



# 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  
001539/2026 Ordinário

DATA EMISSÃO  
17.04.26

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 00145|00733  
 CREDOR DIONATAN FERNANDO FERREIRA 095.212.399-13 05513  
 ENDEREÇO AV PADRE IVO ZOLET SN 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
65.000,00	47.925,00	150,00	47.775,00

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

FUNTE 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.

23 DE \_\_\_\_\_ DE 26

**TESOURÁRIA**

**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 \_\_\_ 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 Guarapuava-PR, a serviço do Departamento Municipal de Saúde, com veículo oficial, para transporte de paciente ao Hospital Regional do Centro-Oeste.

Bom Sucesso do Sul, 23 de abril de 2026.

---

DIONATAN FERNANDO FERREIRA  
CPF/MF 095.212.399-13



# 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 151, DE 22 DE ABRIL DE 2026.

Conceder diária de viagem ao  
servidor Dionatan Fernando  
Ferreira.


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 **Dionatan Fernando Ferreira, ocupante do cargo efetivo de motorista, matrícula nº 751-0/1**, ½ (meia) diária de viagem, retroativo ao dia 21 de abril de 2026, a serviço do Departamento Municipal de Saúde, para a Cidade de Guarapuava - PR, com veículo oficial, transporte de pacientes até o Hospital Regional do Centro-Oeste.

**Art. 2º** Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, retroagindo seus efeitos a 21 de abril de 2026.

Gabinete do Prefeito do Município de Bom Sucesso do Sul, Estado do Paraná, aos 22 dias do mês de abril do ano de 2026.

  
**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, 22 de abril de 2026

**SOLICITAÇÃO DE VIAGEM**

**DADOS DO SOLICITANTE**

Nome: Dionatan Fernando Ferreira  
Órgão de Lotação: Departamento de Saúde  
Banco: Sicoob Agência: 3076

Matrícula: 7510.1  
Cargo: Motorista  
Conta: 621412

**PACIENTES E ACOMPANHANTES:**

Alta Hospitalar Trindade Goz dos Santos

**DADOS DA VIAGEM**

Data da Viagem: saída dia 21/04 às 17:h10 e retorno no dia 21/04 às 23h25

Destino: Guarapuava – PR

Valor de diárias: 1/2 diária;

Transporte utilizado: Veículo Oficial.

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

Órgãos/locais a serem visitados ou eventos: Hospital Regional do Centro Oeste.

**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: \_\_\_\_\_.

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

  
\_\_\_\_\_  
Lidiane de Mello Faversani  
Secretária do Departamento de Saúde  
Matrícula: 360 211

151

## 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 0000000 - 02038232
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	3076 / 00000062141-2
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	DIONATAN FERNANDO FERREIRA
<b>CPF/CNPJ:</b>	095.212.399-13
<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>	95-PAGAMENTO PRESTADOR M
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	23/04/2026
<b>Data / Hora da operação:</b>	23/04/2026 11:25:18

<b>Código da operação:</b>	44511345
<b>Chave de segurança:</b>	U6TQZ8XEP3313KGJ

<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:** Dionatan Fernando Ferreira

**Matrícula:** 7510.1

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

**2. Destino do Servidor Beneficiário**

**Destino:** Guarapuava – PR

**Data de Saída:** 21/04/2026

**Data de Chegada:** 21/04/2026

**3. Justificativa**

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

**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)**

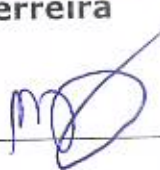
**7. Certificado ou documento que comprove participação em evento de interesse público ou o serviço prestado, se for o caso (colar).**

É o Relatório.

Bom Sucesso do Sul, 05/05/2026.



Dionatan Fernando Ferreira  
Motorista

  
Lidiane M. Faversoni

Diretora do Departamento de Saúde