



# 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

001833/2026 Ordinário

DATA EMISSÃO

30.04.26

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 00145100733  
CREDOR MARCOS CESAR PILONETO 077.507.809-39 05591  
ENDEREÇO BOM SUCESSO DO SUL 0 BOM SUCESSO DO SU 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    | 45.325,00      | 150,00           | 45.175,00   |

| QUANT.               | ESPECIFICAÇÃO                                                                                                                                                                                          | 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 do Centro-Oeste. | 150,00      |
| TOTAL DAS RETENÇÕES: |                                                                                                                                                                                                        |             |

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

NOME DO PROJETO/ATIVIDADE

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

| ORDEN DE PAGAMENTO                                                                                                            | RECIBO R\$                                                                                                                                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PAGUE-SE AO FAVORECIDO O VALOR ACIMA ESPECIFICADO, PROVENIENTE DESTA NOTA DE EMPENHO.<br><br>30 DE 04 DE 26<br><br>TESOURARIA | 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.<br><br>____ DE ____ DE ____<br>CREDOR |

| BANCO                    | ANOTAÇÕES |
|--------------------------|-----------|
| Nº CHEQUE<br>Nº DA CONTA |           |

# 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, 14 de maio de 2026.

---

MARCOS CÉSAR PILONETO  
CPF/MF 077.507.809-39



# 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 184, DE 13 DE MAIO DE 2026.

**Conceder diária de viagem ao servidor Marcos Cesar Pilonetto.**

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 Marcos Cesar Pilonetto, ocupante do cargo efetivo de motorista, matrícula nº 645-9/1, ½ (meia) diária de viagem, retroativo ao dia 03 de maio de 2026, a serviço do Departamento Municipal de Saúde, para a Cidade de Guarapuava – PR, com veículo oficial, transporte de pacientes com alta hospitalar - Hospital Regional do Centro-Oeste.**

**Art. 2º** Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, retroagindo seus efeitos a 03 de maio de 2026.

Gabinete do Prefeito do Município de Bom Sucesso do Sul, Estado do Paraná, aos 13(treze) dias do mês de maio 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, 12 de maio de 2026

**SOLICITAÇÃO DE VIAGEM**

**DADOS DO SOLICITANTE**

Nome: Marcos Cesar Pilonetto Matrícula: 6459.1  
Órgão de Lotação: Departamento de Saúde Cargo: Motorista  
Banco: Cresol Agência: 1543 Conta: 67920

**PACIENTES E ACOMPANHANTES:**

Alta Hospitalar Nelson Luiz Pilonetto

**DADOS DA VIAGEM**

Data da Viagem: saída dia 03/05 às 08:h30 e retorno no dia 03/05 às 16h00

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 M. Faversani  
Secretária do Departamento de Saúde

184

## 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>                     | 133 - CRESOL CONFEDERACAO 0000000 - 10398952 |
| <b>Tipo de conta:</b>             | 01 - Conta Corrente                          |
| <b>Conta destino:</b>             | 1543 / 00000006792-0                         |
| <b>Tipo de pessoa:</b>            | FÍSICA                                       |
| <b>Nome:</b>                      | MARCOS CESAR PILONETO                        |
| <b>CPF/CNPJ:</b>                  | 077.507.809-39                               |
| <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>          | 14/05/2026          |
| <b>Data / Hora da operação:</b> | 14/05/2026 08:42:50 |

|                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| <b>Código da operação:</b> | 22739221         |
| <b>Chave de segurança:</b> | 0KEWUHTY4JPH5C4J |

|                             |                |
|-----------------------------|----------------|
| <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:** Marcos Cesar Pilonetto

**Matrícula:** 6459.1

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

**2. Destino do Servidor Beneficiário**

**Destino:** Guarapuava – PR;

**Data de Saída:** 03/05/2026

**Data de Chegada:** 03/05/2026

**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, 01/06/2026.

  
**Marcos Cesar Pilonetto**  
Motorista

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