- OUTROS OBJETIVOS NÃO LIGADOS AO TCE/PR

N.º DE DIÁRIAS: 01 (UMA DIÁRIA) **PERNOITE:** () SIM (x) NÃO

VALOR UNITÁRIO: R\$: 50,00 (CINQUENTA REAIS)

VALOR TOTAL R\$: 50,00 (CINQUENTA REAIS)

DADOS BANCÁRIOS:

BANCO: Brasil **AGENCIA:** 0703-0 **CONTA/CORRENTE :** 525-8

Comprometo-me a apresentar Relatório de Viagem/Prestação de Contas acompanhado de comprovantes de passagens, comprovantes de participação em cursos e demais documentos que comprovem a realização da viagem, no prazo de (05) dias a contar da data de retorno da viagem ao município de origem, conforme disposto no **art. 11º da Lei Municipal nº 580/2021**, sob pena de sofrer as sanções cabíveis.

Nestes Termos.

Pede e aguarda deferimento.

Santa Maria do Oeste, Pr. 18 DE JULHO de 2024

NOEL RIBEIRO

Jorge Martins dos Santos
Secretário Municipal de
Promoção Social



Município de Santa Maria do Oeste

ESTADO DO PARANÁ

CNPJ: 95.684.544/0001-26

Rua Jose de França Pereira, nº 10 - CEP.: 85.230-000- Fone/Fax: (042) 3644-1359

RELATÓRIO DE VIAGEM

Dados do Servidor:

| | | | |
|---------------|-----------------------|------------|-------------|
| Nome: | NOEL DE JESUS RIBEIRO | C.P.F.: | 70052751953 |
| Lotação: | | Matrícula: | |
| Cargo/Função: | | C.N.H.: | |

Informações da Viagem:

| | | | |
|----------------|------------------------|------------------|------------|
| Cidade Origem: | STA. MARIA DO OESTE/PR | Cidade Destino: | GUARAPUAVA |
| Data Saída: | 18/07/2024 | Data Retorno: | 18/07/2024 |
| Horário Saída: | 08:00 | Horário Retorno: | 13:40 |
| Dados Veículo: | ONIX | Placas: | RHY0445 |
| Km Inicial: | 144516 | Km Final: | 144736 |

Relatório da Viagem:

EU: NOEL DE JESUS RIBEIRO

conduzi meu petto PARA realizar
Pericio medico no INSS do
Zuronguono

Assinaturas

Data: 18/07/2024

Servidor

Atesto a Realização da Viagem

Data: 22/07/24

Secretário: (a) Responsável

Análise do Relatório

Data: 22/07/24

Secretário: (a) Responsável



| DIÁRIO DE BORDO: N.º 0001/24 | | VEÍCULO: <i>Darix</i> | | PLACAS: <i>R4Y0H45</i> | | ANO FAB: | | PATRIMÔNIO: | |
|---|--------------|-----------------------|------------------------|------------------------|---------------|-----------------------|---------------------|------------------|--------------------------|
| SECRETARIA: <i>ASS. Social</i> | HORÁRIO | | HODOMETRO - KM RODADOS | | CIDADE ORIGEM | CIDADE DESTINO | MOTORISTA MATRÍCULA | QUANTIA ABASTEC. | MOTORISTA OU RESPONSÁVEL |
| | SAÍDA | CHEGADA | KM INICIAL | KM FINAL | | | | | |
| <i>04/07</i> | <i>17:00</i> | <i>18:00</i> | <i>141760</i> | <i>142298</i> | <i>SMO</i> | <i>SMO</i> | <i>Perjeão</i> | | |
| <i>05/07</i> | <i>09:00</i> | <i>18:25</i> | <i>142798</i> | <i>143211</i> | <i>SMO</i> | <i>Pandaria</i> | <i>Perjeão</i> | <i>22,248L</i> | |
| <i>08/07</i> | <i>6:42</i> | <i>08:47</i> | <i>143211</i> | <i>143466</i> | <i>SMO</i> | <i>Imaiporã</i> | <i>Perjeão</i> | | |
| <i>09/07</i> | <i>08:00</i> | <i>17:00</i> | <i>143466</i> | <i>143541</i> | <i>SMO</i> | <i>SMO</i> | <i>Perjeão</i> | | |
| <i>10/07</i> | <i>8:00</i> | | <i>143541</i> | | <i>SMO</i> | <i>SRIA</i> | <i>Perjeão</i> | | |
| <i>15/07</i> | <i>06:00</i> | <i>19:30</i> | <i>143541</i> | <i>144108</i> | | <i>CARRO NOVO</i> | <i>Noel</i> | | |
| <i>16/07</i> | <i>08:00</i> | <i>17:00</i> | <i>144108</i> | <i>144516</i> | <i>SMO</i> | <i>Santa Rosa Sul</i> | <i>Noel</i> | <i>2562</i> | |
| <i>18/07</i> | <i>08:00</i> | <i>13:40</i> | <i>144516</i> | <i>144736</i> | | <i>BOVINARIA</i> | <i>Noel</i> | | |
| OBSERVAÇÃO Registrar Fatores de Maior Relevância: | | | | | | | | | |

Data: _____ / _____ / _____



Município de Santa Maria do Oeste

ESTADO DO PARANÁ
CNPJ: 95.684.544/0001-26

Rua Jose de França Pereira, nº 10 - CEP.: 85.230-000- Fone/Fax: (042) 3644-1359

REQUERIMENTO DE DIÁRIA

Exmo. (a) Senhor (a) **OSCAR DELGADO** - Digníssimo Prefeito Municipal de Santa Maria do Oeste ou:
Secretário: (a) Municipal: Sra.: (o): **JORGE MARTINS DOS SANTOS** Departamento: **SECRETARIA DE ASSISTENCIA SOCIAL**

O (a) Servidor: (a) abaixo qualificado: (a), vem mui respeitosamente perante Vossa Excelência, com base na Lei Municipal n.º **580/2021**, requerer concessão de diária (s) conforme especificado a seguir:
NOME DO SERVIDOR: NOEL RIBEIRO MATRÍCULA n.º **CARGO: motorista - C. P. F: 700.527.519-53**

OBJETIVO DA VIAGEM: COM DESTINO A GUARAPUAVA-PR, A SERVIÇO DA SECRETARIA DE ASSISTENCIA SOCIAL PARA BUSCAR FAMILIAS DO MUNICIPIO. (USUARIAS DA ASSISTENCIA)

PERÍODO DE AFASTAMENTO:

Data de Saída: **Dia: 19/07/2024** Data de Retorno previsto: **Dia: 19/07/2024.**

CIDADE DE ORIGEM: **SANTA MARIA DO OESTE - PARANÁ**

CIDADE DE DESTINO: **GUARAPUAVA- PR** Código do IBGE: **11506**

TIPO PADRÃO DE OBJETIVO TCE/PR: **99- OUTROS OBJETIVOS NÃO LIGADOS AO TCE/PR**

N.º DE DIÁRIAS: **01 (UMA DIÁRIA SEM PERNOITE)** PERNOITE: () SIM (x) NÃO

VALOR UNITÁRIO: **R\$: 100,00 (CEM REAIS)**

01 (DIARIA SEM PERNOITE)

VALOR UNITARIO: **R\$ 100,00 (CEM REAIS)** PERNOITE: () SIM (X) NÃO

VALOR TOTAL **R\$: 100,00 (CEM REAIS)**

DADOS BANCÁRIOS:

BANCO: **SICREDI AGENCIA 0703** CONTA/CORRENTE : **525-8**

Comprometo-me a apresentar Relatório de Viagem/Prestação de Contas acompanhado de comprovantes de passagens, comprovantes de participação em cursos e demais documentos que comprovem a realização da viagem, no prazo de (05) dias a contar da data de retorno da viagem ao município de origem, conforme dispostos no **art. 11º da Lei Municipal nº 580/2021**, sob pena de sofrer as sanções cabíveis.

Nestes Termos.

Pede deferimento.

Santa Maria do Oeste, Pr. 22 de JULHO de 2024.


NOEL RIBEIRO

MOTORISTA



Prefeitura Municipal de Santa Maria do Oeste

ESTADO DO PARANÁ

CNPJ: 95.684.544/0001-26

Rua Jose de França Pereira, nº 10 - CEP: 85.230-000 – Fone/Fax: (042) 3644-1137 - 1244

ATO DE CONCESSÃO DE DIÁRIA N.º 1166/2024

O Prefeito Municipal de Santa Maria do Oeste com base nos dispositivos da Lei Municipal n.º 580/2021, defere requerimento e resolve conceder diária(s), para deslocamento do servidor conforme especificado a seguir:

NOME DO SERVIDOR: NOEL DE JESUS RIBEIRO **MATRÍCULA n.º** 9996979

CARGO: MOTORISTA **CPF N.º** 700.***.***-53

OBJETIVO DA VIAGEM: DESLOCAMENTO PARA O MUNICIPIO DE GUARAPUAVA, A SERVIÇO DA SECRETARIA DE ASSISTENCIA SOCIAL DO MUNICIPIO LEVAR USUARIOS DO CRAS NO INSS.

PERÍODO DE AFASTAMENTO:

Data de Saída: 18/07/2024- 25/072024

Data de Retorno: 18/07/2024-25/07/2024

CIDADE DE ORIGEM: SANTA MARIA DO OESTE

CIDADE DE DESTINO: GUARAPUAVA PR **Código do IBGE:** 11506

TIPO PADRÃO DE OBJETIVO TCE/PR: 99 OUTROS OBJETIVOS NÃO LIGADOS AO TCE/PR

N.º DE DIÁRIAS: 2 (DUAS) **PERNOITE:** ()SIM (X)NÃO

VALOR UNITÁRIO R\$: R\$ 100,00 (CEM)

VALOR TOTAL R\$: R\$200,00 (DUZENTOS)

Santa Maria do Oeste/PR 07 de Agosto de 2024

Oscar Delgado
Prefeito Municipal



Município de Santa Maria do Oeste

ESTADO DO PARANÁ

CNPJ: 95.684.544/0001-26

Rua Jose de França Pereira, nº 10 - CEP.: 85.230-000- Fone/Fax: (042) 3644-1359

RELATÓRIO DE VIAGEM

Dados do Servidor:

| | | | |
|---------------|-----------------------|------------|-----------|
| Nome: | NOEL DE JESUS RIBEIRO | C.P.F.: | 700527519 |
| Lotação: | | Matrícula: | |
| Cargo/Função: | | C.N.H.: | |

Informações da Viagem:

| | | | |
|----------------|------------------------|------------------|------------|
| Cidade Origem: | STA. MARIA DO OESTE/PR | Cidade Destino: | GUARAPUAVA |
| Data Saída: | 19/07/2024 | Data Retorno: | 19/07/2024 |
| Horário Saída: | 08:00 | Horário Retorno: | 20:30 |
| Dados Veículo: | STRADA | Placas: | SF03E96 |
| Km Inicial: | 3392 | Km Final: | 3733 |

Relatório da Viagem:

EU: NOEL DE JESUS RIBEIRO

Conduzi um familiar até Louveiras do Sul e mesmo foi VISITAR os Pais que se encontravam doente e mesmo fui pro Guarapuava Buscar 2 Pessoas que retornaram Pero sua redirecionamento a STA Maria do Oeste PR

Assinaturas

Data: 19/07/2024

Servidor

Atesto a Realização da Viagem

Data: 22/07/24

Secretário: (a) Responsável

Análise do Relatório

Data: 22/07/24

Secretário: (a) Respor

CNPJ: 01.017.973/0001-04 Conafri Atacado e Varejo
Rua Alberto Minski, Industrial, Laranjeiras Do Sul, PR
Fone: (42)3635-6468
Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor Final

19/07/24 18:08:06

CONTROLE: 031005

EMITIDA EM CONTINGENCIA

Pendente de autorizacao

| Codigo | Descricao | Qtde | UN | U1.Unit | U1.Total |
|---------------|----------------------|-------|----|---------|----------|
| 000000020206 | Sonho Conafri Kg | 0,084 | Un | 45,99 | 3,85 |
| 000000081481 | Pastel Conafri Un | 1 | Un | 5,90 | 5,90 |
| 000000090926 | Pao De Queijo Kg | 0,146 | Kg | 33,90 | 4,95 |
| 7894900180503 | Schweppes Citrus Lt | 1 | Un | 3,49 | 3,49 |
| 7894900320015 | Schweppes Citrus S A | 1 | Un | 3,49 | 3,49 |

SUBTOTAL R\$ 21,69

Qtde. total de itens 5

Valor Total R\$ 21,69

FORMA DE PAGAMENTO VALOR PAGO

Cartao Debito 21,69

Consulte pela Chave de Acesso em <http://www.fazenda.pr.gov.br>
4124 0701 0179 7300 0104 6511 6000 0190 2891 3031 0055



CONSUMIDOR
CNPJ 95.684.544/0001-26
NFC-e n 000019028 Serie 116
Data Emis.: 19/07/2024 18:09:23
EMITIDA EM CONTINGENCIA
Pendente de autorizacao

Informacao dos Tributos Totais Incidentes
(Lei Federal 12.741 /2012)
DAV0000000007
Vendedor: 9262
Trib aprox R\$: 0,00 Fed, 0,00 Est, 0,00 Mun
Fonte: IBPT/FECOERCCIO PR 0
Voce foi atendido por: 1110 - Alan Gabriel Ribeiro
Sistema: WAPDV / Versao: 1.71.30-PDV: 016



Município de Santa Maria do Oeste

ESTADO DO PARANÁ

CNPJ: 06.684.544/0001-26

Rua Jose de França Pereira, nº 10 - CEP.: 85.230-000 - Fone/Fax: (042) 3644-1359

DIÁRIO DE BORDO: N.º 0001/24

VEICULO: ST 124 DA

SECRETARIA: URBANISMO

ASS: SOCIAL

PLACAS: 5 F03FB6

ANO FAB:

PATRIMÔNIO: MÊS/ANO

| DATA | HORARIO | | HODOMETRO - KM RODADOS | | CIDADE ORIGEM | CIDADE DESTINO | MOTORISTA MATRICULA | QUANTIA ABASTEC. | MOTORISTA OU RESPONSABIL. |
|-------|---------|---------|------------------------|----------|---------------|----------------|---------------------|------------------|---------------------------|
| | SAIDA | CHEGADA | KM INICIAL | KM FINAL | | | | | |
| 19/07 | 08:00 | 10:30 | 3392 | 3733 | SNO | GUARAPUAVA | | | |
| 21/07 | 06:00 | 17:00 | 3733 | 4067 | | CHARQUEIRAS | NOEL | | |
| 22/07 | 09:00 | 17:00 | 4067 | 4087 | | SNO | Bugforce | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

OPERIO

Registrar
MOTORISTAS

Data: _____