



# 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

004113/2025 Ordinário

DATA EMISSÃO

29.09.25

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 02025|02043  
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 | EMIÇÃO | VENCIMENTO |
|---------------|--------|----------|----------|--------|------------|
| Não se Aplica |        |          |          |        |            |

| VALOR ORÇADO | SALDO ANTERIOR | VALOR DO EMPENHO | SALDO ATUAL |
|--------------|----------------|------------------|-------------|
| 0,00         | 8.350,00       | 150,00           | 8.200,00    |

| QUANT.               | ESPECIFICAÇÃO                                                                                                                                                                                          | VALOR TOTAL |
|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 1,00                 | Refere-se a despesa com 1/2 diária de viagem, para Cascavel-PR a serviço do Departamento Municipal de Saúde, com veículo oficial, para transporte de paciente ao Hospital CEONC. (Resolução 1466/2024) | 150,00      |
| TOTAL DAS RETENÇÕES: |                                                                                                                                                                                                        |             |

| FONTE DE RECURSO                            | TOTAL LÍQUIDO |
|---------------------------------------------|---------------|
| 5358 Bloco Recurso Estadual - Custeio - Saú | 150,00        |

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>30 DE 09 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 \_\_\_\_ 150,00 \_\_\_\_  
VALOR LÍQUIDO \_\_\_\_ 150,00 \_\_\_\_

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\$= 150,00(Cento e cinquenta reais).

REFERENTE: a 1/2 diária de viagem, para Cascavel-PR, a serviço do Departamento Municipal de Saúde, com veículo oficial, para transporte de paciente ao Hospital CEONC.

Bom Sucesso do Sul, 30 de setembro de 2025.

---

JUCIMAR GIRARDELLO DE FREITAS  
CPF/MF 023.263.049-69



# 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 482, DE 29 DE SETEMBRO DE 2025.

**Conceder diária de viagem ao servidor Jucimar Girardello de Freitas.**

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 Jucimar Girardello de Freitas, ocupante do cargo efetivo de motorista, matrícula nº 492-8/3, ½ (meia) diária de viagem, para o dia 30 de setembro de 2025, a serviço do Departamento Municipal de Saúde, para a Cidade de Cascavel – PR, com veículo oficial, transporte de pacientes até CEONC.**

**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, aos 29(vinte e nove) dias do mês de setembro do ano 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, 26 de setembro de 2025

**SOLICITAÇÃO DE VIAGEM**

**DADOS DO SOLICITANTE**

Nome: Jucimar Girardello de Freitas  
Órgão de Lotação: Departamento de Saúde  
Banco: Sicoob Agência: 3076

Matrícula: 4928.3  
Cargo: Motorista  
Conta: 299154

**PACIENTES E ACOMPANHANTES:**

Jeferson Augustini

**DADOS DA VIAGEM**

Data da Viagem: saída dia 30/09 às 03:h00 e retorno no dia 30/09 às 19h00

Destino: Cascavel – PR;

Valor de diárias: 1/2 diária (R\$ 150,00);

Transporte utilizado: Veículo Oficial.

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

Órgãos/locais a serem visitados ou eventos: CEONC.

**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, 26/09/2025.

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

( ) Autorizado ( ) Não autorizado

Prefeito Municipal, Maico Diogo Faversani

Prefeitura Mun. Bom Sucesso do Sul

Lidiane de Mello Faversani  
Diretora Depto. de Saúde  
Matrícula: 200-275

Lidiane de M. Faversani

Secretária do Departamento de Saúde

DOC ou TED Eletrônico

Debitado

Agência 495-2  
Conta corrente 92381-8 FAF ESTADUAL CUSTEIO

Creditado

Banco 756 BANCO SICOOB S.A.  
Agência (sem DV) 3076 SICOOB NOROESTE SC  
Conta corrente (com DV) 299154  
CPF 023.263.049-69  
Nome favorecido JUCIMAR GIRARDELLO DE FREITAS  
Finalidade CREDITO EM CONTA  
Número documento 93.003  
Valor 150,00  
Destinação 0  
Data transferência 30/09/2025  
"C" - CNPJ diferente  
Autenticação SISBB 447D659F0707588F

|              |                                     |                     |
|--------------|-------------------------------------|---------------------|
| Assinada por | J1495885 LIDIANE DE MELLO FAVERSANI | 30/09/2025 15:46:03 |
|              | J1625122 MAICO DIOGO FAVERSANI      | 30/09/2025 16:09:49 |

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: J1625122 MAICO DIOGO FAVERSANI.

**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:** Cascavel - Pr

**Data de Saída:** 30/09/2025

**Data de Chegada:** 30/09/2025

**3. Justificativa**

Transporte de paciente(s) e acompanhante(s) para o CEONC.

**4. Valores Solicitados**

**Número de Diárias:** 1/2 diária

**Valor Unitário da Diária:** R\$ 300,00

**Valor Total das Diárias:** R\$ 150,00

**5. Locomoção**

**Veículo:** Veículo Oficial.

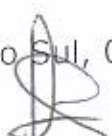
**Frota:** Departamento de Saúde

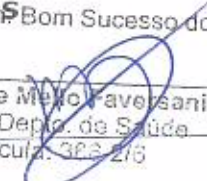
**6. Canhotos Comprovantes das Viagens de Ônibus ou Avião (colar)**

**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, 01/10/2025.

  
**Jucimar Girardello de Freitas**  
Motorista

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