

**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

002983/2026 Ordinário

DATA EMISSÃO

10.07.26

ÓRGÃO 07 DEPARTAMENTO DE SAÚDE
UNIDADE 01 FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE 10.301.0007
DOTAÇÃO 10.301.0007.2015 ATIVIDADES OPERACIONAIS DO FUNDO MUNI Nº CONTA
3.3.90.14.14.02.00 SERVIDORES COMISSIONADOS 00145|01320
CREDOR LUCAS CAMPOS DE ALMEIDA 115.456.459-22 05183
ENDEREÇO Rua Primo Zanotto 175 São Pedro 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	35.905,00	1.400,00	34.505,00

QUANT.	ESPECIFICAÇÃO		VALOR TOTAL
1,00	Refere-se a despesa com 04 diárias de viagem, para Porto Alegre-RS, sem veículo oficial, a serviço do Departamento Municipal da Saúde, para participar do XXXIX Congresso do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde.	1.400,00	1.400,00
TOTAL DAS RETENÇÕES:			

FORTE DE RECURSO	TOTAL LÍQUIDO
494 Bloco de Custeio das Ações e Serviços	1.400,00

NOME DO PROJETO/ATIVIDADE

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

ORDEN DE PAGAMENTO

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

13 DE 07 DE 26
TESOURARIA

RECIBO R\$

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 ____ 1.400,00 ____
VALOR LÍQUIDO ____ 1.400,00 ____

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\$=1.400,00 (um mil e quatrocentos reais).

REFERENTE: a 04 diárias de viagem, para Porto Alegre - RS, sem veículo oficial, a serviço do Departamento Municipal da Saúde, para participar do XXXIX Congresso do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde.

Bom Sucesso do Sul, 13 de julho de 2026.

LUCAS CAMPOS DE ALMEIDA
CPF/MF 115.456.459-22



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 339, DE 10 DE JULHO DE 2026.

**Conceder meia diária de
viagem ao servidor
Lucas Campos de Almeida.**

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 **Lucas Campos de Almeida**, ocupante do cargo em comissão de Chefe da Divisão de Saúde, matrícula nº 590-8/4, **04(quatro) diárias de viagem**, para os dias **11, 12, 13 14 e 15 de julho de 2026**, em deslocamento à cidade de **Porto Alegre - RS**, a serviço do Departamento Municipal de Saúde, para participação **XXXIX Congresso do Conselho nacional de Secretarias Municipais de Saúde**.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, retroagindo seus efeitos ao dia 11 de julho de 2026.

Gabinete do Prefeito do Município de Bom Sucesso do Sul, Estado do Paraná, aos 10(dez) dias do mês de julho do ano de 2026.


MATCO DIOGO FAVERSANI
PREFEITO

Apostilamento:

Na Sumula:

Onde se lê: meia diária

Leia-se : 04 (quatro) diárias



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: Lucas Campos de Almeida
Cargo/Função: Chefe da Divisão de Saúde
Matrícula: 5908.3
Departamento: Saúde

Dados Bancários:

Banco: Sicred

Agência: 0740

Conta: 03524-7

2. DADOS DA VIAGEM

Destino (Cidade/Estado): Porto Alegre - RS
Data de Saída: 11/07/2026
Horário de Saída: 05:00
Data de Retorno: 15/07/2026
Horário Previsto de Retorno: 22:00
Tempo estimado de afastamento: 4 dias e 17 horas
Meio de Transporte:
☐ Veículo Oficial
☒ Ônibus
☐ Avião
☐ Outro: _____
Placa do veículo oficial (quando aplicável): _____

3. FINALIDADE DA VIAGEM

XXXIX Congresso do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde.

4. INTERESSE PÚBLICO ENVOLVIDO

Descrever objetivamente os benefícios esperados para a Administração Pública Municipal:

Atualização dos conhecimentos do servidor, permitindo a aplicação de novas práticas na Secretaria Municipal de Saúde.

5. EVENTO / REUNIÃO / ATIVIDADE

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



MUNICÍPIO DE BOM SUCESSO DO SUL – PR

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CNPJ 08.842.588/0001-32

6. PERNOITE

- (X) Sim
() Não

7. ENQUADRAMENTO DA DIÁRIA

- () Auxílio Deslocamento (até 10 horas)
() Meia Diária (acima de 10 horas até 12 horas)
(X) Diária Integral

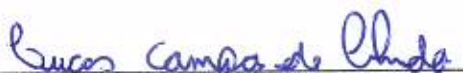
Quantidade: 4

Valor Unitário: R\$ 350,00

Valor Total: R\$ 1.400,00

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, 10 de julho de 2026.


Assinatura do Solicitante

9. PARECER DA CHEFIA IMEDIATA

- (X) Favorável
() Desfavorável

Justificativa: _____

Data: ____/____/____


Assinatura da Chefia Imediata

10. AUTORIZAÇÃO DA AUTORIDADE COMPETENTE

- (X) Autorizado
() Não Autorizado

Valor autorizado: R\$

Data: ____/____/____

1.400,00
Município de Bom Sucesso do Sul


MANOEL 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:	748 - BCO COOPERATIVO SICREDI S.A. 00000000 - 01181521
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	0740 / 00000003524-7
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	LUCAS CAMPOS DE ALMEIDA
CPF/CNPJ:	115.456.459-22
Valor:	R\$ 1.400,00
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	95-PAGAMENTO PRESTADOR M
Histórico:	

Data de débito:	13/07/2026
Data / Hora da operação:	13/07/2026 11:50:53

Código da operação:	87868684
Chave de segurança:	1NSHCS4SN8X469SM

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 III

RELATÓRIO DE VIAGEM E PRESTAÇÃO DE CONTAS DE DIÁRIA

1. IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

Nome Completo: Lucas Campos de Almeida
Cargo/Função: Chefe da Divisão de Saúde
Matrícula: 5908.3
Departamento: Departamento de Saúde

2. DADOS DA VIAGEM

Destino: Porto Alegre - RS
Data de Saída: 11/07/2026
Horário de Saída: 05:00
Data de Retorno: 15/07/2026
Horário de Retorno: 22:00

3. DIÁRIA RECEBIDA

Tipo:
☐ Auxílio Deslocamento
☐ Meia Diária
☒ Diária Integral
Quantidade: 4
Valor Recebido: R\$ 1.400,00

4. RELATÓRIO DAS ATIVIDADES REALIZADAS

Descrever detalhadamente as atividades desenvolvidas:

XXXIX Congresso do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde.

5. RESULTADOS OBTIDOS

Descrever os resultados alcançados e os benefícios para a Administração Municipal:

Aprimoramento Técnico e Qualificação do Serviço: Adquiriu-se conhecimento atualizado na área de atuação, promovendo a capacitação do servidor para a execução das atividades administrativas e operacionais no município com maior eficiência e qualidade.

6. COMPROVAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO

Anexar, quando aplicável:

- ☒ Certificado
- ☐ Lista de Presença
- ☐ Declaração de Participação
- ☐ Convite Oficial
- ☐ Ata/Reunião
- ☐ Ordem de Serviço
- ☐ Comprovante de Atendimento



MUNICÍPIO DE BOM SUCESSO DO SUL – PR

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CNPJ 08.842.588/0001-32

() Outros

Especificar: _____

7. COMPROVANTES DE DESLOCAMENTO

() Bilhete de Passagem

() Cartão de Embarque

() Relatório de Veículo Oficial

() Comprovante de Pedágio

() Outros

Especificar: _____

8. DECLARAÇÃO

Declaro que a viagem foi realizada conforme autorizado, que as atividades descritas correspondem à realidade e que os documentos anexados comprovam o cumprimento da finalidade pública do deslocamento.

Bom Sucesso do Sul, 26 de agosto de 2026.

Bruno Campos de Almeida

Assinatura do Beneficiário

9. ANÁLISE DA CHEFIA IMEDIATA

☒ Prestação de Contas Aprovada

() Prestação de Contas Aprovada com Ressalvas

() Prestação de Contas Rejeitada

Observações: _____

Data: 26/08/2026


Prefeitura Mun. de Bom Sucesso do Sul
Chefia Imediata
Lidiane de Oliveira
Diretora do Depto. de Saúde
Matrícula: 366.217