



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

002485/2026 Ordinário

DATA EMISSÃO

15.06.26

ÓRGÃO 07 DEPARTAMENTO DE SAÚDE
UNIDADE 01 FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE 10.301.0007
DOTAÇÃO 10.301.0007.2015 ATIVIDADES OPERACIONAIS DO FUNDO MUNI
3.3.90.14.14.01.00 SERVIDORES EFETIVOS Nº CONTA 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	40.575,00	150,00	40.425,00

QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	VALOR TOTAL
1,00	Refere-se a despesa com 1/2 diária de viagem, para Cascavel-PR, a serviço do Departamento Municipal de Saúde, com veículo oficial, para transporte de paciente ao UNITON.	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	 MAÍCO DIOGO FAVERSANI PREFEITO MUNICIPAL

ORDEN DE PAGAMENTO	RECIBO R\$
PAGUE-SE AO FAVORECIDO O VALOR ACIMA ESPECIFICADO, PROVENIENTE DESTA NOTA DE EMPENHO. 16 DE 06 DE 26 TESOURARIA	DECLARO (AMOS) PARA OS DEVIDOS FINS, QUE RECEBI (EMOS) A IMPORTÂNCIA DESTE 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 Cascavel-PR, a serviço do Departamento Municipal de Saúde, com veículo oficial, para transporte de paciente ao UNITON.

Bom Sucesso do Sul, 16 de junho 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 274, DE 15 DE JUNHO 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, para o dia 15 de junho de 2026, com veículo oficial, até a cidade de Cascavel – PR, a serviço do Departamento Municipal de Saúde, para transporte de paciente até o UNITON.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, retroagindo seus efeitos a 15 de junho de 2026.

Gabinete do Prefeito do Município de Bom Sucesso do Sul, Estado do Paraná, aos 15 (quinze) dias de junho 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, 12 de junho 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: 637521

PACIENTES E ACOMPANHANTES:

Fernando Loff

DADOS DA VIAGEM

Data da Viagem: saída dia 15/06 às 04:h00 e retorno no dia 15/06 às 17h00

Destino: Cascavel – 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: UNITON.

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 Favversani

(Assinatura manuscrita)
Lidiane de M. Favversani
Secretária do Departamento de Saúde

Lidiane de M. Favversani
Secretária do Departamento de Saúde

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 SICCOB 00000000 - 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:	16/06/2026
Data / Hora da operação:	16/06/2026 12:11:45

Código da operação:	90920301
Chave de segurança:	EKMLY8MU2UY4U4M7

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: Adilson José Ramos

Cargo: Motorista

Matrícula: 7773.1

2. IDENTIFICAÇÃO DO VEÍCULO

Veículo: Chevrolet Spin

Placa: RCN-1J52

3. DADOS DA VIAGEM

Data da Viagem: 15/06/2026

Município(s) de Destino: Cascavel - 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: 04:00

Retorno à Garagem: 17:00

Tempo Total de Afastamento: 13:00

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 ____.



Chefia Imediata
Lidiane de Mello Faversani
Diretora do Depto. de Saúde
Matrícula: 366 277