



# 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  
004873/2025 Ordinário

DATA EMISSÃO  
10.11.25

ORGÃO 07 DEPARTAMENTO DE SAÚDE  
 UNIDADE 01 FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE 10.301.0007  
 DOTAÇÃO 10.301.0007.2015 ATIVIDADES OPERACIONAIS DO FUNDO MUNI Nº CONTA  
 3.3.90.14.14.01.00 SERVIDORES EFETIVOS 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	EMISSÃO	VENCIMENTO
Não se Aplica					

VALOR ORÇADO	SALDO ANTERIOR	VALOR DO EMPENHO	SALDO ATUAL
0,00	3.250,00	450,00	2.800,00

QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	VALOR	VALOR TOTAL
1,00	Refere-se a despesa com 1 e 1/2 diária de viagem, para Campo Largo-PR, a serviço do Departamento Municipal de Saúde, para transporte de pacientes ao Hospital do Centro, com veículo oficial (Resolução 1466/2024).	450,00	450,00
TOTAL DAS RETENÇÕES:			

FONTE DE RECURSO	TOTAL LÍQUIDO	VALOR
5358 Bloco Recurso Estadual - Custeio - Saú		450,00

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
--	---	--

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

11 DE 11 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 Campo Largo- PR, a serviço do Departamento Municipal de Saúde, para transporte de pacientes ao Hospital do Centro, com veículo oficial.

Bom Sucesso do Sul, 11 de novembro de 2025.

\_\_\_\_\_  
JUCIMAR GIRARDELLO DE FREITAS  
CPF: 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 536, DE 10 DE NOVEMBRO 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, 01 e ½ (uma e meia) diárias de viagem, para os dias 13 e 14 de novembro de 2025, a serviço do Departamento Municipal de Saúde, para a Cidade de Campo Largo – PR, com veículo oficial, transporte de pacientes até o Hospital do Centro.**

**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 10(dez) dias do mês de novembro 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, 07 de novembro de 2025

**SOLICITAÇÃO DE VIAGEM**

**DADOS DO SOLICITANTE**

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

**PACIENTES E ACOMPANHANTES:**

Valtair Gromnicki; Ingridi Fernanda de Bona; Ana Ivete Hladczuk;  
Camylla Laurindo da Silva; Maria Vitoria Ciszewski; Salete Gemi

**DADOS DA VIAGEM**

Data da Viagem: saída dia 13/11 às 13:h00 e retorno no dia 14/11 às 21h00  
Destino: Campo Largo – 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 Centro.

**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, 07/11/2025.

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

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

Prefeitura Mun. Bom Sucesso do Sul

\_\_\_\_\_  
Lidiane de Mello Favversani  
Diretora Depto. de Saúde  
Lidiane de M. Favversani  
Secretária do Departamento de Saúde



---

**DOC ou TED Eletrônico**

## Debitado

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

## Creditado

Banco 756 BANCO SICCOOB S.A.  
Agência (sem DV) 3076 SICCOOB NOROESTE SC  
Conta corrente (com DV) 299154  
CPF 023.263.049-69  
Nome favorecido JUCIMAR GIRARDELLO DE FREITAS  
Finalidade CREDITO EM CONTA  
Número documento 111.101  
Valor 450,00  
Destinação 0  
Data transferência 11/11/2025  
"C" - CNPJ diferente  
Autenticação SISBB 00B5B93986BC5E51

---

Assinada por	J1495885 LIDIANE DE MELLO FAVERSANI	11/11/2025 15:39:53
	J1625122 MAICO DIOGO FAVERSANI	11/11/2025 15:55:06

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:** Curitiba - Pr

**Data de Saída:** 13/11/2025

**Data de Chegada:** 14/11/2025

**3. Justificativa**

Transporte de paciente(s) e acompanhante(s) para o Hospital do Centro

**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, 12/12/2025.

\_\_\_\_\_  
**Jucimar Girardello de Freitas**  
Motorista

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

Prefeitura Mun. de Bom Sucesso do Sul

Lidiane de Vilhena Faversoni  
Diretora do Depto. de Saúde  
Matrícula: 244.471