

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

003452/2026 Ordinário

DATA EMISSÃO

04.08.26

ORGÃO 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 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

Não se Aplica

NUMERO

CONVENIO

CONTRATO

EMISSION

VENCIMENTO

VALOR ORÇADO

65.000,00

SALDO ANTERIOR

31.795,00

VALOR DO EMPENHO

150,00

SALDO ATUAL

31.645,00

QUANT.

1,00

ESPECIFICAÇÃO

Refere-se a despesa com 1/2 diária de viagem, para Cascavel-PR, a serviço do Departamento Municipal de Saúde, com veículo oficial, para transporte de paciente ao UOPECCAN e a Clínica Dr Prime.

150,00

VALOR TOTAL

150,00

TOTAL DAS RETENÇÕES:

FONTE DE RECURSO

494 Bloco de Custeio das Ações e Serviços

TOTAL LÍQUIDO

150,00

NOME DO PROJETO/ATIVIDADE

EMITIDO

ANDRIELE CRISTINA SCHLICKMANN

CONTADORA

VISTO

MATEUS DALLAGNOL

DIRETOR DEPTO. FINANÇAS

AUTORIZO A DESPESA

MATCO DIOGO FAVERSANI

PREFEITO MUNICIPAL

ORDEN DE PAGAMENTO

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

10 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 ____ 150,00 ____
VALOR LÍQUIDO ____ 150,00 ____

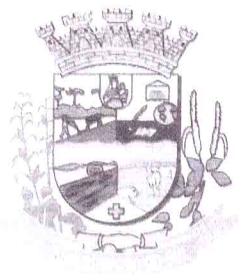
Recebi da Prefeitura Municipal de Bom Sucesso do Sul, Estado do Paraná, sita a Rua Cândido Merlo, 290, CNPJ 80.874.100/0001-86, o valor de R\$= 150,00(cento e cinquenta reais).

REFERENTE: a 1/2 diária de viagem, para Cascavel-PR, a serviço do Departamento Municipal de Saúde, com veículo oficial, para transporte de pacientes ao UOPECCAN e a Clínica Dr Prime.

Bom Sucesso do Sul, 10 de agosto de 2026.



ADILSON JOSÉ RAMOS
CPF/MF 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 388, DE 05 DE AGOSTO DE 2026.

**Concede diária de viagem
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, ½ (meia) diária de viagem**, retroativa ao dia **04 de agosto de 2026**, em deslocamento à cidade de **Cascavel – PR**, com veículo oficial, a serviço do Departamento Municipal de Saúde, para realização de transporte de pacientes para tratamento fora do domicílio junto a **UOPECCAN** e **Dr. Prime**.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, retroagindo seus efeitos ao dia 04 de agosto de 2026.

Gabinete do Prefeito do Município de Bom Sucesso do Sul, Estado do Paraná, ao 05 (cinco) dia do mês de agosto do ano de 2026.

MAICO DIOGO
FAVERSANI:03788593
903

Assinado de forma digital por
MAICO DIOGO
FAVERSANI:03788593903
Dados: 2026.08.05 16:47:22 -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): Cascavel - PR
Data de Saída: 04/08/2026
Horário de Saída: 04:00
Data de Retorno: 04/08/2026
Horário Previsto de Retorno: 17:00
Meio de Transporte:
(X) Veículo Oficial
() Ônibus
() Avião
() Outro: _____
Placa do veículo oficial (quando aplicável): RCN-1J52

3. FINALIDADE DA VIAGEM

UOPECCAN e Dr. Prime.

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
(X) Não

7. ENQUADRAMENTO DA DIÁRIA

- () Auxílio Deslocamento (até 10 horas)
(X) 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, 04 de agosto de 2026.


Assinatura do Solicitante

9. PARECER DA CHEFIA IMEDIATA

- (X) Favorável
() Desfavorável

Justificativa: _____

Data: ____/____/____

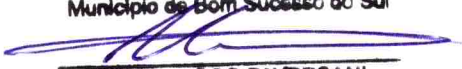
Município de Bom Sucesso do Sul

MAICO DIOGO FAVERSANI
Prefeito
Assinatura da Chefia Imediata

10. AUTORIZAÇÃO DA AUTORIDADE COMPETENTE

- (X) Autorizado
() Não Autorizado
Valor autorizado: R\$
Data: ____/____/____

150,00

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

Banco:	756 - BANCO SICOOB 0000000 - 02038232
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	3076 / 00000063752-1
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	ADILSON JOSE RAMOS
CPF/CNPJ:	039.739.419-55
Valor:	R\$ 150,00
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	95-PAGAMENTO PRESTADOR M
Histórico:	

Data de débito:	10/08/2026
Data / Hora da operação:	10/08/2026 15:51:39

Código da operação:	04199337
Chave de segurança:	SH84JNEX9XSXLFF3

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: Adilson José Ramos
Cargo: Motorista
Matrícula: 7773.1

2. IDENTIFICAÇÃO DO VEÍCULO

Veículo: Chevrolet Spin
Placa: RCN-1J52

3. DADOS DA VIAGEM

Data da Viagem: 04/08/2026
Município(s) de Destino: Cascavel - PR

Finalidade do Transporte:

- ☒ Consulta Médica
- ☐ Exame Especializado
- ☐ Tratamento Oncológico
- ☐ Hemodiálise
- ☐ Internação Hospitalar
- ☐ Alta Hospitalar
- ☐ Transferência Hospitalar
- ☐ Outros

Especificar: _____

4. HORÁRIOS

Saída da Garagem: 04:00
Retorno à Garagem: 17:30

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

- ☒ 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, 1 de setembro de 2026.

Motorista

9. CONFERÊNCIA DA CHEFIA IMEDIATA

☒ Regular

() Regular com Ressalvas

() Irregular

Observações: _____

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

Prefeitura Municipal de Bom Sucesso do Sul
Chéila Imediata
Diretora do Depto. de Saúde
Matrícula: 366-2/7