

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

003408/2026 Ordinário

DATA EMISSÃO

03.08.26

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 LUCAS RODRIGO ECKER 073.969.959-81 05324
ENDEREÇO BOM SUCESSO DO SUL 0 BOM SUCESSO DO SU CIDADE
BOM SUCESSO DO SUL PR

LICITAÇÃO	NUMERO	CONVENIO	CONTRATO	EMIÇÃO	VENCIMENTO
Não se Aplica					

VALOR ORÇADO	SALDO ANTERIOR	VALOR DO EMPENHO	SALDO ATUAL
65.000,00	31.875,00	80,00	31.795,00

QUANT.	ESPECIFICAÇÃO		VALOR TOTAL
1,00	Refere-se a despesa com 01 auxilio deslocamento para Clevelândia-PR, com veículo oficial, a serviço do Departamento Municipal de Saúde, para transporte de pacientes à Associação Pro Saúde de Clevelândia.	80,00	80,00
TOTAL DAS RETENÇÕES:			

FONTE DE RECURSO	TOTAL LÍQUIDO
494 Bloco de Custeio das Ações e Serviços	80,00

NOME DO PROJETO/ATIVIDADE

EMITIDO	VISTO	AUTORIZO A DESPESA
ANDRIELE CRISTINA SCHLICKMANN	 MATEUS DALLAGNOL	 MAICO DIOGO FAVERSANI
CONTADORA	DIRETOR DEPTO. FINANÇAS	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 DESTA 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 _____ 80,00 _____
VALOR LÍQUIDO _____ 80,00 _____

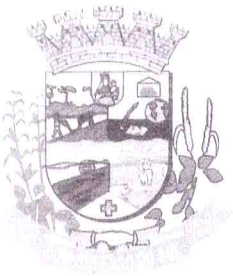
Recebi da Prefeitura Municipal de Bom Sucesso do Sul, Estado do Paraná, sita a Rua Cândido Merlo, 290, CNPJ 80.874.100/0001-86, o valor de R\$= 80,00 (oitenta reais).

REFERENTE: a 01 auxilio deslocamento para Clevelândia-PR, com veículo oficial, a serviço do Departamento Municipal de Saúde, para transporte de pacientes à Associação Pro Saúde de Clevelândia

Bom Sucesso do Sul, 05 de agosto de 2026.



LUCAS RODRIGO ECKER
CPF/MF 073.969.959-81



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 386, DE 03 DE AGOSTO DE 2026.

**Conceder auxílio
deslocamento ao servidor
Lucas Rodrigo Ecker.**

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 **Lucas Rodrigo Ecker**, ocupante do cargo efetivo de **Motorista**, matrícula nº **589-4/1, 01 (um) auxílio deslocamento de viagem**, para o dia **03 de agosto de 2026**, em deslocamento à cidade de **Clevelândia-PR**, com veículo oficial, a serviço do Departamento Municipal de Saúde, para realização de transporte de pacientes para tratamento fora do domicílio junto a **Associação Pro Saúde de Clevelândia**.

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, ao 03 (três) dia 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: Lucas Rodrigo Ecker
Cargo/Função: Motorista
Matrícula: 5894.1
Departamento: Saúde

Dados Bancários:

Banco: Sicoob

Agência: 4340

Conta: 1793845

2. DADOS DA VIAGEM

Destino (Cidade/Estado): Clevelândia - PR
Data de Saída: 03/08/2026
Horário de Saída: 12:30
Data de Retorno: 03/08/2026
Horário Previsto de Retorno: 16:30
Tempo estimado de afastamento: 06:00hrs
Meio de Transporte:
(X) Veículo Oficial
() Ônibus
() Avião
() Outro: _____
Placa do veículo oficial (quando aplicável): RCN-1J52

3. FINALIDADE DA VIAGEM

Associação Pro Saúde de Clevelândia.

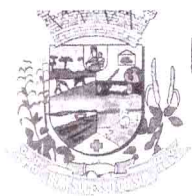
4. INTERESSE PÚBLICO ENVOLVIDO

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

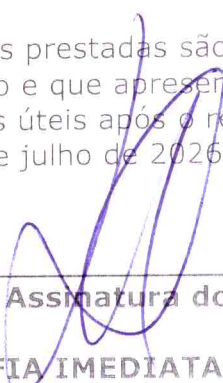
Quantidade:

Valor Unitário: R\$ 200,00

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, 31 de julho de 2026.


Assinatura do Solicitante

9. PARECER DA CHEFIA IMEDIATA

- ☒ Favorável
☐ Desfavorável

Justificativa: _____

Data: ____/____/____

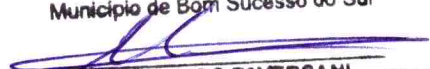

Prefeitura Mun. de Bom Sucesso do Sul
Lidiane de Jesus Faversani
Diretora Municipal de Saúde
Assinatura da Chefia Imediata

10. AUTORIZAÇÃO DA AUTORIDADE COMPETENTE

- ☒ Autorizado
☐ Não Autorizado

Valor autorizado: R\$ 80,00

Data: ____/____/____

Município de Bom Sucesso do Sul

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 SAÚDE DE BOM SUCESSO
CPF/CNPJ:	08.842.588/0001-32

Banco:	756 - BANCO SICOOB 0000000 - 02038232
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	4340 / 00000179384-5
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	LUCAS RODRIGO ECKER
CPF/CNPJ:	073.969.959-81
Valor:	R\$ 80,00
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 09:34:07

Código da operação:	68623075
Chave de segurança:	X90KJW40YJALLTG5

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: Lucas Rodrigo Ecker

Cargo: Motorista

Matrícula: 5894.1

2. IDENTIFICAÇÃO DO VEÍCULO

Veículo: Chevrolet Spin

Placa: RCN-1J52

3. DADOS DA VIAGEM

Data da Viagem: 03/08/2026

Município(s) de Destino: Clevelândia - 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: 12:30

Retorno à Garagem: 16:30

Tempo Total de Afastamento: 06:00

5. TRANSPORTE DE PACIENTES

Quantidade de Pacientes Transportados: 3

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

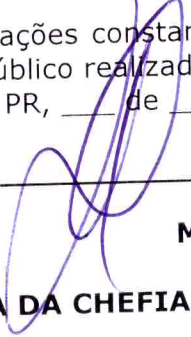
() Diária Integral sem Pernoite (Art. 9º, §3º)

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, _____ de _____ de _____.



Motorista

9. CONFERÊNCIA DA CHEFIA IMEDIATA

(~~)~~ Regular

() Regular com Ressalvas

() Irregular

Observações: _____

Bom Sucesso do Sul – PR, 10 de setembro de 2016.



Chefia Imediata