

# 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

003386/2026 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 00145100733

CREDOR ADILSON JOSE RAMOS

039.739.419-55

05621

ENDEREÇO BOM SUCESSO DO SUL 0 BOM SUCESSO DO SU

CIDADE

BOM SUCESSO DO SUL PR

LICITAÇÃO

NÚMERO

CONVENIO

CONTRATO

EMIÇÃO

VENCIMENTO

Não se Aplica

VALOR ORÇADO

65.000,00

SALDO ANTERIOR

31.955,00

VALOR DO EMPENHO

80,00

SALDO ATUAL

31.875,00

QUANT.

1,00

ESPECIFICAÇÃO

Refere-se a despesa com 01 auxilio deslocamento para Chopinzinho-PR, com veículo oficial, a serviço do Departamento Municipal de Saúde, para transporte de pacientes ao Hospital San Rafael.

80,00

VALOR TOTAL

80,00

TOTAL DAS RETENÇÕES:

FONTE DE RECURSO

494 Bloco de Custeio das Ações e Serviços

TOTAL LÍQUIDO

80,00

NOME DO PROJETO/ATIVIDADE

EMITIDO

ANDRIELE CRISTINA SCHLICKMANN

CONTADORA

VISTO

MATEUS DALLAGNOL

DIRETOR DEPTO. FINANÇAS

AUTORIZO A DESPESA

MAICO DIOGO FAVERSANI

PREFEITO MUNICIPAL

ORDEN DE PAGAMENTO

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

11 DE 08 DE 26

TESOURARIA

RECIBO

R\$

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

Nº CHEQUE

Nº DA CONTA

ANOTAÇÕES

# RECIBO

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

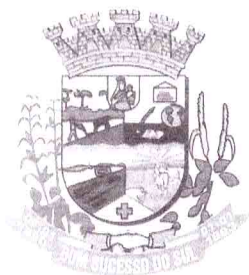
Recebi da Prefeitura Municipal de Bom Sucesso do Sul, Estado do Paraná, sita a Rua Cândido Merlo, 290, CNPJ 80.874.100/0001-86, o valor de R\$= 80,00 (oitenta reais).

REFERENTE: a 01 auxílio deslocamento para Chopinzinho-PR, com veículo oficial, a serviço do Departamento Municipal de Saúde, para transporte de pacientes ao Hospital San Rafael.

Bom Sucesso do Sul, 11 de agosto de 2026.

---

ADILSON JOSÉ RAMOS  
CPF: 039.739.419-55



# 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 394, DE 10 DE AGOSTO DE 2026.

**Conceder auxílio  
deslocamento ao servidor  
Adilson José Ramos.**

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 **Adilson José Ramos**, ocupante do cargo efetivo de **Motorista**, matrícula nº **777-3/1, 01 (um) auxílio-deslocamento de viagem**, retroativo ao dia **31 de julho de 2026**, em deslocamento à cidade de **Chopinzinho - 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 San Rafael.

**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 10 (dez) dias do mês de agosto do ano de 2026.

MAICO DIOGO  
FAVERSANI:037885  
93903

Assinado de forma digital por  
MAICO DIOGO  
FAVERSANI:03788593903  
Dados: 2026.08.10 11:58:44 -03'00'

**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: Adilson José Ramos  
Cargo/Função: Motorista  
Matrícula: 7773.1  
Departamento: Saúde

#### Dados Bancários:

Banco: Sicoob

Agência: 3076

Conta: 637521

#### 2. DADOS DA VIAGEM

Destino (Cidade/Estado): Chopinzinho - PR  
Data de Saída: 31/07/2026  
Horário de Saída: 14:00  
Data de Retorno: 31/07/2026  
Horário Previsto de Retorno: 19:00  
Meio de Transporte:  
(X) Veículo Oficial  
( ) Ônibus  
( ) Avião  
( ) Outro: \_\_\_\_\_  
Placa do veículo oficial (quando aplicável): SFK-5J30

#### 3. FINALIDADE DA VIAGEM

Hospital San Rafael.

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

#### 6. PERNOITE



# MUNICÍPIO DE BOM SUCESSO DO SUL – PR

## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CNPJ 08.842.588/0001-32

- ☐ 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\$ 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, 06 de agosto de 2026.

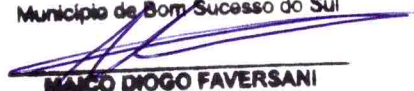
  
Assinatura do Solicitante

### 9. PARECER DA CHEFIA IMEDIATA

- ☒ Favorável  
☐ Desfavorável

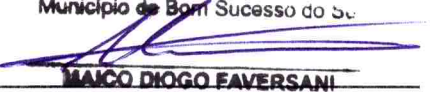
Justificativa: \_\_\_\_\_

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

Município de Bom Sucesso do Sul  
  
MAICO DIOGO FAVERSANI  
Prefeito  
Assinatura da Chefia Imediata

### 10. AUTORIZAÇÃO DA AUTORIDADE COMPETENTE

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

Município de Bom Sucesso do Sul  
  
MAICO DIOGO FAVERSANI  
Prefeito  
Autoridade Competente

## 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>                     | 756 - BANCO SICOOB 0000000 - 02038232 |
| <b>Tipo de conta:</b>             | 01 - Conta Corrente                   |
| <b>Conta destino:</b>             | 3076 / 00000063752-1                  |
| <b>Tipo de pessoa:</b>            | FÍSICA                                |
| <b>Nome:</b>                      | ADILSON JOSE RAMOS                    |
| <b>CPF/CNPJ:</b>                  | 039.739.419-55                        |
| <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>          | 12/08/2026          |
| <b>Data / Hora da operação:</b> | 12/08/2026 15:23:40 |

|                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| <b>Código da operação:</b> | 44724027         |
| <b>Chave de segurança:</b> | YJTWJCPWETSKTK67 |

|                             |                |
|-----------------------------|----------------|
| <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: Adilson José Ramos  
Cargo: Motorista  
Matrícula: 7773.1

**2. IDENTIFICAÇÃO DO VEÍCULO**

Veículo: Volkswagen Polo  
Placa: SFK-1J52

**3. DADOS DA VIAGEM**

Data da Viagem: 31/07/2026  
Município(s) de Destino: Chopinzinho - 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: 14:00  
Retorno à Garagem: 19:00

**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**

- ☒ (X) Sem Ocorrências  
☐ ( ) Houve atraso em razão de procedimento médico  
☐ ( ) Houve necessidade de permanência prolongada em unidade hospitalar  
☐ ( ) Houve emergência médica  
☐ ( ) Houve alteração de rota



# MUNICÍPIO DE BOM SUCESSO DO SUL – PR

## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CNPJ 08.842.588/0001-32

( ) 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 20.

Chefia Imediata