

**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

003341/2026 Ordinário

DATA EMISSÃO

31.07.26

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 00144 01286
CREDOR JOARES TELLES DE RAMOS JUNIOR 062.708.949-64 03318
ENDEREÇO : . . CIDADE
PATO BRANCO PR

LICITAÇÃO	NÚMERO	CONVÊNIO	CONTRATO	EMIÇÃO	VENCIMENTO
Não se Aplica					

VALOR ORÇADO	SALDO ANTERIOR	VALOR DO EMPENHO	SALDO ATUAL
10.000,00	9.400,00	100,00	9.300,00

QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	VALOR TOTAL
1,00	Refere-se a despesa com 1/2 diária de viagem para Chapecó-SC, a serviço do Departamento Municipal de Saúde, para participar do curso: Conexão CNM - Gestão de Políticas Públicas Federais, com veículo oficial.	100,00
TOTAL DAS RETENÇÕES:		

FONTE DE RECURSO	TOTAL LÍQUIDO
303 SAÚDE/PERC.VINC.A RECEITA IMPOSTOS	100,00

NOME DO PROJETO/ATIVIDADE

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

ORDEM DE PAGAMENTO	RECIBO R\$
PAGUE-SE AO FAVORECIDO O VALOR ACIMA ESPECIFICADO, PROVENIENTE DESTA NOTA DE EMPENHO. 31 DE 07 DE 26 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. ____ DE ____ DE ____ CREDOR

BANCO	ANOTAÇÕES
Nº CHEQUE Nº DA CONTA	

RECIBO

VALOR BRUTO ____ 100,00 ____
VALOR LÍQUIDO ____ 100,00 ____

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\$= 100,00 (cem reais).

REFERENTE: a ½ diária de viagem para Chapecó-SC, a serviço do Departamento Municipal de Saúde, para participar do curso: Conexão CNM – Gestão de Políticas Públicas Federais, com veículo oficial.

Bom Sucesso do Sul, 31 de julho de 2026.



JOARES T. DE RAMOS JÚNIOR
CPF/MF 062.708.949-64



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 377, DE 31 DE JULHO DE 2026.

Conceder Diária de Viagem a servidores municipais.

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 aos servidores abaixo relacionadas diárias de viagem em razão do deslocamento à cidade de **Chapecó – SC**, a serviço da Administração Municipal, para participação do Curso: Conexão CNM – Gestão das políticas públicas federais.

Servidor	Cargo/Função	Data e horários	Quantidade	Transporte
Juliane Nunes da Silva Nesi	Nutricionista	31/07/2026 Saída: 05:00h Retorno: 21:00h	½ (meia) diária	Veículo Oficial
Andriele Cristina Schlickmann	Contadora	31/07/2026 Saída: 05:00h Retorno: 21:00h	½ (meia) diária	Veículo Oficial
Joares Telles de Ramos Junior	Cirurgião Dentista	31/07/2026 Saída: 05:00h Retorno: 21:00h	½ (meia) diária	Veículo Oficial
Talise Larise de Andrade Verneki	Assistente Administrativo	31/07/2026 Saída: 05:00h Retorno: 21:00h	½ (meia) diária	Veículo Oficial
Lidiane de Mello Faversani	Diretor de Saúde	31/07/2026 Saída: 05:00h Retorno: 21:00h	½ (meia) diária	Veículo Oficial

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, retroagindo seus efeitos ao dia 31 de julho de 2026.

Gabinete do Prefeito do Município de Bom Sucesso do Sul, Estado do Paraná, aos 31 (trinta e um) dias do mês de julho do ano de 2026.


MAÍCO 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: Joares Telles de Ramos Junior
Cargo/Função: Cirurgião Dentista
Matrícula: 4170.1
Departamento: Saúde

Dados Bancários:

Banco: Caixa Econômica Federal Agência: 0602 Conta: 596065196-0

2. DADOS DA VIAGEM

Destino (Cidade/Estado): Chapeco - SC
Data de Saída: 31/07/2026
Horário de Saída: 05:00
Data de Retorno: 31/07/2026
Horário Previsto de Retorno: 21:00
Tempo estimado de afastamento: 16:00hrs
Meio de Transporte:
(X) Veículo Oficial
() Ônibus
() Avião
() Outro: _____
Placa do veículo oficial (quando aplicável):

3. FINALIDADE DA VIAGEM

Gestão das políticas públicas federais: uso da plataforma Observa Políticas Públicas.

4. INTERESSE PÚBLICO ENVOLVIDO

Descrever objetivamente os benefícios esperados para a Administração Pública Municipal:

Aprimoramento Técnico e Qualificação do Serviço.

5. EVENTO / REUNIÃO / ATIVIDADE

(X) 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\$ 350,00

Valor Total: R\$ 175,00

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, 29 de julho de 2026.



Assinatura do Solicitante

9. PARECER DA CHEFIA IMEDIATA

- ☐ Favorável
☐ Desfavorável

Justificativa: _____

Data: ____/____/____



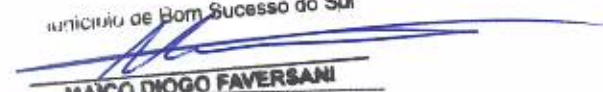
Assinatura da Chefia Imediata

10. AUTORIZAÇÃO DA AUTORIDADE COMPETENTE

- ☒ Autorizado
☐ Não Autorizado

Valor autorizado: R\$

Data: ____/____/____



MAICO DIOGO FAVERSANI
Autoridade Competente

Comprovante de transferência entre contas da CAIXA - TEV

Via Gerenciador Financeiro CAIXA

Emitente:	FUNDO MU SAUDE BSS 15
Conta origem:	0602 3703 000575216953-0
Conta destino:	0602 3701 000596065196-0

Nome destinatário:	JOARES TELLES DE RAMOS JUNIOR
Valor:	R\$ 100,00
Identificação da operação:	JOARES TELLES JUNIOR DIAR

Data de débito:	31/07/2026
Data/hora da operação:	31/07/2026 10:01:29

Código da operação:	04978204
Chave de segurança:	ZEARYYEJG08XFK08

CPF'S autorizadores:	037.885.939-03
	033.450.239-03

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: Joares Telles de Ramos Junior
Cargo/Função: Cirurgião Dentista
Matrícula: 4170.1
Departamento: Departamento de Saúde

2. DADOS DA VIAGEM

Destino: Chapeco - SC
Data de Saída: 31/07/2026
Horário de Saída: 05:00
Data de Retorno: 31/07/2026
Horário de Retorno: 16:00

3. DIÁRIA RECEBIDA

Tipo:
☐ Auxílio Deslocamento
☒ Meia Diária
☐ Diária Integral
Quantidade:
Valor Recebido: R\$ 175,00

4. RELATÓRIO DAS ATIVIDADES REALIZADAS

Descrever detalhadamente as atividades desenvolvidas:

Gestão das políticas públicas federais: uso da plataforma Observa Políticas Públicas.

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



MUNICÍPIO DE BOM SUCESSO DO SUL – PR

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CNPJ 08.842.588/0001-32

() Comprovante de Atendimento

() 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, ____ de _____ de ____.

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

Chefia Imediata