



# 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  
001796/2026 Ordinário

DATA EMISSÃO  
28.04.26

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 WILSON JUNIOR PERONDI 048.011.319-05 05414  
 ENDEREÇO RUA PADRE IVO ANTONIO ZOLET 739 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
65.000,00	46.875,00	150,00	46.725,00

QUANT.	ESPECIFICAÇÃO		VALOR TOTAL
1,00	Refere-se a despesa com 1/2 diária de viagem, para a cidade de Céu Azul-PR, a serviço do Departamento Municipal de Saúde, com veículo oficial, para transporte de pacientes até o Hospital Bom Samaritano.	150,00	150,00
TOTAL DAS RETENÇÕES:			

FONTE DE RECURSO	TOTAL LÍQUIDO	
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>MAÍCO DIOGO FAVERSONI</b> PREFEITO MUNICIPAL
---	--	---

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

30 DE 04 DE 26

**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 \_\_\_

Recbi 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 Céu Azul-PR, a serviço do Departamento Municipal de Saúde, com veículo oficial, para transporte de pacientes ao Hospital Bom Samaritano.

Bom Sucesso do Sul, 30 de abril de 2026.

---

WILSON JÚNIOR PERONDI  
CPF/MF 048.011.319-05



# 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 163, DE 29 DE ABRIL DE 2026.

**Conceder diária de viagem ao servidor Wilson Junior Perondi.**

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 Wilson Junior Perondi, ocupante do cargo de motorista, matrícula nº 684-0/1, ½ (meia) diária de viagem, retroativo ao dia 28 de abril de 2026, com veículo oficial, até a cidade de Céu Azul - PR, a serviço do Departamento Municipal de Saúde, para transporte de pacientes até o Hospital Bom Samaritano.

**Art. 2º** Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, retroagindo seus efeitos a 28 de abril de 2026.

Gabinete do Prefeito do Município de Bom Sucesso do Sul, Estado do Paraná, em 29 de abril 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, 28 de abril de 2026

**SOLICITAÇÃO DE VIAGEM**

**DADOS DO SOLICITANTE**

Nome: Wilson Junior Perondi

Matrícula: 6840.1

Órgão de Lotação: Departamento de Saúde

Cargo: Motorista

Banco: Nubank

Agência: 0001

Conta: 337184342

**PACIENTES E ACOMPANHANTES:**

Cleide de Oliveira Bolsoni; Maria Lourdes Dalponte Zanela; Maria Ivanir  
Buenos de Quadros

**DADOS DA VIAGEM**

Data da Viagem: saída dia 28/04 às 08h00 e retorno no dia 28/04 às 20h00.

Destino: Céu Azul - 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 Bom Samaritano.

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, 28/04/2026.

Assinatura do solicitante: Wilson Junior Perondi.

( ) Autorizado ( ) Não autorizado

Prefeito Municipal, Maico Diogo Faversani

  
Prefeitura Municipal de Bom Sucesso do Sul  
Lidiane de Mello Faversani  
Diretora do Departamento de Saúde

200

## 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>	260 - NU PAGAMENTOS S.A. 00000000 - 18236120
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0001 / 00033718434-2
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	WILSON JUNIOR PERONDI
<b>CPF/CNPJ:</b>	048.011.319-05
<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>	30/04/2026
<b>Data / Hora da operação:</b>	30/04/2026 10:51:52

<b>Código da operação:</b>	67502085
<b>Chave de segurança:</b>	72Q0T75SJQ5T6K1G

<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:** Wilson Junior Perondi

**Matrícula:** 6840.1

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

**2. Destino do Servidor Beneficiário**

**Destino:** Céu Azul – PR

**Data de Saída:** 28/04/2026

**Data de Chegada:** 28/04/2026

**3. Justificativa**

Transporte de paciente(s) e acompanhante(s) para o Hospital Bom Samaritano.

**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.



Wilson Junior Perondi  
Motorista

  
Lidiane M. Faversoni  
Diretora do Departamento de Saúde