



# 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  
000388/2026 Ordinário

DATA EMISSÃO  
04.02.26

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 WILSON JUNIOR PERONDI 048.011.319-05 05414  
ENDEREÇO RUA PADRE IVO ANTONIO ZOLET 739 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    | 61.550,00      | 150,00           | 61.400,00   |

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

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

05 DE 02 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 \_\_\_

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, 05 de fevereiro 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 045, DE 04 DE FEVEREIRO 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, para o dia 05 de fevereiro de 2026, com veículo oficial, até a cidade de Guarapuava – PR, a serviço do Departamento Municipal de Saúde, para transporte de paciente até o Hospital Regional do Centro Oeste.

**Art. 2º** Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Gabinete do Prefeito do Município de Bom Sucesso do Sul, Estado do Paraná, em 04 de fevereiro 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, 03 de fevereiro de 2025

### 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:

Cristiano Lemos

#### DADOS DA VIAGEM

Data da Viagem: saída dia 05/02 às 05h00 e retorno no dia 05/02 às 17h00.

Destino: Guarapuava - PR;

Valor de diárias: 1/2 diária (R\$ 150,00);

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.

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, 03/02/2026.

Assinatura do solicitante: Wilson Junior Perondi

( ) Autorizado ( ) Não autorizado

Prefeito Municipal, Maico Diogo Faversani

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

Diretora do Departamento de Saúde

045

## 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. 0000000 - 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 MU                   |
| <b>Histórico:</b>                 |   |

|                                 |                     |
|---------------------------------|---------------------|
| <b>Data de débito:</b>          | 05/02/2026          |
| <b>Data / Hora da operação:</b> | 05/02/2026 10:46:44 |

|                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| <b>Código da operação:</b> | 68308252         |
| <b>Chave de segurança:</b> | Z911TS3W6A36HSCR |

|                             |                |
|-----------------------------|----------------|
| <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:** Guarapuava – PR

**Data de Saída:** 05/02/2026

**Data de Chegada:** 05/02/2026

**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, 12/03/2026.



**Wilson Junior Perondi**  
Motorista

  
Prefeitura Mun. de Bom Sucesso do Sul  
**Lidiane M. Faversani** de Melo Faversani  
Diretora do Departamento de Saúde  
**Diretora do Departamento de Saúde**