



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

002910/2026 Ordinário

DATA EMISSÃO

03.07.26

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 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
65.000,00	37.860,00	150,00	37.710,00

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 Hospital de Olhos Prime.	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

ANDRIELE CRISTINA SCHLICKMANN

CONTADORA

VISTO

MATEUS DALLAGNOL

DIRETOR DEPTO. FINANÇAS

AUTORIZO A DESPESA

MAICO DIOGO FAVERSANI

PREFEITO MUNICIPAL

ORDEM DE PAGAMENTO

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

06 DE 07 DE 26

TESOURARIA

RECIBO R\$

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

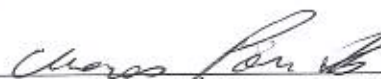
RECIBO

VALOR BRUTO _____ 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 Hospital de Olhos Prime.

Bom Sucesso do Sul, 06 de julho 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 307, DE 03 DE JULHO DE 2026.

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

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**, para o dia **03 de julho de 2026**, em deslocamento à cidade de **Cascavel – 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 de Olhos Prime**.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, retroagindo seus efeitos ao dia 03 de julho de 2026.

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: Marcos Cesar Pilonetto
Cargo/Função: Motorista
Matrícula: 6459.1
Departamento: Saúde

Dados Bancários:

Banco: Cresol

Agência: 1543

Conta: 67920

2. DADOS DA VIAGEM

Destino (Cidade/Estado): Cascavel - PR
Data de Saída: 03/07/2026
Horário de Saída: 04:00
Data de Retorno: 03/07/2026
Horário Previsto de Retorno: 15:00
Tempo estimado de afastamento: 11:00hrs
Meio de Transporte:
☒ Veículo Oficial
☐ Ônibus
☐ Avião
☐ Outro: _____
Placa do veículo oficial (quando aplicável): RCN-1J52

3. FINALIDADE DA VIAGEM

Hospital de Olhos Prime.

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: _____

307



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:

Valor Unitário: R\$ 300,00

Valor Total: R\$ 150,00

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.

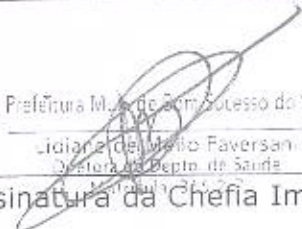

Assinatura do Solicitante

9. PARECER DA CHEFIA IMEDIATA

- ☒ Favorável
☐ Desfavorável

Justificativa: _____

Data: ____/____/____


Prefeitura Municipal de Bom Sucesso do Sul
Lidianeide de Mello Faversani
Diretora do Depto. de Saúde
Assinatura da Chefia Imediata

10. AUTORIZAÇÃO DA AUTORIDADE COMPETENTE

- ☒ Autorizado
☐ Não Autorizado
Valor autorizado: R\$ 150,00
Data: ____/____/____


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



Comprovante de transferência eletrônica

Gerenciador Financeiro CAIXA

ível

Tipo de TED:	TED pa rceiros
Conta origem:	00602 / 200 / 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:	133 - CRESOL CONFEDERACAO 00000000 - 10398952
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	1513 / 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:	95-PAGAMENTO PRESTADOR M
Histórico:	

Data de débito:	06/07/2026
Data / Hora da operação:	06/07/2026 14:49:13

Código da operação:	88970745
Chave de segurança:	4VRSRPRE5YZKYZFY

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
Atô 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: 03/07/2026
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: 15:00
Tempo Total de Afastamento: 11:00

5. TRANSPORTE DE PACIENTES

Quantidade de Pacientes Transportados: 2

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

(X) Regular

() Regular com Ressalvas

() Irregular

Observações: _____

Bom Sucesso do Sul – PR, 26 de agosto de 20.

Prefeitura Mun. de Bom Sucesso do Sul
Lidiane de Fátima Faverani
Diretora do Departamento de Saúde
Chefia Imediata