



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

000450/2026 Ordinário

DATA EMISSÃO

06.02.26

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 00145|00733
CREDOR ADILSON JOSE RAMOS 039.739.419-55 05621
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 | 61.100,00 | 150,00 | 60.950,00 |

| 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 de Guarapuava. | 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

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

| ORDEM DE PAGAMENTO | RECIBO R\$ |
|---|---|
| PAGUE-SE AO FAVORECIDO O VALOR ACIMA ESPECIFICADO, PROVENIENTE DESTA NOTA DE EMPENHO. 18 DE 02 DE 26 TESOURARIA | 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 | ANOTAÇÕES |
|--------------------------|-----------|
| Nº CHEQUE 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 de Guarapuava.

Bom Sucesso do Sul, 12 de fevereiro de 2026.

ADILSON JOSÉ RAMOS
CPF/MF 039.739.419-55



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 053, DE 09 DE FEVEREIRO DE 2026.

**Conceder diária de viagem ao
servidor Adilson José Ramos.**

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 Adilson José Ramos, ocupante do cargo de motorista, matrícula nº 777-3/1, ½ (meia) diária de viagem, retroativo ao dia 08 e 09 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, retroagindo seus efeitos ao dia 08 de fevereiro de 2026.

Gabinete do Prefeito do Município de Bom Sucesso do Sul, Estado do Paraná,
em 09 de fevereiro de 2026.


MAICO DIÓGO FAVERSANI
PREFEITO



MUNICÍPIO DE BOM SUCESSO DO SUL – PR
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CNPJ 08.842.588/0001-32

Bom Sucesso do Sul, 05 de fevereiro de 2026

SOLICITAÇÃO DE VIAGEM

DADOS DO SOLICITANTE

Nome: Adilson José Ramos

Matrícula: 7773.1

Órgão de Lotação: Departamento de Saúde

Cargo: Motorista

Banco: Sicoob

Agência: 3076

Conta: 613665

PACIENTES E ACOMPANHANTES:

Retorno Hospital Daiane Pinheiro Figueiró

DADOS DA VIAGEM

Data da Viagem: saída dia 08/02 às 17:h00 e retorno no dia 09/02 às 02h00

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.

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

Prefeitura Mun. de Bom Sucesso do Sul

Lidiane de M. Faversani
Diretora do Depto. de Saúde

Secretária do Departamento de Saúde

53

Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

| | |
|------------------------|---|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 00602 / 2200 / 000575848107-2 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE BOM SUCESSO |
| CPF/CNPJ: | 08.842.588/0001-32 |

| | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|
| Banco: | 756 - BANCO SICOOB 0000000 - 02038232 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Conta destino: | 3076 / 00000063752-1 |
| Tipo de pessoa: | FÍSICA |
| Nome: | ADILSON JOSE RAMOS |
| CPF/CNPJ: | 039.739.419-55 |
| Valor: | R\$ 150,00 |
| Valor da tarifa: | R\$ 0,00 |
| Finalidade: | 10 - Crédito em Conta |
| Identificação da operação: | 95-PAGAMENTO PRESTADOR M |
| Histórico: | |

| | |
|---------------------------------|---------------------|
| Data de débito: | 18/02/2026 |
| Data / Hora da operação: | 18/02/2026 11:25:01 |

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 63858596 |
| Chave de segurança: | W10QANGQEW1WUS1T |

| | |
|-----------------------------|----------------|
| CPF'S autorizadores: | 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: Adilson José Ramos

Matrícula: 7773.1

N.º do Empenho da Liberação de Diárias: ____/____

2. Destino do Servidor Beneficiário

Destino: Guarapuava – PR

Data de Saída: 08/02/2026

Data de Chegada: 09/02/2026

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.

Adilson José Ramos

Adilson José Ramos
Motorista

Prefeitura Mun. de Bom Sucesso do Sul
Lidiane de Mello Faversani
Diretora do Departamento de Saúde
Matrícula: 366 277

Lidiane M. Faversani
Diretora do Departamento de Saúde