

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
003607/2026 Ordinário

DATA EMISSÃO
19.08.26

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 CELIO JOSE DE VARGAS 033.047.629-73 05507
ENDEREÇO BOM SUCESSO DO SUL SN CENTRO CIDADE
BOM SUCESSO DO SUL PR

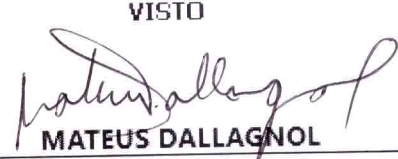
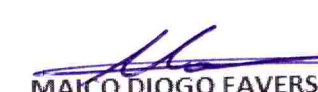
LICITAÇÃO	NÚMERO	CONVÊNIO	CONTRATO	EMIÇÃO	VENCIMENTO
Não se Aplica					

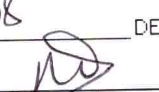
VALOR ORÇADO	SALDO ANTERIOR	VALOR DO EMPENHO	SALDO ATUAL
65.000,00	29.485,00	80,00	29.405,00

QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	VALOR	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 CONTADORA	 MATEUS DALLAGNOL DIRETOR DEPTO. FINANÇAS	 MAICO DIOGO FAVERSANI PREFEITO MUNICIPAL

ORDEM DE PAGAMENTO	RECIBO R\$
PAGUE-SE AO FAVORECIDO O VALOR ACIMA ESPECIFICADO, PROVENIENTE DESTA NOTA DE EMPENHO. 20 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	



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 422, DE 19 DE AGOSTO DE 2026.

**Concede auxílio
deslocamento ao servidor
Célio Jose de Vargas.**

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 **Célio Jose de Vargas**, ocupante do cargo efetivo de **Motorista**, matrícula nº **768-4/1, 01 (um) auxílio deslocamento de viagem**, para o dia **19 de agosto de 2026**, em deslocamento à cidade de **Clevelândia-PR**, com veículo oficial, a serviço do Departamento de Saúde, para transporte de pacientes para tratamento fora de 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 19 de agosto de 2026.

Gabinete do Prefeito do Município de Bom Sucesso do Sul, Estado do Paraná, aos 19 (dezenove) 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: Célio Jose de Vargas
Cargo/Função: Motorista
Matrícula: 7684.1
Departamento: Saúde

Dados Bancários:

Banco: Bradesco

Agência: 1467

Conta: 306903-6

2. DADOS DA VIAGEM

Destino (Cidade/Estado): Clevelândia - PR
Data de Saída: 19/08/2026
Horário de Saída: 04:40
Data de Retorno: 19/08/2026
Horário Previsto de Retorno: 12:00
Meio de Transporte:
(X) Veículo Oficial
() Ônibus
() Avião
() Outro: _____
Placa do veículo oficial (quando aplicável): TAL-2C21

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: _____

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\$ 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, 19 de agosto de 2026.

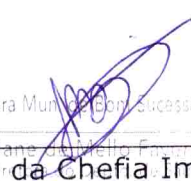

Assinatura do Solicitante

9. PARECER DA CHEFIA IMEDIATA

- ☒ Favorável
☐ Desfavorável

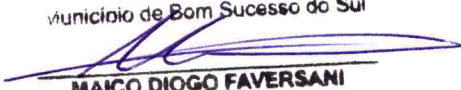
Justificativa: _____

Data: 19/08/26


Prefeitura Municipal de Bom Sucesso do Sul
Lidiane da Silveira Frazão
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 SAUDE DE BOM SUCESSO
CPF/CNPJ:	08.842.588/0001-32

Banco:	237 - BCO BRADESCO S.A. 00000000 - 60746948
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	1467 / 00000306903-6
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	CELIO JOSE DE VARGAS
CPF/CNPJ:	033.047.629-73
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:	20/08/2026
Data / Hora da operação:	20/08/2026 15:44:48

Código da operação:	04112105
Chave de segurança:	TVEPP3E5RFZ9FGPT

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: Célio Jose de Vargas
Cargo: Motorista
Matrícula: 7684.1

2. IDENTIFICAÇÃO DO VEÍCULO

Veículo: Ford Transit
Placa: TAL-2C21

3. DADOS DA VIAGEM

Data da Viagem: 19/08/2026
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: 04:40
Retorno à Garagem: 12:00

5. TRANSPORTE DE PACIENTES

Quantidade de Pacientes Transportados: 5

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
- ☐ () 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

(X) Auxílio Deslocamento

() Meia Diária

() Diária Integral

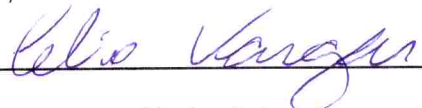
() Diária Integral sem Pernoite (Art. 9º, §3º)

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

(X) Regular

() Regular com Ressalvas

() Irregular

Observações: _____

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



Chefia Imediata