



# 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

003303/2026 Ordinário

DATA EMISSÃO

29.07.26

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 00145|00733  
CREDOR WILSON JUNIOR PERONDI 048.011.319-05 05414  
ENDEREÇO RUA PADRE IVO ANTONIO ZOLET 739 CENTRO 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    | 32.715,00      | 150,00           | 32.565,00   |

| QUANT.               | ESPECIFICAÇÃO                                                                                                                                                                                       | VALOR TOTAL |
|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 1,00                 | Refere-se a despesa com 1/2 diária de viagem, para Guarapuava-PR, a serviço do Departamento Municipal de Saúde, com veículo oficial, para transporte de paciente ao Hospital Regional Centro Oeste. | 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                                    | VISTO                                           | AUTORIZO A DESPESA                              |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| ANDRIELE CRISTINA SCHLICKMANN<br>CONTADORA | <br>MATEUS DALLAGNOL<br>DIRETOR DEPTO. FINANÇAS | <br>MAÍCO 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><br>CREDOR |

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

# 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 Guarapuava-PR, a serviço do Departamento Municipal de Saúde, com veículo oficial, para transporte de paciente ao Hospital Regional do Centro Oeste.

Bom Sucesso do Sul, 30 de julho de 2026.

  
\_\_\_\_\_  
WILSON JÚNIOR PERONDI  
CPF/MF 048.011.319-05



# 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 373, DE 29 DE JULHO DE 2026.

**Conceder meia diária de  
viagem ao servidor  
Wilson Junior Perondi.**

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 **Wilson Junior Perondi**, ocupante do cargo efetivo de **Motorista**, matrícula nº **684-0/1**, **½ (meia) diária de viagem**, para o dia **30 de julho de 2026**, em deslocamento à cidade de **Guarapuava – 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 Regional do Centro-Oeste**.

**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 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: Wilson Junior Perondi  
Cargo/Função: Motorista  
Matrícula: 6840.1  
Departamento: Saúde

#### Dados Bancários:

Banco: Nubank

Agência: 0001

Conta: 337184342

#### 2. DADOS DA VIAGEM

Destino (Cidade/Estado): Guarapuava - PR  
Data de Saída: 30/07/2026  
Horário de Saída: 05:00  
Data de Retorno: 30/07/2026  
Horário Previsto de Retorno: 15:00  
Tempo estimado de afastamento: 10:00hrs  
Meio de Transporte:  
☒ (X) Veículo Oficial  
☐ ( ) Ônibus  
☐ ( ) Avião  
☐ ( ) Outro: \_\_\_\_\_  
Placa do veículo oficial (quando aplicável): TAL-2C21

#### 3. FINALIDADE DA VIAGEM

Hospital Regional do Centro Oeste.

#### 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:

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, 28 de julho de 2026.

*Wilson Perondi*

Assinatura do Solicitante

### 9. PARECER DA CHEFIA IMEDIATA

- ☒ Favorável  
☐ Desfavorável

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

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

*Imarco Digo Faversani*  
Presidente do Conselho Municipal de Saúde  
Assinatura da Chefia Imediata

### 10. AUTORIZAÇÃO DA AUTORIDADE COMPETENTE

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

Município de Bom Sucesso do Sul  
*Imarco Digo Faversani*  
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>                     | 260 - NU PAGAMENTOS S.A. 0000000 - 18236120 |
| <b>Tipo de conta:</b>             | 01 - Conta Corrente                         |
| <b>Conta destino:</b>             | 0001 / 00033718434-2                        |
| <b>Tipo de pessoa:</b>            | FÍSICA                                      |
| <b>Nome:</b>                      | WILSON JUNIOR PERONDI                       |
| <b>CPF/CNPJ:</b>                  | 048.011.319-05                              |
| <b>Valor:</b>                     | R\$ 150,00                                  |
| <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 17:31:39 |

|                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| <b>Código da operação:</b> | 91177209         |
| <b>Chave de segurança:</b> | XFAX9EU8LG1WVMPW |

|                             |                |
|-----------------------------|----------------|
| <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: Wilson Junior Perondi  
Cargo: Motorista  
Matrícula: 6840.1

##### 2. IDENTIFICAÇÃO DO VEÍCULO

Veículo: Ford Transit  
Placa: TAL-2C21

##### 3. DADOS DA VIAGEM

Data da Viagem: 30/07/2026  
Município(s) de Destino: Guarapuava - 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: 15:00  
Tempo Total de Afastamento: 10:00

##### 5. TRANSPORTE DE PACIENTES

Quantidade de Pacientes Transportados: 5  
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  
☐ ( ) 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, 17 de Agoto de 2026.

Wilson Jr Perondi

**Motorista**

### 9. CONFERÊNCIA DA CHEFIA IMEDIATA

☒ Regular

( ) Regular com Ressalvas

( ) Irregular

Observações: \_\_\_\_\_

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

Lidiane de Mello Faversani  
Pretoria Mun. de Bom Sucesso do Sul  
Secretaria Municipal de Saúde  
**Chefia Imediata**