



# 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

002915/2025 Ordinário

DATA EMISSÃO

22.07.25

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 LUCAS RODRIGO ECKER 073.969.959-81 05324  
ENDEREÇO BOM SUCESSO DO SUL 0 BOM SUCESSO DO SU CIDADE BOM SUCESSO DO SUL PR

| LICITAÇÃO          | NÚMERO | CONVÊNIO | CONTRATO | EMIÇÃO | VENCIMENTO |
|--------------------|--------|----------|----------|--------|------------|
| Dispensa por Limit |        |          |          |        |            |

| VALOR ORÇADO | SALDO ANTERIOR | VALOR DO EMPENHO | SALDO ATUAL |
|--------------|----------------|------------------|-------------|
| 36.000,00    | 2.325,00       | 450,00           | 1.875,00    |

| QUANT.               | ESPECIFICAÇÃO                                                                                                                                                                                                                                        | VALOR TOTAL |
|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 1,00                 | Refere-se a despesa com 1 e 12 diárias de viagem, para Curitiba-PR, a serviço do Departamento Municipal de Saúde, com veículo oficial, para transporte de pacientes aos seguintes Hospitais: Menino Deus, do Trabalhador e ao Hospital das Clínicas. | 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    |

| ORDEN DE PAGAMENTO                                                                                                    | RECIBO R\$                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PAGUE-SE AO FAVORECIDO O VALOR ACIMA ESPECIFICADO, PROVENIENTE DESTA NOTA DE EMPENHO.<br>23 DE 07 DE 25<br>TESOURARIA | 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.<br>DE DE<br>CREDOR |

| BANCO                    | ANOTAÇÕES |
|--------------------------|-----------|
| Nº CHEQUE<br>Nº DA CONTA |           |

# 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 1 e 1/2 diárias de viagem, para Curitiba-PR, a serviço do Departamento Municipal de Saúde, com veículo oficial, para transporte de pacientes aos seguintes Hospitais: Menino Deus, do Trabalhador e ao Hospital das Clínicas.

Bom Sucesso do Sul, 23 de julho de 2025.

---

LUCAS RODRIGO ECKER  
CPF/MF 073.969.959-81



# 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 382, DE 22 DE JULHO DE 2025.

**Conceder diária de viagem ao servidor Lucas Rodrigo Ecker.**

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 Lucas Rodrigo Ecker, ocupante do cargo efetivo de motorista, matrícula nº 589-4/1, 01 e ½ (uma e meia) diárias de viagem, para os dias 22 e 23 de julho de 2025, a serviço do Departamento Municipal de Saúde, para a Cidade de Curitiba – PR, com veículo oficial, transporte de paciente até o Hospital Menino Deus e Hospital das Clínicas.**

**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 22 de julho 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, 21 de julho de 2025

**SOLICITAÇÃO DE VIAGEM**

**DADOS DO SOLICITANTE**

Nome: Lucas Rodrigo Ecker

Matrícula: 5894.1

Órgão de Lotação: Departamento de Saúde

Cargo: Motorista

Banco: Sicoob

Agência: 4340

Conta: 1793845

**PACIENTES E ACOMPANHANTES:**

Tatiane Dzwielewski; Laura Dzwielewski Menegaz; Izadora Beatriz Ballan;  
Maria Grazieli Mackiewicz; Iurdes Stadnik; Suelen Stadnik

**DADOS DA VIAGEM**

Data da Viagem: saída dia 22/07 às 07h00 e retorno no dia 23/07 às 18h00.

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 do trabalhador; Hospital Menino Deus e Hospital das Clínicas.

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, 21/07/25.

Assinatura do solicitante: \_\_\_\_\_

( ) Autorizado ( ) Não-autorizado

Prefeito Municipal, Maico Diogo Faversani

Secretaria Mun. Bom Sucesso do Sul

Lidiane de Mello Faversani  
Diretora de Saúde  
Matrícula: 366-2/6

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>   | 00602 / 2200 / 000575848107-2           |
| <b>Tipo de conta:</b>  | 01 - Conta Corrente                     |
| <b>Tipo de pessoa:</b> | JURÍDICA                                |
| <b>Nome:</b>           | FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE BOM SUCESSO |
| <b>CPF/CNPJ:</b>       | 08.842.588/0001-32                      |

|                                   |                                        |
|-----------------------------------|----------------------------------------|
| <b>Banco:</b>                     | 756 - BANCO SICOOB 00000000 - 02038232 |
| <b>Tipo de conta:</b>             | 01 - Conta Corrente                    |
| <b>Conta destino:</b>             | 4340 / 00000179384-5                   |
| <b>Tipo de pessoa:</b>            | FÍSICA                                 |
| <b>Nome:</b>                      | LUCAS RODRIGO ECKER                    |
| <b>CPF/CNPJ:</b>                  | 073.969.959-81                         |
| <b>Valor:</b>                     | R\$ 450,00                             |
| <b>Valor da tarifa:</b>           | R\$ 0,00                               |
| <b>Finalidade:</b>                | 10 - Crédito em Conta                  |
| <b>Identificação da operação:</b> | 88-PAGAMENTO FRNECEDORES               |
| <b>Histórico:</b>                 |                                        |

|                                 |                     |
|---------------------------------|---------------------|
| <b>Data de débito:</b>          | 23/07/2025          |
| <b>Data / Hora da operação:</b> | 23/07/2025 10:07:02 |

|                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| <b>Código da operação:</b> | 90387203         |
| <b>Chave de segurança:</b> | M3829CPX86TWGAPU |

|                             |                |
|-----------------------------|----------------|
| <b>CPF'S autorizadores:</b> | 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:** Lucas Rodrigo Ecker

**Matrícula:** 5894.1

**N.º do Empenho da Liberação de Diárias:** \_\_\_\_/\_\_\_\_

**2. Destino do Servidor Beneficiário**

**Destino:** Curitiba – Pr

**Data de Saída:** 22/07/2025

**Data de Chegada:** 23/07/2025

**3. Justificativa**

Transporte de paciente(s) e acompanhante(s) para Hospital Menino Deus, Hospital do Trabalhador, Hospital das Clínicas

**4. Valores Solicitados**

**Número de Diárias:** 1,1/2 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, 21/07/2025.

**Lucas Rodrigo Ecker**  
**Motorista**

Prefeitura Mun. Bom Sucesso do Sul

**Lidiane M. Faversani**  
**Diretora do Departamento de Saúde**

Lidiane do Mello Faversani  
Diretora Depto. de Saúde  
Matrícula: 5894.1