



# 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

003301/2026 Ordinário

DATA EMISSÃO

29.07.26

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 00145100733  
CREDOR JUCIMAR GIRARDELLO DE FREITAS 023.263.049-69 04450  
ENDEREÇO RUA CÂNDIDO MERLO 101 CENTRO CIDADE  
BOM SUCESSO DO SUL PR

| LICITAÇÃO     | NUMERO | CONVÊNIO | CONTRATO | EMIÇÃO | VENCIMENTO |
|---------------|--------|----------|----------|--------|------------|
| Não se Aplica |        |          |          |        |            |

| VALOR ORÇADO | SALDO ANTERIOR | VALOR DO EMPENHO | SALDO ATUAL |
|--------------|----------------|------------------|-------------|
| 65.000,00    | 33.215,00      | 350,00           | 32.865,00   |

| 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, para transporte de paciente ao Hospital das Mercês, com veículo oficial. | 350,00      |
| TOTAL DAS RETENÇÕES: |                                                                                                                                                                                            |             |

| FONTE DE RECURSO                          | TOTAL LÍQUIDO |
|-------------------------------------------|---------------|
| 494 Bloco de Custeio das Ações e Serviços | 350,00        |

NOME DO PROJETO/ATIVIDADE

| EMITIDO                                    | VISTO                                           | AUTORIZO A DESPESA                              |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| ANDRIELE CRISTINA SCHLICKMANN<br>CONTADORA | <br>MATEUS DALLAGNOL<br>DIRETOR DEPTO. FINANÇAS | <br>MAICO 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>30 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><br>____ DE ____ DE ____<br>CREDOR |

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

# RECIBO

VALOR BRUTO \_\_\_\_ 350,00 \_\_\_\_  
VALOR LÍQUIDO \_\_\_\_ 350,00 \_\_\_\_

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\$=350,00 (trezentos e cinquenta reais).

REFERENTE: a 1 diária de viagem para Curitiba - PR, a serviço do Departamento Municipal de Saúde, para transporte de paciente ao Hospital das Mercês, com veículo oficial.

Bom Sucesso do Sul, 30 de julho de 2026.



---

JUCIMAR GIRARDELLO DE FREITAS  
CPF/MF 023.263.049-69



# 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 370, DE 29 DE JULHO DE 2026.

**Conceder diária de viagem  
ao servidor  
Jucimar Girardello de  
Freitas.**

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 **Jucimar Girardello de Freitas**, ocupante do cargo efetivo de **Motorista**, matrícula nº 492-8/3, **1 (uma) diária de viagem**, para o dia **29 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 Mercês**.

**Art. 2º** Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, retroagindo seus efeitos ao dia 29 de julho de 2026.

Gabinete do Prefeito do Município de Bom Sucesso do Sul, Estado do Paraná, aos 29 (vinte e nove) 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: Jucimar Girardello de Freitas  
Cargo/Função: Motorista  
Matrícula: 4928.3  
Departamento: Saúde

#### Dados Bancários:

Banco: Sicoob

Agência: 3076

Conta: 299154

#### 2. DADOS DA VIAGEM

Destino (Cidade/Estado): Curitiba - PR  
Data de Saída: 29/07/2026  
Horário de Saída: 05:00  
Data de Retorno: 29/07/2026  
Horário Previsto de Retorno: 23:00  
Tempo estimado de afastamento: 18h00  
Meio de Transporte:

☒ (X) Veículo Oficial

☐ ( ) Ônibus

☐ ( ) Avião

☐ ( ) Outro: \_\_\_\_\_

Placa do veículo oficial (quando aplicável): TAL-2C21

#### 3. FINALIDADE DA VIAGEM

Hospital Mercês.

#### 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

☒ (X) 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: 1

Valor Unitário: R\$ 350,00

Valor Total: R\$ 350,00

**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, 28 de julho de 2026.

  
\_\_\_\_\_  
Assinatura do Solicitante

**9. PARECER DA CHEFIA IMEDIATA**

- ☒ Favorável  
☐ Desfavorável

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

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

  
\_\_\_\_\_  
Assinatura da Chefia Imediata

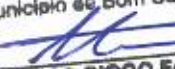
**10. AUTORIZAÇÃO DA AUTORIDADE COMPETENTE**

- ☒ Autorizado  
☐ Não Autorizado

Valor autorizado: R\$

350,00

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

  
\_\_\_\_\_  
MUNICÍPIO DE BOM SUCESSO DO SUL  
MAURO DIOGO FAVERSANI  
Prefeito  
Autoridade Competente

## Comprovante de agendamento 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>           | PR 410322 FMS CT SUSCUSTEIOSUS |
| <b>CPF/CNPJ:</b>       | 08.842.588/0001-32             |

|                                   |                                        |
|-----------------------------------|----------------------------------------|
| <b>Banco:</b>                     | 756 - BANCO SICOOB 00000000 - 02038232 |
| <b>Tipo de conta:</b>             | 01 - Conta Corrente                    |
| <b>Conta destino:</b>             | 3076 / 00000029915-4                   |
| <b>Tipo de pessoa:</b>            | FÍSICA                                 |
| <b>Nome:</b>                      | JUCIMAR GIRARDELLO DE FREITAS          |
| <b>CPF/CNPJ:</b>                  | 023.263.049-69                         |
| <b>Valor:</b>                     | R\$ 350,00                             |
| <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>          | 30/07/2026          |
| <b>Data / Hora da operação:</b> | 29/07/2026 17:32:02 |

|                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| <b>Código da operação:</b> | 91463681         |
| <b>Chave de segurança:</b> | TUX5JWA1JYPT0X4T |

|                             |                |
|-----------------------------|----------------|
| <b>CPF'S autorizadores:</b> | 037.885.939-03 |
|                             | 033.450.239-03 |

O agendamento poderá ser efetivado até as 17h, em dias úteis.

Caso não haja saldo disponível na data da transferência, a operação não será realizada.  
Agendamentos somente podem ser cancelados até o dia anterior a data programada.

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: Jucimar Girardello de Freitas

Cargo: Motorista

Matrícula: 4928.3

#### 2. IDENTIFICAÇÃO DO VEÍCULO

Veículo: Ford Transit

Placa: TAL-2C21

#### 3. DADOS DA VIAGEM

Data da Viagem: 29/07/2026

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: 05:00

Retorno à Garagem: 23:00

Tempo Total de Afastamento: 18:00

#### 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

(X) Regular

( ) Regular com Ressalvas

( ) Irregular

Observações: \_\_\_\_\_

Bom Sucesso do Sul – PR, 26 de agosto de 2026.

\_\_\_\_\_  
Chefia Imediata