

**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

002909/2026 Ordinário

DATA EMISSÃO

03.07.26

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 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	CONVENIO	CONTRATO	EMIÇÃO	VENCIMENTO
Não se Aplica					

VALOR ORÇADO	SALDO ANTERIOR	VALOR DO EMPENHO	SALDO ATUAL
65.000,00	38.385,00	525,00	37.860,00

QUANT.	ESPECIFICAÇÃO		VALOR TOTAL
1,00	Refere-se a despesa com 1 e 1/2 diárias de viagem, para Curitiba-PR, a serviço do Departamento Municipal de Saúde, com veículo oficial, para transporte de pacientes aos seguintes hospitais: Pequeno Príncipe, de Olhos do Paraná e Instituto Madalena Sofia.	525,00	525,00
TOTAL DAS RETENÇÕES:			

FONTE DE RECURSO	TOTAL LÍQUIDO
494 Bloco de Custeio das Ações e Serviços	525,00

NOME DO PROJETO/ATIVIDADE

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

ORDEM DE PAGAMENTO	RECIBO R\$
PAGUE-SE AO FAVORECIDO O VALOR ACIMA ESPECIFICADO, PROVENIENTE DESTA NOTA DE EMPENHO. 06 DE 07 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 Nº CHEQUE Nº DA CONTA	ANOTAÇÕES

RECIBO

VALOR BRUTO _____ 525,00 _____
VALOR LÍQUIDO _____ 525,00 _____

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\$= 525,00(quinhentos e vinte e cinco reais).

REFERENTE: a 1 e 1/2 diárias de viagem, para Curitiba-PR, a serviço do Departamento Municipal de Saúde, com veículo oficial, para transporte de pacientes aos seguintes hospitais: Pequeno Príncipe, de Olhos do Paraná e Instituto Madalena Sofia

Bom Sucesso do Sul, 06 de julho 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 310, DE 03 DE JULHO DE 2026.

**Conceder meia 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 1.790, de 19 de junho de 2026:

RESOLVE

Art. 1º Conceder ao servidor **Adilson José Ramos**, ocupante do cargo efetivo de **Motorista**, matrícula nº **777-3/1, 01 e ½ (uma e meia) diária de viagem**, para os dias **07 e 08 de julho de 2026**, em deslocamento à cidade de **Curitiba – PR**, com veículo oficial, a serviço do Departamento Municipal de Saúde, para realização de transporte de pacientes para tratamento fora do domicílio junto ao **Hospital Pequeno Príncipe, Instituto Madalena Sofia, Hospital de Olhos do Paraná**.

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 03 (três) dias do mês de julho 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

ANEXO II

SOLICITAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE DIÁRIA

1. IDENTIFICAÇÃO DO SOLICITANTE

Nome Completo: Adilson José Ramos
Cargo/Função: Motorista
Matrícula: 7773.1
Departamento: Saúde

Dados Bancários:

Banco: Sicoob

Agência: 3076

Conta: 637521

2. DADOS DA VIAGEM

Destino (Cidade/Estado): Curitiba - PR
Data de Saída: 07/07/2026
Horário de Saída: 03:30
Data de Retorno: 08/07/2026
Horário Previsto de Retorno: 18:00
Tempo estimado de afastamento: 38:30hrs
Meio de Transporte:
☒ Veículo Oficial
☐ Ônibus
☐ Avião
☐ Outro: _____
Placa do veículo oficial (quando aplicável): TAL-2C21

3. FINALIDADE DA VIAGEM

Hospital Pequeno Príncipe, Instituto Madalena Sofia, Hospital de Olhos do Paraná.

4. INTERESSE PÚBLICO ENVOLVIDO

Descrever objetivamente os benefícios esperados para a Administração Pública Municipal:

Transporte de pacientes para tratamento fora de domicílio.

5. EVENTO / REUNIÃO / ATIVIDADE

☐ Curso
☐ Capacitação
☐ Congresso
☐ Seminário
☐ Reunião Técnica
☐ Representação Oficial
☒ Transporte Sanitário
☐ Outra atividade institucional
Descrição: _____

310



MUNICÍPIO DE BOM SUCESSO DO SUL – PR

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CNPJ 08.842.588/0001-32

6. PERNOITE

- ☒ Sim
☐ Não

7. ENQUADRAMENTO DA DIÁRIA

- ☐ Auxílio Deslocamento (até 10 horas)
☐ Meia Diária (acima de 10 horas até 12 horas)
☒ Diária Integral
Quantidade: 1 e ½
Valor Unitário: R\$ 350,00
Valor Total: R\$ 525,00

8. DECLARAÇÃO DO SOLICITANTE

Declaro que as informações prestadas são verdadeiras, que o deslocamento atende ao interesse público e que apresentarei a prestação de contas no prazo legal de até 05 (cinco) dias úteis após o retorno, conforme legislação municipal. Bom Sucesso do Sul, 03 de julho de 2026.


Assinatura do Solicitante

9. PARECER DA CHEFIA IMEDIATA

- ☐ Favorável
☐ Desfavorável

Justificativa: _____

Data: ____/____/____


Assinatura da Chefia Imediata

10. AUTORIZAÇÃO DA AUTORIDADE COMPETENTE

- ☒ Autorizado
☐ Não Autorizado
Valor autorizado: R\$ _____
Data: ____/____/____


Município de Bom Sucesso do Sul
MAÍCO DIOGO FAVERSANI
Prefeito
Autoridade Competente

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\$ 525,00
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	95-PAGAMENTO PRESTADOR M
Histórico:	

Data de débito:	06/07/2026
Data / Hora da operação:	06/07/2026 14:48:36

Código da operação:	88619891
Chave de segurança:	5NZ99ZKJWCH1WT0L

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: Ford Transit
Placa: TAL-2C21

3. DADOS DA VIAGEM

Data da Viagem: 07/07/2026
Data de Retorno: 08/07/2026
Município(s) de Destino: Curitiba - 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: 18:00
Tempo Total de Afastamento: 38:30

5. TRANSPORTE DE PACIENTES

Quantidade de Pacientes Transportados: 3
Quantidade de Acompanhantes: 0

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



MUNICÍPIO DE BOM SUCESSO DO SUL – PR

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CNPJ 08.842.588/0001-32

- ☐ Houve emergência médica
☐ Houve alteração de rota
☐ Outra ocorrência

Descrição: _____

7. ENQUADRAMENTO DA DIÁRIA

- ☐ Auxílio Deslocamento
☒ 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, 26 de agosto de 2016.

Prefeito Municipal de Bom Sucesso

Liliane de Melo Fagundes
Diretora do Departamento de Saúde
Chefia Imediata