



# 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  
000826/2026 Ordinário

DATA EMISSÃO  
26.02.26

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 LUCAS RODRIGO ECKER 073.969.959-81 05324  
 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    | 58.900,00      | 150,00           | 58.750,00   |

| QUANT.               | ESPECIFICAÇÃO  |        | VALOR TOTAL |
|----------------------|--|--------|-------------|
| 1,00                 | Refere-se a despesa com 1/2 diária de viagem, para Ponta Grossa-PR, a serviço do Departamento Municipal de Saúde, com veículo oficial, para transporte de pacientes até a UROSAÚDE Clínica Médica. | 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

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

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

09 DE 03 DE 26

**TESOURARIA**

**RECIBO R\$**  
 DECLARO (AMOS) PARA OS DEVIDOS FINS, QUE RECEBI (EMOS) A IMPORTÂNCIA DESTES 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 Ponta Grossa-PR, a serviço do Departamento Municipal de Saúde, com veículo oficial, para transporte de pacientes até a UROSAÚDE Clínica Médica.

Bom Sucesso do Sul, 27 de fevereiro de 2026.

---

LUCAS RODRIGO ECKER  
CPF/MF 073.969.959-81



# 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 079, DE 26 DE FEVEREIRO DE 2026.

**Conceder diária de viagem ao servidor Lucas Rodrigo Ecker.**

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 Lucas Rodrigo Ecker, ocupante do cargo efetivo de motorista, matrícula nº 589-4/1, ½ (meia) diária de viagem, para o dia 26 de fevereiro de 2026, a serviço do Departamento Municipal de Saúde, para a Cidade de Ponta Grossa – PR, com veículo oficial, transporte de pacientes até a Clínica Médica Urosaúde.**

**Art. 2º** Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, retroagindo seus efeitos a 26 de fevereiro de 2026.

Gabinete do Prefeito do Município de Bom Sucesso do Sul, Estado do Paraná, aos 26(vinte e seis) dias do mês de fevereiro do ano de 2026.

  
**MAICO DÍOGO FAVERSANI**  
**PREFEITO**



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

**CNPJ 08.842.588/0001-32**

Bom Sucesso do Sul, 25 de fevereiro de 2026

**SOLICITAÇÃO DE VIAGEM**

**DADOS DO SOLICITANTE**

Nome: Lucas Rodrigo Ecker

Matrícula: 5894.1

Órgão de Lotação: Departamento de Saúde

Cargo: Motorista

Banco: Sicoob

Agência: 4340

Conta: 1793845

**PACIENTES E ACOMPANHANTES:**

Rodinei Pagnocelli; Darci Soares dos Santos; Clovis Portela

**DADOS DA VIAGEM**

Data da Viagem: saída dia 26/02 às 01:h00 e retorno no dia 26/02 às 19h00

Destino: Ponta Grossa – 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: Urosaúde.

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, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_.

Assinatura do solicitante: \_\_\_\_\_.

( ) Autorizado ( ) Não autorizado

Prefeito Municipal, Maico Diogo Faversani

\_\_\_\_\_  
Lidiane de Mello Faversani  
Diretora do Departamento de Saúde

*(Stamp: Prefeitura Municipal de Bom Sucesso do Sul, Lidiane de Mello Faversani, Diretora do Departamento de Saúde, Matrícula: 31117)*

## 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>                     | 756 - BANCO SICOOB 00000000 - 02038232 |
| <b>Tipo de conta:</b>             | 01 - Conta Corrente                    |
| <b>Conta destino:</b>             | 4340 / 00000179384-5                   |
| <b>Tipo de pessoa:</b>            | FÍSICA                                 |
| <b>Nome:</b>                      | LUCAS RODRIGO ECKER                    |
| <b>CPF/CNPJ:</b>                  | 000.969.959-81                         |
| <b>Valor:</b>                     | R\$ 150,00<br><i>073.</i>              |
| <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>          | 27/02/2026          |
| <b>Data / Hora da operação:</b> | 27/02/2026 15:51:42 |

  

|                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| <b>Código da operação:</b> | 13060316         |
| <b>Chave de segurança:</b> | 7U7L6G35WF1ZRH1A |

  

|                             |                |
|-----------------------------|----------------|
| <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

## 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>                     | 756 - BANCO SICOOB 00000000 - 02038232 |
| <b>Tipo de conta:</b>             | 01 - Conta Corrente                    |
| <b>Conta destino:</b>             | 4340 / 00000179384-5                   |
| <b>Tipo de pessoa:</b>            | FÍSICA                                 |
| <b>Nome:</b>                      | LUCAS RODRIGO ECKER                    |
| <b>CPF/CNPJ:</b>                  | 073.969.959-81                         |
| <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>          | 09/03/2026          |
| <b>Data / Hora da operação:</b> | 09/03/2026 16:08:03 |

|                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| <b>Código da operação:</b> | 81608134         |
| <b>Chave de segurança:</b> | YT6F157WHAP2AVWR |

|                             |                |
|-----------------------------|----------------|
| <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:** Lucas Rodrigo Ecker

**Matrícula:** 5894.1

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

**2. Destino do Servidor Beneficiário**

**Destino:** Ponta Grossa – PR;

**Data de Saída:** 26/02/2026

**Data de Chegada:** 26/02/2026

**3. Justificativa**

Transporte de paciente(s) e acompanhante(s) para o Urosaúde.

**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.

**Lucas Rodrigo Ecker**  
Motorista

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

Prefeitura Mun. de Bom Sucesso do Sul  
Lidiane M. Faversani  
Diretora do Depto. de Saúde  
Matrícula: 346 217