

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
003548/2026 Ordinário

DATA EMISSÃO
12.08.26

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 00144|01286
CREDOR JAINE FÁTIMA GREIN 092.670.819-85 04803
ENDEREÇO AVENIDA BRASIL 530 CENTRO SALA 203 CIDADE
PATO BRANCO PR

LICITAÇÃO	NÚMERO	CONVÊNIO	CONTRATO	EMIÇÃO	VENCIMENTO
Não se Aplica					

VALOR ORÇADO	SALDO ANTERIOR	VALOR DO EMPENHO	SALDO ATUAL
10.000,00	9.300,00	160,00	9.140,00

QUANT.	ESPECIFICAÇÃO		VALOR TOTAL
2,00	Refere-se a despesa com 02 auxilio deslocamento, para Francisco Beltrão-PR, para os dias 12 e 13 de agosto, a serviço do Departamento de Saúde, para Seminário Regional dos Direitos da Criança e do Adolescente.	80,00	160,00
TOTAL DAS RETENÇÕES:			

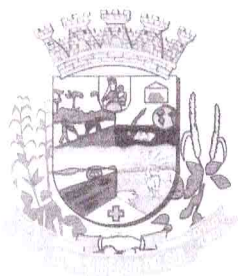
FONTE DE RECURSO	TOTAL LÍQUIDO
303 SAÚDE/PERC.VINC.A RECEITA IMPOSTOS	160,00

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. 13 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. 08 DE setembro DE 2026 CREDOR

BANCO	ANOTAÇÕES
Nº CHEQUE Nº DA CONTA	



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 409, DE 12 DE AGOSTO DE 2026.

**Concede auxílio
deslocamento a servidora
Jaine Fatima Grein Cararo.**

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 a servidora **Jaine Fatima Grein Cararo**, ocupante do cargo efetivo de **Psicóloga**, matrícula nº **653-0/1, 02 (dois) auxílios deslocamento de viagem**, para os dias **12 e 13 de agosto de 2026**, em deslocamento à cidade de **Francisco Beltrão-PR**, a serviço do Departamento de Saúde, para Seminário Regional dos Direitos da Criança e do Adolescente.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, retroagindo seus efeitos ao dia 12 de agosto de 2026.

Gabinete do Prefeito do Município de Bom Sucesso do Sul, Estado do Paraná, aos 12 (doze) 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: Jaine Fatima Grein Cararo
Cargo/Função: Psicólogo
Matrícula: 6530.1
Departamento: Saúde

Dados Bancários:

Banco: Sicredi

Agência: 0740

Conta: 47146-7

2. DADOS DA VIAGEM

Destino (Cidade/Estado): Francisco Beltrão - PR
Data de Saída: 13/08/2026
Horário de Saída: 07:30
Data de Retorno: 13/08/2026
Horário Previsto de Retorno: 18:00
Meio de Transporte:
☐ Veículo Oficial
☐ Ônibus
☐ Avião
☒ Outro: Carona
Placa do veículo oficial (quando aplicável):

3. FINALIDADE DA VIAGEM

3º Seminário regional dos direitos da criança e do adolescente.

4. INTERESSE PÚBLICO ENVOLVIDO

Descrever objetivamente os benefícios esperados para a Administração Pública Municipal:

Aprimoramento Técnico e Qualificação do Serviço.

5. EVENTO / REUNIÃO / ATIVIDADE

☐ Curso
☐ Capacitação
☐ Congresso
☒ Seminário
☐ Reunião Técnica
☐ Representação Oficial
☐ 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

(X) Auxílio Deslocamento
() Meia Diária
() 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, 11 de agosto de 2026.

X *João F. Guimarães*
Assinatura do Solicitante

9. PARECER DA CHEFIA IMEDIATA

- ☒ Favorável
() Desfavorável

Justificativa: _____

Data: ____/____/____

Município de Bom Sucesso do Sul
[Assinatura]
Assinatura do Chefe Imediato
MARCO DINIZ FAVERSANI
Prefeito

10. AUTORIZAÇÃO DA AUTORIDADE COMPETENTE

☒ Autorizado
() Não Autorizado
Valor autorizado: R\$ 80,00
Data: ____/____/____

Município de Bom Sucesso do Sul
[Assinatura]
Assinatura da Autoridade Competente
MARCO DINIZ 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: Jaine Fatima Grein Cararo
Cargo/Função: Psicólogo
Matrícula: 6530.1
Departamento: Saúde

Dados Bancários:

Banco: Sicredi

Agência: 0740

Conta: 47146-7

2. DADOS DA VIAGEM

Destino (Cidade/Estado): Francisco Beltrão - PR
Data de Saída: 12/08/2026
Horário de Saída: 07:30
Data de Retorno: 12/08/2026
Horário Previsto de Retorno: 18:00
Meio de Transporte:
() Veículo Oficial
() Ônibus
() Avião
(X) Outro: Carona
Placa do veículo oficial (quando aplicável):

3. FINALIDADE DA VIAGEM

3º Seminário regional dos direitos da criança e do adolescente.

4. INTERESSE PÚBLICO ENVOLVIDO

Descrever objetivamente os benefícios esperados para a Administração Pública Municipal:

Aprimoramento Técnico e Qualificação do Serviço.

5. EVENTO / REUNIÃO / ATIVIDADE

() Curso
() Capacitação
() Congresso
(X) Seminário
() Reunião Técnica
() Representação Oficial
() 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

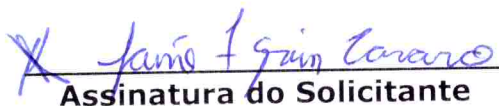
- (X) Auxílio Deslocamento
() Meia Diária
() Diária Integral
Quantidade:

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, 11 de agosto de 2026.


Assinatura do Solicitante

9. PARECER DA CHEFIA IMEDIATA

- (X) Favorável
() Desfavorável

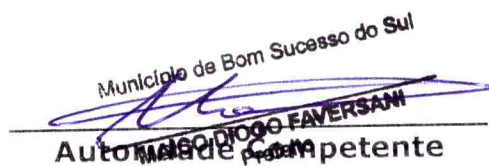
Justificativa: _____

Data: ____/____/____


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

10. AUTORIZAÇÃO DA AUTORIDADE COMPETENTE

- () 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

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	00602 / 3703 / 000575216953-0
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:	748 - BCO COOPERATIVO SICREDI S.A. 0000000 - 01181521
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	0740 / 00000047146-7
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	JAINÉ FATIMA GREIN CARARO
CPF/CNPJ:	092.670.819-85
Valor:	R\$ 160,00
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	DESLOCAMENTO JAINÉ CARARO
Histórico:	

Data de débito:	13/08/2026
Data / Hora da operação:	13/08/2026 15:53:53

Código da operação:	14724649
Chave de segurança:	STUEH3RE6FCXZ44K

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

PARTICIPE!

INSCREVA-SE NO 3º SEMINÁRIO REGIONAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE!

SUA PARTICIPAÇÃO FAZ A DIFERENÇA
NA CONSTRUÇÃO DE UMA SOCIEDADE
MAIS JUSTA E PROTETIVA!



UM ENCONTRO PARA
PROFISSIONAIS, GESTORES,
ESTUDANTES E ACADÊMICOS
QUE ACREDITAM NA DEFESA,
PROMOÇÃO E GARANTIA DOS
DIREITOS DE NOSSAS
CRIANÇAS E ADOLESCENTES!



Atuação intersetorial no cuidado de
crianças, adolescentes e suas famílias



DATA

12 E 13
DE AGOSTO
DE 2026



LOCAL

UNIOESTE FB
CAMPUS FRANCISCO
BELTRÃO



PARA QUEM?

PROFISSIONAIS,
GESTORES,
ESTUDANTES E
ACADÊMICOS
DA ÁREA



TEMAS

ATUALIZAÇÕES,
EXPERIÊNCIAS,
DEBATES E
MUITO MAIS!



**INSCREVA-SE E FAÇA PARTE
DESSA TRANSFORMAÇÃO!**

VAGAS LIMITADAS!

GARANTA JÁ A SUA!

REALIZAÇÃO:



APOIO:





MUNICÍPIO DE BOM SUCESSO DO SUL – PR

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CNPJ 08.842.588/0001-32

ANEXO III

RELATÓRIO DE VIAGEM E PRESTAÇÃO DE CONTAS DE DIÁRIA

1. IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

Nome Completo: Jaine Fatima Grein Cararo
Cargo/Função: Psicólogo
Matrícula: 6530.1
Departamento: Departamento de Saúde

2. DADOS DA VIAGEM

Destino: Francisco Beltrão - PR
Data de Saída: 12/08/2026
Horário de Saída: 07:30
Data de Retorno: 12/08/2026
Horário de Retorno: 18:00

3. DIÁRIA RECEBIDA

Tipo:
(X) Auxílio Deslocamento
() Meia Diária
() Diária Integral
Quantidade:
Valor Recebido: R\$ 80,00

4. RELATÓRIO DAS ATIVIDADES REALIZADAS

Descrever detalhadamente as atividades desenvolvidas:

3º Seminário Regional dos direitos da criança e do adolescente.

5. RESULTADOS OBTIDOS

Descrever os resultados alcançados e os benefícios para a Administração Municipal:

Aprimoramento Técnico e Qualificação do Serviço: Adquiriu-se conhecimento atualizado na área de atuação, promovendo a capacitação do servidor para a execução das atividades administrativas e operacionais no município com maior eficiência e qualidade.

6. COMPROVAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO

Anexar, quando aplicável:

- () Certificado
- () Lista de Presença
- () Declaração de Participação
- (X) Convite Oficial
- () Ata/Reunião
- () Ordem de Serviço
- () Comprovante de Atendimento



MUNICÍPIO DE BOM SUCESSO DO SUL – PR
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CNPJ 08.842.588/0001-32

() Outros

Especificar: _____

7. COMPROVANTES DE DESLOCAMENTO

() Bilhete de Passagem

() Cartão de Embarque

() Relatório de Veículo Oficial

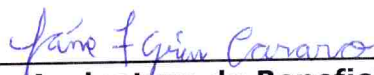
() Comprovante de Pedágio

() Outros

Especificar: _____

8. DECLARAÇÃO

Declaro que a viagem foi realizada conforme autorizado, que as atividades descritas correspondem à realidade e que os documentos anexados comprovam o cumprimento da finalidade pública do deslocamento.
Bom Sucesso do Sul, 2 de setembro de 2026.



Assinatura do Beneficiário

9. ANÁLISE DA CHEFIA IMEDIATA

(☒) Prestação de Contas Aprovada

() Prestação de Contas Aprovada com Ressalvas

() Prestação de Contas Rejeitada

Observações: _____

Data: 10/09/26


Prefeitura Mun. de Bom Sucesso do Sul
Chefia Imediata
Liane de Mello Faversani
Diretora do Depto. de Saúde
Matricula: 366-2/7



MUNICÍPIO DE BOM SUCESSO DO SUL – PR

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CNPJ 08.842.588/0001-32

ANEXO III

RELATÓRIO DE VIAGEM E PRESTAÇÃO DE CONTAS DE DIÁRIA

1. IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

Nome Completo: Jaine Fatima Grein Cararo
Cargo/Função: Psicólogo
Matrícula: 6530.1
Departamento: Departamento de Saúde

2. DADOS DA VIAGEM

Destino: Francisco Beltrão - PR
Data de Saída: 13/08/2026
Horário de Saída: 07:30
Data de Retorno: 13/08/2026
Horário de Retorno: 18:00

3. DIÁRIA RECEBIDA

Tipo:
☒ (X) Auxílio Deslocamento
☐ () Meia Diária
☐ () Diária Integral
Quantidade:
Valor Recebido: R\$ 80,00

4. RELATÓRIO DAS ATIVIDADES REALIZADAS

Descrever detalhadamente as atividades desenvolvidas:

3º Seminário Regional dos direitos da criança e do adolescente.

5. RESULTADOS OBTIDOS

Descrever os resultados alcançados e os benefícios para a Administração Municipal:

Aprimoramento Técnico e Qualificação do Serviço: Adquiriu-se conhecimento atualizado na área de atuação, promovendo a capacitação do servidor para a execução das atividades administrativas e operacionais no município com maior eficiência e qualidade.

6. COMPROVAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO

Anexar, quando aplicável:

- ☐ () Certificado
- ☐ () Lista de Presença
- ☐ () Declaração de Participação
- ☒ (X) Convite Oficial
- ☐ () Ata/Reunião
- ☐ () Ordem de Serviço
- ☐ () Comprovante de Atendimento



MUNICÍPIO DE BOM SUCESSO DO SUL – PR

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CNPJ 08.842.588/0001-32

() Outros

Especificar: _____

7. COMPROVANTES DE DESLOCAMENTO

() Bilhete de Passagem

() Cartão de Embarque

() Relatório de Veículo Oficial

() Comprovante de Pedágio

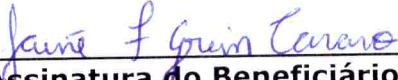
() Outros

Especificar: _____

8. DECLARAÇÃO

Declaro que a viagem foi realizada conforme autorizado, que as atividades descritas correspondem à realidade e que os documentos anexados comprovam o cumprimento da finalidade pública do deslocamento.

Bom Sucesso do Sul, 2 de setembro de 2026.


Assinatura do Beneficiário

9. ANÁLISE DA CHEFIA IMEDIATA

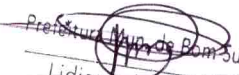
☒ Prestação de Contas Aprovada

() Prestação de Contas Aprovada com Ressalvas

() Prestação de Contas Rejeitada

Observações: _____

Data: 10/09/26


Prest. Municipal de Bom Sucesso do Sul
Lidiane de Mello Bersani
Chefe Imediata
Cargo: Depto. de Saúde
Matricula: 366-2/7

PARTICIPE!

INSCREVA-SE NO 3º SEMINÁRIO REGIONAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE!

SUA PARTICIPAÇÃO FAZ A DIFERENÇA
NA CONSTRUÇÃO DE UMA SOCIEDADE
MAIS JUSTA E PROTETIVA!



Atuação intersetorial no cuidado de
crianças, adolescentes e suas famílias



UM ENCONTRO PARA
PROFISSIONAIS, GESTORES,
ESTUDANTES E ACADÊMICOS
QUE ACREDITAM NA DEFESA,
PROMOÇÃO E GARANTIA DOS
DIREITOS DE NOSSAS
CRIANÇAS E ADOLESCENTES!



DATA

12 E 13
DE AGOSTO
DE 2026



LOCAL

UNIOESTE FB
CAMPUS FRANCISCO
BELTRÃO



PARA QUEM?

PROFISSIONAIS,
GESTORES,
ESTUDANTES E
ACADÊMICOS
DA ÁREA



TEMAS

ATUALIZAÇÕES,
EXPERIÊNCIAS,
DEBATES E
MUITO MAIS!



**INSCREVA-SE E FAÇA PARTE
DESSA TRANSFORMAÇÃO!**

VAGAS LIMITADAS!

GARANTA JÁ A SUA!

REALIZAÇÃO:



APOIO:

