



# 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
494 Bloco de Custeio das Ações e Serviços	650,00

NOME DO PROJETO/ATIVIDADE

<b>EMITIDO</b>  ANDRIELE CRISTINA SCHLICKMANN CONTADORA	<b>VISTO</b> MATEUS DALLAGNOL DIRETOR DEPTO. FINANÇAS	<b>AUTORIZO A DESPESA</b>  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

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

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

<b>Código da operação:</b>	00108379
<b>Chave de segurança:</b>	2WX49A2619SHNRS4

<b>CPF'S autorizadores:</b>	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