



# 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

001830/2026 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 00145|00733  
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    | 45.825,00      | 300,00           | 45.525,00   |

| QUANT.               | ESPECIFICAÇÃO                                                                                                                                                                                        |        | VALOR TOTAL |
|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-------------|
| 1,00                 | Refere-se a despesa com 1 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. | 300,00 | 300,00      |
| TOTAL DAS RETENÇÕES: |                                                                                                                                                                                                      |        |             |

| FONTE DE RECURSO                          | TOTAL LÍQUIDO |
|-------------------------------------------|---------------|
| 494 Bloco de Custeio das Ações e Serviços | 300,00        |

NOME DO PROJETO/ATIVIDADE

| EMITIDO                       | VISTO                                                                                                   | AUTORIZO A DESPESA                                                                                             |
|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ANDRIELE CRISTINA SCHLICKMANN | <br>MATEUS DALLAGNOL | <br>MAICO DIOGO FAVERSANI |
| CONTADORA                     | DIRETOR DEPTO. FINANÇAS                                                                                 | 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 \_\_\_\_ 300,00 \_\_\_\_  
VALOR LÍQUIDO \_\_\_\_ 300,00 \_\_\_\_

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\$=300,00 (trezentos reais).

REFERENTE: a 1 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, 06 de maio de 2026.

---

MARCOS CÉSAR PILONETO  
CPF/MF 077.507.809-39

**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:** 30/04/2026

**Data de Chegada:** 01/05/2026

**3. Justificativa**

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

**4. Valores Solicitados**

**Número de Diárias:** 1 diária

**Valor Unitário da Diária:** R\$ 300,00

**Valor Total das Diárias:** R\$ 300,00

**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.



**Marcos Cesar Pilonetto**  
**Motorista**

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