



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
000542/2026 Ordinário

DATA EMISSÃO
11.02.26

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 JUCIMAR GIRARDELLO DE FREITAS 023.263.049-69 04450
 ENDEREÇO RUA CÂNDIDO MERLO 101 CENTRO CIDADE
 BOM SUCESSO DO SUL PR

LICITAÇÃO	NÚMERO	CONVÊNIO	CONTRATO	EMIÇÃO	VENCIMENTO
Dispensa por Limit					

VALOR ORÇADO	SALDO ANTERIOR	VALOR DO EMPENHO	SALDO ATUAL
65.000,00	60.400,00	150,00	60.250,00

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	150,00
TOTAL DAS RETENÇÕES:			

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

NOME DO PROJETO/ATIVIDADE

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

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

12 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, 12 de fevereiro de 2026.

JUCIMAR GIRARDELLO DE FREITAS
CPF/MF 023.263.049-69



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 057, DE 11 DE FEVEREIRO DE 2026.

Conceder diária de viagem ao servidor Jucimar Girardello de Freitas.

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 Jucimar Girardello de Freitas, ocupante do cargo efetivo de motorista, matrícula nº 492-8/3, ½ (meia) diária de viagem, para o dia 12 de fevereiro de 2026, a serviço do Departamento Municipal de Saúde, para a Cidade de Guarapuava – PR, com veículo oficial, 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, aos 11 (onze) dias do mês de fevereiro 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, 11 de fevereiro de 2026

SOLICITAÇÃO DE VIAGEM

DADOS DO SOLICITANTE

Nome: Jucimar Girardello de Freitas
Órgão de Lotação: Departamento de Saúde
Banco: Sicoob Agência: 3076

Matrícula: 4928.3
Cargo: Motorista
Conta: 299154

PACIENTES E ACOMPANHANTES:

Sebastião Antunes de Ramos

DADOS DA VIAGEM

Data da Viagem: saída dia 12/02 às 06:h30 e retorno no dia 12/02 às 17h00

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, 11/02/2026

Assinatura do solicitante: _____

() Autorizado () Não autorizado

Prefeito Municipal, Maico Diogo Faversani

Prefeitura Mun. de Bom Sucesso do Sul

Lidiane de Mello Faversani
Diretora do Depto. de Saúde

Lidiane de M. Faversani

Secretária do Departamento de Saúde

57

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 / 00000029915-4
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	JUCIMAR GIRARDELLO DE FREITAS
CPF/CNPJ:	023.263.049-69
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:	12/02/2026
Data / Hora da operação:	12/02/2026 14:38:34

Código da operação:	52023141
Chave de segurança:	UX69M6VMUEG14GKW

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: Jucimar Girardello de Freitas

Matrícula: 4928.3

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

2. Destino do Servidor Beneficiário

Destino: Guarapuava - Pr

Data de Saída: 12/02/2026

Data de Chegada: 12/02/2026

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.

Jucimar Girardello de Freitas
Motorista

Lidiane M. Faversani
Diretora do Departamento de Saúde

Prefeitura Mun. de Bom Sucesso do Sul
Lidiane de Mello Faversani
Departamento de Saúde
12/03/2026, 14:27