



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
004782/2025 Ordinário

DATA EMISSÃO
04.11.25

ÓRGÃO 07 DEPARTAMENTO DE SAÚDE
UNIDADE 01 FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE 10.301.0007
DOTAÇÃO 10.301.0007.2015 ATIVIDADES OPERACIONAIS DO FUNDO MUNI
 3.3.90.14.14.02.00 SERVIDORES COMISSIONADOS **Nº CONTA** 00142|01331
CREADOR LIDIANE DE MELLO FAVERSANI 033.450.239-03 04354
ENDEREÇO RUA ATILIO PILONETTO 01 CENTRO **CIDADE** BOM SUCESSO DO SUL PR

LICITAÇÃO	NÚMERO	CONVENIO	CONTRATO	EMIÇÃO	VENCIMENTO
Não se Aplica					

VALOR ORÇADO	SALDO ANTERIOR	VALOR DO EMPENHO	SALDO ATUAL
60.000,00	52.475,00	600,00	51.875,00

QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	VALOR	VALOR TOTAL
1,00	Refere-se a despesa com 1 e 1/2 diárias de viagem para Curitiba-PR, a serviço do Departamento Municipal de Saúde, para participar da Reunião na Secretaria de Saúde do Paraná-SESA.	600,00	600,00
TOTAL DAS RETENÇÕES:			

FONTE DE RECURSO	TOTAL LÍQUIDO
303 SAÚDE/PERC.VINC.A RECEITA IMPOSTOS	600,00

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.

05 DE 11 DE 25

TESOURARIA

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 _____

CREDDOR

BANCO

Nº CHEQUE

Nº DA CONTA

ANOTAÇÕES

RECIBO

VALOR BRUTO 600,00
VALOR LÍQUIDO 600,00

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\$=600,00 (seiscentos reais).

REFERENTE: a 1 e ½ diárias de viagem para Curitiba-PR, a serviço do Departamento Municipal de Saúde, para participar da Reunião na Secretaria de Saúde do Paraná - SESA, sem veículo oficial.

Bom Sucesso do Sul, 05 de novembro de 2025.

LIDIANE DE MELLO FAVERSANI
CPF/MF 033.450.239-03



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 529, DE 04 DE NOVEMBRO DE 2025.

Concede diária a servidora municipal.

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 Lidiane de Mello Faversani**, ocupante do cargo comissionado de Diretora do Departamento de Saúde, matrícula nº 366-2/6, 01 e ½ (uma e meia) diárias de viagem, para os dias 04 e 05 de novembro de 2025, para a Cidade de Curitiba – PR., onde irá participar de reunião na Secretária de Saúde - SESA.

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 04 de novembro de 2025.

MAICO DIOGO

FAVERSANI:0378859

3903

Assinado de forma digital por

MAICO DIOGO

FAVERSANI:03788593903

Dados: 2025.11.04 15:37:05 -03'00'

**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, 04 de novembro de 2025

SOLICITAÇÃO DE VIAGEM

DADOS DO SOLICITANTE

Nome: Lidiane de Mello Faversani Matrícula: 3662.6
Órgão de Lotação: Departamento de Saúde Cargo: Diretor de Saude
Banco: Sicred Agencia: 0740 Conta: 27820-3

PACIENTES E ACOMPANHANTES:

DADOS DA VIAGEM

Data da Viagem: saída dia 04/11 às ^{12h} 18h00 e retorno no dia 05/11 às 21h00.
Destino: Curitiba – PR;
Valor de diárias: 1 diária (Rs 400,00);
Transporte utilizado: Veículo Oficial.
Finalidade da viagem: Transporte de paciente(s) e acompanhante(s);
Órgãos/locais a serem visitados ou eventos: SESA - PR.

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: Lidiane Faversani

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

Maico Diogo Faversani
Prefeito Municipal de Bom Sucesso do Sul

529

Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	00602 / 3703 / 000575216953-0
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:	748 - BCO COOPERATIVO SICREDI S.A. 0000000 - 01181521
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	0740 / 00000027820-3
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	LIDIANE DE MELLO FAVERSANI
CPF/CNPJ:	033.450.239-03
Valor:	R\$ 600,00
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	LIDIANE FAVERSANI DIARIA
Histórico:	

Data de débito:	05/11/2025
Data / Hora da operação:	05/11/2025 16:54:28

Código da operação:	27188255
Chave de segurança:	J70RZ42X36RH5360

CPF'S autorizadores:	033.450.239-03
	037.885.939-03

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: Lidiane de Mello Faversoni

Matrícula: 3662.6

N.º do Empenho da Liberação de Diárias: ____ / ____

2. Destino do Servidor Beneficiário

Destino: Curitiba - Pr

Data de Saída: 04/11/2025

Data de Chegada: 05/11/2025

3. Justificativa

Transporte de paciente(s) e acompanhante(s) para o SESA - PR.

4. Valores Solicitados

Número de Diárias: 1, ½ diárias

Valor Unitário da Diária: R\$ 400,00

Valor Total das Diárias: R\$ 600,00

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, 12/12/2025.

Prefeitura Mun. de Bom Sucesso do Sul

Lidiane M. Faversoni de Mello Faversoni
Diretora do Departamento de Saúde
Matrícula: 3662.6