

**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

002438/2026 Ordinário

DATA EMISSÃO

08.06.26

ORGÃO 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 00144|01286
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
10.000,00	9.550,00	150,00	9.400,00

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

FONTE DE RECURSO	TOTAL LÍQUIDO
303 SAÚDE/PERC.VINC.A RECEITA IMPOSTOS	150,00

NOME DO PROJETO/ATIVIDADE

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

ORDEM DE PAGAMENTO	RECIBO R\$
PAGUE-SE AO FAVORECIDO O VALOR ACIMA ESPECIFICADO, PROVENIENTE DESTA NOTA DE EMPENHO. ____ DE ____ DE ____ 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 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, 10 de junho de 2026.



MARCOS CÉSAR PILONETO
CPF/MF 077.507.809-39



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 269, DE 09 DE JUNHO DE 2026.

**Conceder diária de viagem ao
servidor Marcos Cesar Pilonetto.**

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 Marcos Cesar Pilonetto, ocupante do cargo efetivo de motorista, matrícula nº 645-9/1, ½ (meia) diária de viagem, retroativo ao dia 08 de junho de 2026, a serviço do Departamento Municipal de Saúde, para a Cidade de Guarapuava – PR, com veículo oficial, transporte de pacientes com alta hospitalar - Hospital Regional do Centro-Oeste.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, retroagindo seus efeitos a 08 de junho de 2026.

Gabinete do Prefeito do Município de Bom Sucesso do Sul, Estado do Paraná, aos 09(nove) dias do mês de junho 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, 08 de junho de 2026

SOLICITAÇÃO DE VIAGEM

DADOS DO SOLICITANTE

Nome: Marcos Cesar Pilonetto Matrícula: 6459.1
Órgão de Lotação: Departamento de Saúde Cargo: Motorista
Banco: Cresol Agência: 1543 Conta: 67920

PACIENTES E ACOMPANHANTES:

Nicolau Novochadley, Jessica Novochadley

DADOS DA VIAGEM

Data da Viagem: saída dia 08/06 às 03:h00 e retorno no dia 08/06 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, ____/____/____.

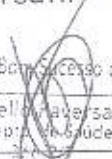
Assinatura do solicitante: 

☒ Autorizado () Não autorizado
Prefeito Municipal, Maico Diogo Faversani

Município de Bom Sucesso do Sul


MAICO DIOGO FAVERSANI
Prefeito

Município de Bom Sucesso do Sul


Lidiane de M. Faversani
Secretária do Departamento de Saúde

Lidiane de M. Faversani
Secretária do Departamento de Saúde

269

Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	00602 / 3703 / 000575216953-0
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:	133 - CRESOL CONFEDERACAO 0000000 - 10398952
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	1543 / 00000006792-0
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	MARCOS CESAR PILONETO
CPF/CNPJ:	077.507.809-39
Valor:	R\$ 150,00
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	MARCOS PILONETO DIARIA
Histórico:	

Data de débito:	10/06/2026
Data / Hora da operação:	10/06/2026 11:25:42

Código da operação:	72959774
Chave de segurança:	VJGNSHHWAZVNL2UH

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



MUNICÍPIO DE BOM SUCESSO DO SUL – PR
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CNPJ 08.842.588/0001-32

ANEXO IV
RELATÓRIO SIMPLIFICADO DE VIAGEM
TRANSPORTE SANITÁRIO / TFD

1. IDENTIFICAÇÃO DO MOTORISTA

Nome: Marcos Cesar Pilonetto
Cargo: Motorista
Matrícula: 6459.1

2. IDENTIFICAÇÃO DO VEÍCULO

Veículo: Chevrolet Spin
Placa: RCN-1J52

3. DADOS DA VIAGEM

Data da Viagem: 08/06/2026
Município(s) de Destino: Guarapuava - PR

Finalidade do Transporte:

- ☒ (X) Consulta Médica
- ☐ () Exame Especializado
- ☐ () Tratamento Oncológico
- ☐ () Hemodiálise
- ☐ () Internação Hospitalar
- ☐ () Alta Hospitalar
- ☐ () Transferência Hospitalar
- ☐ () Outros

Especificar: _____

4. HORÁRIOS

Saída da Garagem: 03:30
Retorno à Garagem: 17:00
Tempo Total de Afastamento: 13:30

5. TRANSPORTE DE PACIENTES

Quantidade de Pacientes Transportados: 1

Quantidade de Acompanhantes: 1

Observação:

Nos termos da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), é vedado registrar neste relatório nomes, diagnósticos ou quaisquer dados pessoais sensíveis dos pacientes transportados.

6. OCORRÊNCIAS DURANTE A VIAGEM

- ☒ (X) Sem Ocorrências
- ☐ () Houve atraso em razão de procedimento médico
- ☐ () Houve necessidade de permanência prolongada em unidade hospitalar
- ☐ () Houve emergência médica



MUNICÍPIO DE BOM SUCESSO DO SUL – PR

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CNPJ 08.842.588/0001-32

() Houve alteração de rota

() Outra ocorrência

Descrição: _____

7. ENQUADRAMENTO DA DIÁRIA

() Auxílio Deslocamento

(X) Meia Diária

() Diária Integral

() Diária Integral sem Pernoite (Art. 9º, §3º)

Justificativa (quando aplicável): _____

8. DECLARAÇÃO DO MOTORISTA

Declaro que as informações constantes neste relatório correspondem à efetiva execução do serviço público realizado.

Bom Sucesso do Sul – PR, ____ de _____ de ____.



Motorista

9. CONFERÊNCIA DA CHEFIA IMEDIATA

() Regular

() Regular com Ressalvas

() Irregular

Observações: _____

Bom Sucesso do Sul – PR, ____ de _____ de ____.



Prefeitura Mun. de Bom Sucesso do Sul
Lidianeide Mello Faversani
Secretaria de Saúde
Chefia Imediata


Município de Bom Sucesso do Sul
MARCO DIOGO FAVERSANI
Prefeito