

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

003401/2026 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
3.3.90.14.14.01.00 SERVIDORES EFETIVOS Nº CONTA 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	CONVÊNIO	CONTRATO	EMIÇÃO	VENCIMENTO
Não se Aplica					

VALOR ORÇADO	SALDO ANTERIOR	VALOR DO EMPENHO	SALDO ATUAL
65.000,00	32.255,00	300,00	31.955,00

QUANT.	ESPECIFICAÇÃO		VALOR TOTAL
1,00	Refere-se a despesa com 1 diária de viagem, para Foz do Iguaçu-PR, a serviço do Departamento Municipal de Saúde, com veículo oficial, para transporte de pacientes ao Hospital Nossa Senhora Aparecida.	300,00	300,00
TOTAL DAS RETENÇÕES:			

FONTE DE RECURSO	TOTAL LÍQUIDO
494 Bloco de Custeio das Ações e Serviços	300,00

NOME DO PROJETO/ATIVIDADE

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

ORDEN DE PAGAMENTO	RECIBO R\$
PAGUE-SE AO FAVORECIDO O VALOR ACIMA ESPECIFICADO, PROVENIENTE DESTA NOTA DE EMPENHO. 05 DE 08 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	

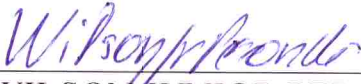
RECIBO

VALOR BRUTO ____ 300,00 ____
VALOR LÍQUIDO ____ 300,00 ____

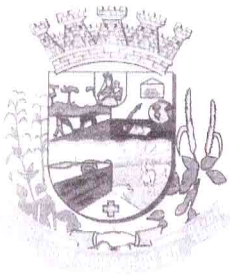
Recebi da Prefeitura Municipal de Bom Sucesso do Sul, Estado do Paraná, sita a Rua Cândido Merlo, 290, CNPJ 80.874.100/0001-86, o valor de R\$= 300,00(trezentos reais).

REFERENTE: a 1 diária de viagem, para Foz do Iguaçu-PR, a serviço do Departamento Municipal de Saúde, com veículo oficial, para transporte de paciente ao Hospital Nossa Senhora Aparecida.

Bom Sucesso do Sul, 05 de agosto de 2026.



WILSON JUNIOR 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 385, DE 03 DE AGOSTO DE 2026.

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

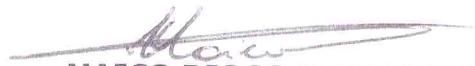
O Prefeito do Município de Bom Sucesso do Sul, Estado do Paraná, no uso das suas atribuições e com fundamento na Lei nº 1.790, de 19 de junho de 2026:

RESOLVE

Art. 1º Conceder ao servidor **Wilson Junior Perondi**, ocupante do cargo efetivo de **Motorista**, matrícula nº **684-0/1, 1 (uma) diária de viagem**, para os dias **02 e 03 de agosto de 2026**, em deslocamento à cidade de **Foz do Iguaçu – 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 Nossa Senhora Aparecida**.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, retroagindo seus efeitos ao dia 03 de agosto de 2026.

Gabinete do Prefeito do Município de Bom Sucesso do Sul, Estado do Paraná, aos 03 (três) dias do mês de agosto 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): Foz do Iguaçu - PR
Data de Saída: 02/08/2026
Horário de Saída: 22:00
Data de Retorno: 03/08/2026
Horário Previsto de Retorno: 17:00
Tempo estimado de afastamento: 15:00hrs
Meio de Transporte:
☒ Veículo Oficial
☐ Ônibus
☐ Avião
☐ Outro: _____
Placa do veículo oficial (quando aplicável): TAL-2C21

3. FINALIDADE DA VIAGEM

Hospital Nossa Senhora Aparecida.

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\$ 300,00

Valor Total: R\$ 300,00

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, 31 de julho de 2026.

Wilson Perondi

Assinatura do Solicitante

9. PARECER DA CHEFIA IMEDIATA

- ☒ Favorável
☐ Desfavorável

Justificativa: _____

Data: ____/____/____

Município de Bom Sucesso do Sul

Maico Diogo Faversani
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
MAICO DIOGO FAVERSANI
Prefeito

Autoridade Competente

Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

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

Banco:	260 - NU PAGAMENTOS S.A. 0000000 - 18236120
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	0001 / 00033718434-2
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	WILSON JUNIOR PERONDI
CPF/CNPJ:	048.011.319-05
Valor:	R\$ 300,00
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	95-PAGAMENTO PRESTADOR M
Histórico:	

Data de débito:	05/08/2026
Data / Hora da operação:	05/08/2026 16:18:47

Código da operação:	02427666
Chave de segurança:	A386VLESPP12UTV6

CPF'S autorizadores:	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: 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: 02/08/2026

Data de Retorno: 03/08/2026

Município(s) de Destino: Foz do Iguaçu - 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: 22:00

Retorno à Garagem: 17:00

Tempo Total de Afastamento: 15:00

5. TRANSPORTE DE PACIENTES

Quantidade de Pacientes Transportados: 3

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



MUNICÍPIO DE BOM SUCESSO DO SUL – PR

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CNPJ 08.842.588/0001-32

- () Houve emergência médica
() Houve alteração de rota
() Outra ocorrência

Descrição: _____

7. ENQUADRAMENTO DA DIÁRIA

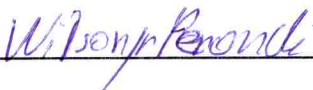
- () Auxílio Deslocamento
() Meia Diária
() Diária Integral
(X) Diária Integral sem Pernoite (Art. 9º, §3º)

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, 1 de setembro de 2026.



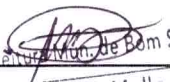
Motorista

9. CONFERÊNCIA DA CHEFIA IMEDIATA

- (X) Regular
() Regular com Ressalvas
() Irregular

Observações: _____

Bom Sucesso do Sul – PR, 10 de Setembro de 2026



Lidiane de Mello Favarsani
Chefe Imediata
Matrícula: 30911