



# 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

005390/2025 Ordinário

DATA EMISSÃO

05.12.25

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

VALOR ORÇADO	SALDO ANTERIOR	VALOR DO EMPENHO	SALDO ATUAL
36.000,00	35.600,00	150,00	35.450,00

QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	VALOR	VALOR TOTAL
1,00	Refere-se a despesa com 1/2 diária de viagem, para cidade de Guaraniaçu-PR, a serviço do Departamento Municipal de Saúde, com veículo oficial, para transporte de paciente ao Hospital Santo Antônio.	150,00	150,00
TOTAL DAS RETENÇÕES:			


FONTE DE RECURSO	TOTAL LÍQUIDO	VALOR
494 Bloco de Custeio das Ações e Serviços		150,00

NOME DO PROJETO/ATIVIDADE

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

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

09 DE 12 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 \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**CREDOR**

BANCO  
 Nº CHEQUE  
 Nº DA CONTA

ANOTAÇÕES

# 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 a cidade de Guaraniaçu-PR, a serviço do Departamento Municipal de Saúde, com veículo oficial, para transporte de paciente ao Hospital Santo Antônio.

Bom Sucesso do Sul, 09 de dezembro de 2025.

---

JUCIMAR GIRARDELLO DE FREITAS  
CPF/MF 023.263.049-69

## 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>	3076 / 00000029915-4
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	JUCIMAR GIRARDELLO DE FREITAS
<b>CPF/CNPJ:</b>	023.263.049-69
<b>Valor:</b>	R\$ 150,00
<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>	09/12/2025
<b>Data / Hora da operação:</b>	09/12/2025 16:39:47

<b>Código da operação:</b>	46475682
<b>Chave de segurança:</b>	L7UPSLVVA2HXGVPC

<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:** Jucimar Girardello de Freitas

**Matrícula:** 4928.3

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

**2. Destino do Servidor Beneficiário**

**Destino:** Guaraniaçu - Pr

**Data de Saída:** 09/12/2025

**Data de Chegada:** 09/12/2025

**3. Justificativa**

Transporte de paciente(s) e acompanhante(s) para o Hospital Santo Antônio.

**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, 29/01/2026.

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

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

\_\_\_\_\_  
Prefeitura Municipal de Bom Sucesso do Sul  
Lidiane M. Faversani  
Diretora do Depto. de Saúde  
Matr. nº 4928.366 2/7