

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

003495/2026 Ordinário

DATA EMISSÃO

07.08.26

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 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	31.345,00	150,00	31.195,00

QUANT.	ESPECIFICAÇÃO		VALOR TOTAL
1,00	Refere-se a despesa com 1/2 diária de viagem, para Guarapuava-PR, a serviço do Departamento Municipal de Saúde, com veículo oficial, para transporte de paciente ao Hospital Regional Centro Oeste.	150,00	150,00
TOTAL DAS RETENÇÕES:			

FONTE DE RECURSO	TOTAL LÍQUIDO
494 Bloco de Custeio das Ações e Serviços	150,00

NOME DO PROJETO/ATIVIDADE

EMITIDO

ANDRIELE CRISTINA SCHLICKMANN

CONTADORA

VISTO

MATEUS DALLAGNOL

DIRETOR DEPTO. FINANÇAS

AUTORIZO A DESPESA

MAICO DIOGO FAVERSANI

PREFEITO MUNICIPAL

ORDEM 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

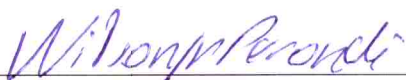
RECIBO

VALOR BRUTO ____ 150,00 ____
VALOR LÍQUIDO ____ 150,00 ____

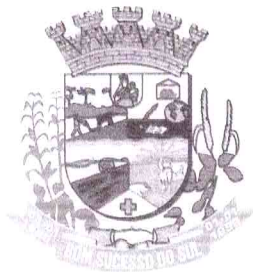
Recebi da Prefeitura Municipal de Bom Sucesso do Sul, Estado do Paraná, sita a Rua Cândido Merlo, 290, CNPJ 80.874.100/0001-86, o valor de R\$= 150,00(Cento e cinquenta reais).

REFERENTE: a 1/2 diária de viagem, para Guarapuava-PR, a serviço do Departamento Municipal de Saúde, com veículo oficial, para transporte de paciente ao Hospital Regional do Centro Oeste.

Bom Sucesso do Sul, 11 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 393, DE 10 DE AGOSTO DE 2026.

**Concede 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, ½ (meia) diária de viagem**, retroativa ao dia **07 de agosto de 2026**, em deslocamento à cidade de **Guarapuava- 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 Regional do Centro Oeste**.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, retroagindo seus efeitos ao dia 07 de agosto 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:037885939
03

Assinado de forma digital por
MAICO DIOGO
FAVERSANI:03788593903
Dados: 2026.08.10 11:58:01 -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: 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): Guarapuava - PR
Data de Saída: 07/08/2026
Horário de Saída: 04:30
Data de Retorno: 07/08/2026
Horário Previsto de Retorno: 17:00
Meio de Transporte:
(X) Veículo Oficial
() Ônibus
() Avião
() Outro: _____
Placa do veículo oficial (quando aplicável): TAL-2C21

3. FINALIDADE DA VIAGEM

Hospital Regional do Centro Oeste.

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

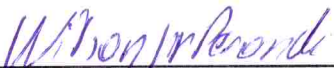
- ☐ Sim
☒ Não

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\$ 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, 06 de julho de 2026.


Assinatura do Solicitante

9. PARECER DA CHEFIA IMEDIATA

- ☒ Favorável
☐ Desfavorável

Justificativa: _____

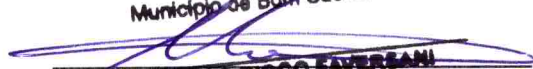
Data: ____/____/____

Município de Bom Sucesso do Sul

MARCO DIOGO FAVERSANI
Prefeito
Assinatura da Chefia Imediata

10. AUTORIZAÇÃO DA AUTORIDADE COMPETENTE

- ☒ Autorizado
☐ Não Autorizado
Valor autorizado: R\$ 150,00
Data: ____/____/____

Município de Bom Sucesso do Sul

MARCO DIOGO FAVERSANI
Prefeito
Autoridade Competente



2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 11/08/2026 às 17:41:14

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Nome: PR 410322 FMS CT SUSCUSTEIOSUS

Conta Origem: 00602/2200.000575848107-2

Tipo Conta: Tipo de conta não encontrada

CPF/CNPJ: 08.842.588/0001-32

Dados do Recebedor

Conta Destino: 260/0001/00033718434-2

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: WILSON JUNIOR PERONDI

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Histórico:

CPF/CNPJ: 048.011.319-05

Tipo Pessoa: Física

Valor: R\$ 150,00

Valor Tarifa: R\$ 0,00

Informações do Pagamento

Data do Débito: 11/08/2026

Data da Operação: 11/08/2026

Código da Operação: 45399756

Chave de Segurança: E5CWTMGWXYM75RF2

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492



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: 07/08/2026

Data de Retorno: 07/08/2026

Município(s) de Destino: Guarapuava - PR

Finalidade do Transporte:

☒ Consulta Médica

☐ Exame Especializado

☐ Tratamento Oncológico

☐ Hemodiálise

☐ Internação Hospitalar

☐ Alta Hospitalar

☐ Transferência Hospitalar

☐ Outros

Especificar: _____

4. HORÁRIOS

Saída da Garagem: 04:30

Retorno à Garagem: 17:00

5. TRANSPORTE DE PACIENTES

Quantidade de Pacientes Transportados: 2

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

☒ 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, 1 de setembro de 2026.

Wilson Perondi

Motorista

9. CONFERÊNCIA DA CHEFIA IMEDIATA

(X) Regular

() Regular com Ressalvas

() Irregular

Observações: _____

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

[Assinatura]

Prefeitura Mun. de Bom Sucesso do Sul

Chefia Imediata

Lidiane de Melo Faversani

Diretora do Depto. de Saúde

Matrícula: 366-2/7