

**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

003230/2026 Ordinário

DATA EMISSÃO

24.07.26

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  
3.3.90.14.14.01.00 SERVIDORES EFETIVOS 00145100733  
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    | 33.595,00      | 80,00            | 33.515,00   |

| QUANT.               | ESPECIFICAÇÃO                                                                                                                                                                                               |       | VALOR TOTAL |
|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------------|
| 1,00                 | Refere-se a despesa com 01 auxilio deslocamento para Clevelândia-PR, com veiculo oficial, a serviço do Departamento Municipal de Saúde, para transporte de pacientes à Associação Pro Saúde de Clevelândia. | 80,00 | 80,00       |
| TOTAL DAS RETENÇÕES: |                                                                                                                                                                                                             |       |             |

| FONTE DE RECURSO                          | TOTAL LÍQUIDO |
|-------------------------------------------|---------------|
| 494 Bloco de Custeio das Ações e Serviços | 80,00         |

NOME DO PROJETO/ATIVIDADE

| EMITIDO                                    | VISTO                                           | AUTORIZO A DESPESA                              |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| ANDRIELE CRISTINA SCHLICKMANN<br>CONTADORA | <br>MATEUS DALLAGNOL<br>DIRETOR DEPTO. FINANÇAS | <br>MARCO DIOGO FAVERSANI<br>PREFEITO MUNICIPAL |

| ORDEN DE PAGAMENTO                                                                                                            | RECIBO R\$                                                                                                                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PAGUE-SE AO FAVORECIDO O VALOR ACIMA ESPECIFICADO, PROVENIENTE DESTA NOTA DE EMPENHO.<br><br>27 DE 07 DE 26<br><br>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.<br>____ DE ____ DE ____<br>CREDOR |

| BANCO                    | ANOTAÇÕES |
|--------------------------|-----------|
| Nº CHEQUE<br>Nº DA CONTA |           |

# RECIBO

VALOR BRUTO \_\_\_\_ 80,00 \_\_\_\_  
VALOR LÍQUIDO \_\_\_\_ 80,00 \_\_\_\_

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\$= 80,00 (oitenta reais).

REFERENTE: a 01 auxílio deslocamento para Clevelândia-PR, com veículo oficial, a serviço do Departamento Municipal de Saúde, para transporte de pacientes à Associação Pro Saúde de Clevelândia

Bom Sucesso do Sul, 27 de julho de 2026.

  
\_\_\_\_\_  
MARCOS CESAR PILONETTO  
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 358, DE 24 DE JULHO DE 2026.

**Conceder auxílio  
deslocamento 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, 01 (um) auxílio-deslocamento de viagem**, para o dia **24 de julho de 2026**, em deslocamento à cidade de **Clevelândia - Pr**, com veículo oficial, a serviço do Departamento Municipal de Saúde, para realização de transporte de pacientes para tratamento fora do domicílio junto a Associação Pró Saúde de Clevelândia.

**Art. 2º** Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, retroagindo seus efeitos ao dia 24 de julho de 2026.

Gabinete do Prefeito do Município de Bom Sucesso do Sul, Estado do Paraná, aos 24 (vinte e quatro) 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): Clevelândia - PR  
Data de Saída: 24/07/2026  
Horário de Saída: 12:00  
Data de Retorno: 24/07/2026  
Horário Previsto de Retorno: 18:00  
Tempo estimado de afastamento: 06:00hrs  
Meio de Transporte:  
☒ Veículo Oficial  
☐ Ônibus  
☐ Avião  
☐ Outro: \_\_\_\_\_  
Placa do veículo oficial (quando aplicável): RCN-1J52

#### 3. FINALIDADE DA VIAGEM

Associação Pro Saúde de Clevelândia.

#### 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: \_\_\_\_\_



# 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\$

Valor Total: R\$ 80,00

### 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, 24 de julho de 2026.

  
Assinatura do Solicitante

### 9. PARECER DA CHEFIA IMEDIATA

- ☒ Favorável  
☐ Desfavorável

Justificativa: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

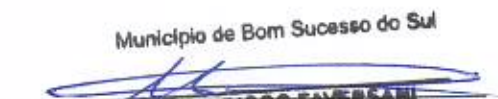
  
Assinatura da Chefia Imediata  
Profeitor Municipal de Bom Sucesso do Sul  
Diogenes Manoel Faversani  
Matrícula: 566.217

### 10. AUTORIZAÇÃO DA AUTORIDADE COMPETENTE

- ☒ Autorizado  
☐ Não Autorizado

Valor autorizado: R\$ 80,00

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Município de Bom Sucesso do Sul  
  
Autoridade Competente  
MAYCO DIOGO FAVERSANI  
Profeitor

## Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

|                        |                                         |
|------------------------|-----------------------------------------|
| <b>Tipo de TED:</b>    | TED para terceiros                      |
| <b>Conta origem:</b>   | 00602 / 2200 / 000575848107-2           |
| <b>Tipo de conta:</b>  | 01 - Conta Corrente                     |
| <b>Tipo de pessoa:</b> | JURÍDICA                                |
| <b>Nome:</b>           | FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE BOM SUCESSO |
| <b>CPF/CNPJ:</b>       | 08.842.588/0001-32                      |

|                                   |                                              |
|-----------------------------------|----------------------------------------------|
| <b>Banco:</b>                     | 133 - CRESOL CONFEDERACAO 0000000 - 10398952 |
| <b>Tipo de conta:</b>             | 01 - Conta Corrente                          |
| <b>Conta destino:</b>             | 1543 / 00000006792-0                         |
| <b>Tipo de pessoa:</b>            | FÍSICA                                       |
| <b>Nome:</b>                      | MARCOS CESAR PILONETO                        |
| <b>CPF/CNPJ:</b>                  | 077.507.809-39                               |
| <b>Valor:</b>                     | R\$ 80,00                                    |
| <b>Valor da tarifa:</b>           | R\$ 0,00                                     |
| <b>Finalidade:</b>                | 10 - Crédito em Conta                        |
| <b>Identificação da operação:</b> | 95-PAGAMENTO PRESTADOR M                     |
| <b>Histórico:</b>                 |                                              |

|                                 |                     |
|---------------------------------|---------------------|
| <b>Data de débito:</b>          | 27/07/2026          |
| <b>Data / Hora da operação:</b> | 27/07/2026 14:31:32 |

|                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| <b>Código da operação:</b> | 43902645         |
| <b>Chave de segurança:</b> | Y0AWMQHYLH2PE6EU |

|                             |                |
|-----------------------------|----------------|
| <b>CPF'S autorizadores:</b> | 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: 24/07/2026

Município(s) de Destino: Clevelândia - PR

Finalidade do Transporte:

☒ Consulta Médica

☐ Exame Especializado

☐ Tratamento Oncológico

☐ Hemodiálise

☐ Internação Hospitalar

☐ Alta Hospitalar

☐ Transferência Hospitalar

☐ Outros

Especificar: \_\_\_\_\_

##### 4. HORÁRIOS

Saída da Garagem: 12:00

Retorno à Garagem: 18:00

Tempo Total de Afastamento: 06:00

##### 5. TRANSPORTE DE PACIENTES

Quantidade de Pacientes Transportados: 2

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

☒ 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): Chamado

### 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 \_\_\_\_.

Chamado

**Motorista**

### 9. CONFERÊNCIA DA CHEFIA IMEDIATA

(X) Regular

( ) Regular com Ressalvas

( ) Irregular

Observações: \_\_\_\_\_

Bom Sucesso do Sul – PR, 06 de agosto de 26.

Chamado

**Chefia Imediata**