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	DATA EMISSÃO
002414/2025 Ordinário	18.06.25

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 JUCIMAR GIRARDELLO DE FREITAS 023.263.049-69 04450
ENDEREÇO RUA CÂNDIDO MERLO 101 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	6.250,00	450,00	5.800,00

QUANT.	ESPECIFICAÇÃO		VALOR TOTAL
1,00	Refere-se a despesa com 1/2 diária de viagem, para Curitiba-PR, a serviço do Departamento Municipal de Saúde, para transporte de pacientes ao Hospital de Olhos do Paraná e ao Hospital do Trabalhador, com veículo oficial.	450,00	450,00
	TOTAL DAS RETENÇÕES:		

FONTE DE RECURSO	TOTAL LÍQUIDO	
494 Bloco de Custeio das Ações e Serviços		450,00

NOME DO PROJETO/ATIVIDADE

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

ORDEM DE PAGAMENTO

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

23 DE 06 DE 25

TESOURARIA

RECIBO R$

DECLARO (AMOS) PARA OS DEVIDOS FINS, QUE RECEBI (EMOS) A IMPORTÂNCIA DESTE 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____450,00____
VALOR LÍQUIDO___450,00____

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$=450,00 (quatrocentos e cinquenta reais).

REFERENTE: a 01 e 1/2 diárias de viagem, para Curitiba- PR, a serviço do Departamento Municipal de Saúde, para transporte de pacientes ao Hospital de Olhos do Paraná e ao Hospital do Trabalhador, com veículo oficial.

Bom Sucesso do Sul, 23 de junho de 2025.

JUCIMAR GIRARDELLO DE FREITAS
CPF: 023.263.049-69

Bom Sucesso do Sul, 13 de junho de 2025

SOLICITAÇÃO DE VIAGEM

345.

DADOS DO SOLICITANTE

Nome: Jucimar Girardello de Freitas — Matrícula: 4928.3
Órgão de Lotação: Departamento de Saúde — Cargo: Motorista
Banco: Sicoob — Agencia: 3076 — Conta: 299154

PACIENTES E ACOMPANHANTES:

Laurindo Rodrigues
Tatiane Dzwielewski
Laura Dzwielewski Menegaz

DADOS DA VIAGEM

Data da Viagem: saída dia 23/06 às 03:h00 e retorno no dia 24/06 às 23h00
Destino: Curitiba – PR;
Valor de diárias: 1, ½ diária (R$ 450,00);
Transporte utilizado: Veículo Oficial.
Finalidade da viagem: Transporte de paciente(s) e acompanhante(s);
Órgãos/locais a serem visitados ou eventos: Hospital de Olhos, Hospital do trabalhador.

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, 13/06/2025.

Assinatura do solicitante: _____.

( ) Autorizado ( ) Não autorizado
Prefeito Municipal, Maico Diego Faversani

Prefeitura Municipal de Bom Sucesso do Sul
Lidiane de Mello Faversani
Diretora Depto. de Saúde
Matrícula: 366-2/6

Lidiane de M. Faversani
Secretária do Departamento de Saúde

GERENCIADOR CAIXA

Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	00602 / 2200 / 000575848107-2
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE BOM SUCESSO
CPF/CNPJ:	08.842.588/0001-32

Banco:	756 - BANCO SICOOB 0000000 - 02038232
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	3076 / 00000029915-4
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	JUCIMAR GIRARDELLO DE FREITAS
CPF/CNPJ:	023.263.049-69
Valor:	R$ 450,00
Valor da tarifa:	R$ 0,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	88-PAGAMENTO FORNECEDORES
Histórico:	

Data de débito:	23/06/2025
Data / Hora da operação:	23/06/2025 15:03:22

Código da operação: 19344148

Chave de segurança: JP57AZ6J4VGX1E7L

CPF'S autorizadores:	037.885.939-03
	033.450.239-03

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: Jucimar Girardello de Freitas
Matrícula: 4928.3
N.º do Empenho da Liberação de Diárias: _____/_____

2. Destino do Servidor Beneficiário

Destino: Curitiba - Pr
Data de Saída: 23/06/2025
Data de Chegada: 24/06/2025

3. Justificativa

Transporte de paciente(s) e acompanhante(s) para o Hospital de Olhos, Hospital do trabalhador.

4. Valores Solicitados

Número de Diárias: 1, ½ diária
Valor Unitário da Diária: R$ 300,00
Valor Total das Diárias: R$ 450,00

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, 04/07/2025.

_____
Jucimar Girardello de Freitas
Motorista

_____
Lidiane M. Faversani
Diretora do Departamento de Saúde