



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

003656/2026 Ordinário

DATA EMISSÃO

24.08.26

ÓRGÃO 07 DEPARTAMENTO DE SAÚDE
UNIDADE 01 FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE 10.301.0007
DOTAÇÃO 10.301.0007.2015 ATIVIDADES OPERACIONAIS DO FUNDO MUNI
3.3.90.14.14.01.00 SERVIDORES EFETIVOS Nº CONTA 00145100733
CREDOR JUCIMAR GIRARDELLO DE FREITAS 023.263.049-69 04450
ENDEREÇO RUA CÂNDIDO MERLO 101 CENTRO CIDADE BOM SUCESSO DO SUL PR

LICITAÇÃO	NÚMERO	CONVENIO	CONTRATO	EMIÇÃO	VENCIMENTO
Não se Aplica					

VALOR ORÇADO	SALDO ANTERIOR	VALOR DO EMPENHO	SALDO ATUAL
65.000,00	28.355,00	150,00	28.205,00

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:			

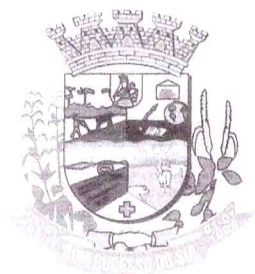
FONTE DE RECURSO	TOTAL LÍQUIDO
494 Bloco de Custeio das Ações e Serviços	150,00

NOME DO PROJETO/ATIVIDADE

EMITIDO	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. 26 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 433, DE 25 DE AGOSTO DE 2026.

**Concede diária de viagem
ao servidor
Jucimar Girardello de
Freitas.**

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 **Jucimar Girardello de Freitas**, ocupante do cargo efetivo de **Motorista**, matrícula nº 492-8/3, **1/2 (meia) diária de viagem**, retroativa ao dia **24 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 24 de agosto de 2026.

Gabinete do Prefeito do Município de Bom Sucesso do Sul, Estado do Paraná, aos 25 (vinte e cinco) dias do mês de agosto do ano de 2026.


MAÍCO 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

433

Nome Completo: Jucimar Girardello de Freitas
Cargo/Função: Motorista
Matrícula: 4928.3
Departamento: Saúde

Dados Bancários:

Banco: Sicoob

Agência: 3076

Conta: 299154

2. DADOS DA VIAGEM

Destino (Cidade/Estado): Guarapuava - PR

Data de Saída: 24/08/2026

Horário de Saída: 15:30

Data de Retorno: 24/08/2026

Horário Previsto de Retorno: 22:00

Meio de Transporte:

☒ (X) Veículo Oficial

☐ () Ônibus

☐ () Avião

☐ () Outro: _____

Placa do veículo oficial (quando aplicável): RCN-1J52

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
(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, 24 de agosto de 2026.


Assinatura do Solicitante

9. PARECER DA CHEFIA IMEDIATA

- (X) Favorável
() Desfavorável

Justificativa: _____

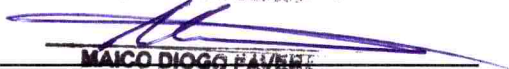
Data: 24/08/26


Assinatura da Chefia Imediata

10. AUTORIZAÇÃO DA AUTORIDADE COMPETENTE

- () Autorizado
() Não Autorizado
Valor autorizado: R\$ 150,00
Data: 25/08/26

Município de Bom Sucesso do Sul


MAICO DIOGO FAVERE
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 / 00000029915-4
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	JUCIMAR GIRARDELLO DE FREITAS
CPF/CNPJ:	023.263.049-69
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:	26/08/2026
Data / Hora da operação:	26/08/2026 10:12:58

Código da operação:	00322634
Chave de segurança:	PP36ZEUWGHVEJJPS

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: Jucimar Girardello de Freitas

Cargo: Motorista

Matrícula: 4928.3

2. IDENTIFICAÇÃO DO VEÍCULO

Veículo: Chevrolet Spin

Placa: RCN-1J52

3. DADOS DA VIAGEM

Data da Viagem: 24/08/2026

Município(s) de Destino: Guarapuava - 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: 15:30

Retorno à Garagem: 22:00

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

☒ (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

() 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, 2 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.

Chefia Imediata