

ORDEM DE PAGAMENTO Orçamentária

DADOS DA OP

Tipo: Pagamento de Empenho Data.....: 13/04/2026  
Nº do Empenho: 578 Data do empenho.....: 10/04/2026

DADOS DO CREDOR

Nome...: 998 - THIAGO MARTINS C.N.P.J/C.P.F: 013.170.011-17  
Endereço: Rua PRESIDENTE GETÚLIO VARGAS,656 Cidade: FIGUEIRÃO UF MS  
Banco.....: Agência: Conta:  
Telefone.: Fax.....:

VALORES

Valor do Empenho.....: 102,40  
Valor da Nota de Pagamento referente a parcela nº 1 .....: 102,40  
Valor pago do Empenho (inclui o valor desta nota).....: 102,40  
Saldo a pagar do Empenho .....: 0,00  
Líquido a Pagar .....: 102,40

HISTÓRICO

Valor que se empenha referente a despesa com acompanhamento remoção de paciente para Costa Rica/MS, no dia 29/03/2026. Correspondente a 01 (uma) remoção. Prontuário 2520. CI nº 575/2026.

DADOS DA DOTAÇÃO

Cód. Reduzido: 51  
Órg. Unid.....: 06.002 UNIDADE BASICA DE SAUDE  
Função.....: 10 Saúde  
Sub-Função.....: 122 Administração Geral  
Programa.....: 0010 SAÚDE  
Proj./Ativ.....: 2031 OPERAÇÃO E MANUTENÇÃO DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE  
El. Despesa.....: 3.3.90.14.00 Diárias - Civil  
F. de Recursos...: 500 Recursos não Vinculados de Impostos

Detalhamento da Fonte de Recursos

1500.1002( Identificação das despesas com ações e serviços públicos de saúde 102,40

DADOS FINANCEIROS

248 - Ag. 82295- C/C. 10.202-4-PREF. MUNIC DE FIGUEIRÃO - FMS C/C 10.202- DEBITO EM CONTA 0 102,40

ASSINATURAS

FABRICIA DANIELA FAGUNDES  
SECRETÁRIO MUNICIPAL

Recebi a importância acima processada

Credor - Doc. nº :



Emissão de comprovantes

G3321310054652631  
13/04/2026 10:35:24

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
13/04/2026 - AUTOATENDIMENTO - 10.35.25  
8229508229 0001

Comprovante Pix

CLIENTE: PREFEITURA MUNICIPAL DE F  
AGENCIA: 8229-5 CONTA: 10.202-4  
=====

SOBRE A TRANSACAO

-----

ID: E0000000020260413130014140750196  
CNPJ DO PAGADOR: 7.158.578/0001-10  
VALOR: R\$102,40  
TARIFA: R\$1,01  
DATA: 13/04/2026 - 10:24:53

-----

PAGO PARA: Thiago Martins  
CPF: \*\*\*.170.011-\*\*  
CHAVE PIX: +5567984829211  
INSTITUICAO: 60746948 BCO BRADESCO S.A.  
AGENCIA: 0788 - CONTA: 0000000000005207703  
TIPO DE CONTA: Conta Corrente

-----

Esta transação pode ser tarifada em até 0,99%,  
com valor máximo de R\$10,00. O valor definitivo  
poderá ser consultado no BBDPJ.

-----

Notificacao enviada em: 13/04/2026 - 10:24:54  
=====

DOCUMENTO: 041303  
AUTENTICACAO SISBB: D.DA6.0FE.2C6.6B8.5C5  
=====

Central de Atendimento BB  
4004 0001  
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB  
0800 729 0722  
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produ-  
tos e servicos.

Ouvidoria  
0800 729 5678  
Reclamacoes nao solucionadas nos canais  
habituais agencia, SAC e Demais canais de  
atendimento.

Atendimento a deficientes auditivos ou fala  
0800 729 0088  
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de cartao  
e outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Transação efetuada com sucesso por: JE677115 JUVENAL CONSOLARO.

Nota de Liquidação  
Liquidação de Empenho

|                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| DADOS DA LIQUIDAÇÃO                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                            |
| Nº da Liquidação: 1                                                                                                                                                                        | Tipo: Liquidação de Empenho                                                                                                                                                                |
| Nº do Empenho: 578                                                                                                                                                                         | Data.....: 13/04/2026                                                                                                                                                                      |
| Data do empenho.....: 10/4/2026                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                            |
| DADOS DO CREDOR                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                            |
| Nome...: 998 - THIAGO MARTINS                                                                                                                                                              | C.N.P.J/C.P.F.:013.170.011-17                                                                                                                                                              |
| Endereço: Rua PRESIDENTE GETÚLIO VARGAS,656                                                                                                                                                | Cidade: FIGUEIRÃO UF: MS                                                                                                                                                                   |
| Telefone...:                                                                                                                                                                               | FAX....:                                                                                                                                                                                   |
| Banco.....:                                                                                                                                                                                | Agência: Conta:                                                                                                                                                                            |
| VALORES                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                            |
| Valor do Empenho.....:                                                                                                                                                                     | 102,40                                                                                                                                                                                     |
| Valor da Nota de Liquidação .....                                                                                                                                                          | 102,40                                                                                                                                                                                     |
| Valor a Liquidar.....:                                                                                                                                                                     | 0,00                                                                                                                                                                                       |
| Valor Líquido Liquidado .....                                                                                                                                                              | 102,40                                                                                                                                                                                     |
| Diaria                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                            |
| Nº Diária...: 287                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                            |
| Data Doc.: 10/04/2026                                                                                                                                                                      | Data Saída: 29/03/2026                                                                                                                                                                     |
| Data Retorno: 29/03/2026                                                                                                                                                                   | Qtd: 1                                                                                                                                                                                     |
| Destino...: COSTA RICA                                                                                                                                                                     | Valor: 102,40                                                                                                                                                                              |
| Objetivo...:                                                                                                                                                                               | Valor que se empenha referente a despesa com acompanhamento remoção de paciente para Costa Rica/MS, no dia 29/03/2026. Correspondente a 01 (uma) remoção. Prontuário 2520. CI nº 575/2026. |
| HISTÓRICO                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                            |
| Valor que se empenha referente a despesa com acompanhamento remoção de paciente para Costa Rica/MS, no dia 29/03/2026. Correspondente a 01 (uma) remoção. Prontuário 2520. CI nº 575/2026. |                                                                                                                                                                                            |
| DADOS DA DOTAÇÃO                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                            |
| Cód. Reduzido: 51                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                            |
| Órg. Unid.....: 06.002                                                                                                                                                                     | UNIDADE BASICA DE SAUDE                                                                                                                                                                    |
| Função.....: 10                                                                                                                                                                            | Saúde                                                                                                                                                                                      |
| Sub-Função...: 122                                                                                                                                                                         | Administração Geral                                                                                                                                                                        |
| Programa.....: 0010                                                                                                                                                                        | SAÚDE                                                                                                                                                                                      |
| Proj./Ativ.....: 2031                                                                                                                                                                      | OPERAÇÃO E MANUTENÇÃO DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE                                                                                                                                        |
| El. Despesa.....: 3.3.90.14.00                                                                                                                                                             | Diárias - Civil                                                                                                                                                                            |
| F. de Recursos.: 1500                                                                                                                                                                      | Recursos não Vinculados de Impostos                                                                                                                                                        |
| Detalhamento da Fonte                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                            |
| 1500.1002000 - Identificação das despesas com ações e serviços públicos de saúde                                                                                                           | 102,40                                                                                                                                                                                     |
| ASSINATURAS                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                            |
| <div></div> <div>FABRICIA DANIELA FAGUNDES<br/>SECRETÁRIO MUNICIPAL</div>                               |                                                                                                                                                                                            |

Nota de Empenho

|                                                                                                                                                                                            |                                                     |                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| DADOS DO EMPENHO                                                                                                                                                                           |                                                     |                                                                                                                                            |
| N.º Empenho.: 578                                                                                                                                                                          | Tipo.: Ordinário                                    | Data.: 10/4/2026                                                                                                                           |
| DADOS DO CREDOR                                                                                                                                                                            |                                                     |                                                                                                                                            |
| Nome.....: 998 - THIAGO MARTINS                                                                                                                                                            | C.N.P.J/C.P.F....: 013.170.011-17                   |                                                                                                                                            |
| Endereço.....: Rua PRESIDENTE GETÚLIO VARGAS,656                                                                                                                                           | Cidade: FIGUEIRÃO                                   | UF. MS                                                                                                                                     |
| Telefone.....:                                                                                                                                                                             | FAX.....:                                           |                                                                                                                                            |
| Banco.....:                                                                                                                                                                                | Agência:                                            | Conta:                                                                                                                                     |
| Gênero Despesa....: REMOÇÃO DE PACIENTE                                                                                                                                                    |                                                     |                                                                                                                                            |
| VALOR                                                                                                                                                                                      |                                                     |                                                                                                                                            |
| 102,40 (Cento e Dois Reais e Quarenta Centavos.)                                                                                                                                           |                                                     |                                                                                                                                            |
| HISTÓRICO                                                                                                                                                                                  |                                                     |                                                                                                                                            |
| Valor que se empenha referente a despesa com acompanhamento remoção de paciente para Costa Rica/MS, no dia 29/03/2026. Correspondente a 01 (uma) remoção. Prontuário 2520. CI nº 575/2026. |                                                     |                                                                                                                                            |
| DADOS DA DOTAÇÃO                                                                                                                                                                           |                                                     |                                                                                                                                            |
| Cód Reduzido.: 51                                                                                                                                                                          |                                                     |                                                                                                                                            |
| Órg. Unid.....: 06.002                                                                                                                                                                     | UNIDADE BASICA DE SAUDE                             |                                                                                                                                            |
| Função.....: 10                                                                                                                                                                            | Saúde                                               |                                                                                                                                            |
| Sub-Função.....: 122                                                                                                                                                                       | Administração Geral                                 |                                                                                                                                            |
| Programa.....: 0010                                                                                                                                                                        | SAÚDE                                               |                                                                                                                                            |
| Proj./Ativ.....: 2031                                                                                                                                                                      | OPERAÇÃO E MANUTENÇÃO DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE |                                                                                                                                            |
| El. Despesa.....: 3.3.90.14.00                                                                                                                                                             | Diárias - Civil                                     |                                                                                                                                            |
| SubElemento....: 14                                                                                                                                                                        | DIÁRIAS NO PAÍS                                     |                                                                                                                                            |
| F. de Recursos.: 1500                                                                                                                                                                      | Recursos não Vinculados de Impostos                 |                                                                                                                                            |
| DETALHAMENTO DA FONTE                                                                                                                                                                      |                                                     |                                                                                                                                            |
| 1500.1002000 - Identificação das despesas com ações e serviços públicos de saúde                                                                                                           |                                                     | 102,40                                                                                                                                     |
| VALORES DA DOTAÇÃO                                                                                                                                                                         |                                                     |                                                                                                                                            |
| Saldo Anterior.....: 168.585,89                                                                                                                                                            | Lanç. Empenho...: 102,40                            | Saldo Atual.....: 168.483,49                                                                                                               |
| ASSINATURA                                                                                                                                                                                 |                                                     | ORDENADOR DA DESPESA                                                                                                                       |
| <br>LORENZO MENDGES MIRANDA<br>CONTADOR                                                                 |                                                     | <br>FABRICIA DANJELA FAGUNDES<br>SECRETÁRIO MUNICIPAL |



**MUNICÍPIO  
DE FIGUEIRÃO**  
MATO GROSSO DO SUL

Secretaria Municipal de Saúde.  
Avenida Moisés de Araújo Galvão, 1595.  
Figueirão/MS – CEP: 79.428-000  
Telefone: (67) 3274-1209

CODIGO Nº 77389.  
PROTOCOLO Nº 1812/2026.  
RECEBI EM 10/04/2026.  
ASS: Kryslaine

**Comunicação Interna nº 575/2026/SMS/PMF**

**Figueirão, Mato Grosso do Sul, 09 de abril, 2026.**

A Secretaria Municipal de Planejamento, Administração e Finanças.  
Prefeitura Municipal de Figueirão/MS.  
Assunto: **Solicitação de pagamento de remoção para servidores.**

1. Considerando a Lei Municipal nº 592, de 28 de maio de 2025, que dispõe sobre o serviço municipal de remoção de pacientes, suas diretrizes, critérios de pagamento e responsabilidades dos profissionais envolvidos, solicito a realização do pagamento de remoção aos servidores abaixo relacionados:

| Servidor/Cargo                                     | Matrícula | Destino/<br>Localidade | Veículo                        | Finalidade      | Data viagem | Valor R\$  |
|----------------------------------------------------|-----------|------------------------|--------------------------------|-----------------|-------------|------------|
| Wagner Saul Amorim<br>da Silva<br>Cargo: Motorista | 01.191    | Costa<br>Rica/MS       | Ambulância<br>Placa<br>OOU9J76 | Alta Hospitalar | 29/03/2026  | R\$ 102,40 |
| Thiago Martins<br>Cargo: Técnico de<br>Enfermagem  | 01.108    |                        |                                |                 |             | R\$ 102,40 |
| TOTAL                                              |           |                        |                                |                 |             | R\$ 204,80 |

2. Os servidores deslocaram-se a serviço conduzindo veículo e prestando assistência durante a remoção do paciente V.B.S, prontuário 2520. Segue em anexo Listagem de Viagem.

3. Informo que despesas inerentes as solicitações acima devem ser empenhadas na unidade orçamentária, a saber:

| Código Reduzido | Fonte | Código Funcional | Projeto Atividade | Elemento de Despesa |
|-----------------|-------|------------------|-------------------|---------------------|
| 51              | 1500  | 10.122.0010      | 2031              | 3.3.90.14.00.00     |

Atenciosamente,

**Fabricia Daniela Fagundes**  
Secretária Municipal de Saúde  
Decreto P/nº. 025, de 06/02/2026



LISTAGEM DE VIAGEM

#4261

DESTINO: COSTA RICA

MOTORISTA: WAGNER SAUL AMORIM DA SILVA

DATA DE SAÍDA: 29/03/26 11:18

OBSERVAÇÃO:

PLACA: OOU9J76

VEÍCULO: UTI MÓVEL

DATA DE CHEGADA: \_\_\_\_\_

PACIENTES: 1

ACOMPANHANTES: 1

2

| SEQ. | NOME DA PESSOA       | IDADE | DOCUMENTO    | TELEFONE                   | HORA DA SAÍDA |
|------|----------------------|-------|--------------|----------------------------|---------------|
| 1    | Vivaldo Berquo Souza | 64    | 1235499MSEXP | 67984143115<br>67984143115 | 11:18         |

LOCAL DE SAÍDA: HOSPITAL MARIANA SILVÉRA FURTADO  
TIPO: Ida e Volta

DESTINO: Fundação Hospitalar - AV. JOSÉ FERREIRA DA COSTA, 2222  
HORA: 11:18      PROC: Alta Hospitalar

ACOMPANHANTES: RG: RG:380312153SPEXP.27/1/03 - THIAGO MARTINS (Técnico de Enfermagem) - DOCUMENTO: RG:380312153SPEXP.27/1/03  
OBSERVAÇÕES: VENHO POR MEIO DESTA SOLICITAR O PAGAMENTO DA REMOÇÃO AOS SERVIDORES NA QUAL EFETUARAM O  
ACESSÓRIOS: TRANSLADO DO PACIENTE DE ALTA HOSPITALAR. PRONTUÁRIO 2520.



|                                                                                                                                                                                                              |                           |      |                |        |                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|------|----------------|--------|-----------------------|
| Identificação do Requerente:                                                                                                                                                                                 |                           |      |                |        |                       |
| <input type="radio"/> Prefeito <input type="radio"/> Vice-prefeito <input type="radio"/> Secretários Municipais, Procurador Jurídico e Chefe de Gabinete. <input checked="" type="radio"/> Demais Servidores |                           |      |                |        |                       |
| Nome Completo:                                                                                                                                                                                               | THIAGO MARTINS            | CPF: | 013.170.011-17 | Cargo: | Técnico de Enfermagem |
| Dados Bancários:                                                                                                                                                                                             | Pix/Telefone: 67984829211 |      |                |        |                       |

Objetivo da Viagem:  
O servidor deslocou-se a serviço prestando assistência durante a remoção do paciente V.B.S, prontuário 2520. Segue em anexo Listagem de Viagem. Veículo: Ambulância Placa OOU9J76.

|                        |                                                     |                                          |                                                |
|------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------------|
| Meio de Transporte:    | <input checked="" type="checkbox"/> Veículo Oficial | <input type="checkbox"/> Veículo Próprio | <input type="checkbox"/> Transporte Rodoviário |
|                        | <input type="checkbox"/> Transporte Aéreo           |                                          |                                                |
| Local de Origem:       | FIGUEIRÃO/MS                                        | Local de Destino:                        | COSTA RICA/MS                                  |
| Início da Permanência: | 29/03/2026                                          | Final da Permanência:                    | 29/03/2026                                     |

|                                    |   |              |            |
|------------------------------------|---|--------------|------------|
| Identificação do Valor da remoção: |   |              |            |
| Quantidade:                        | 2 | Valor UFFIG: | R\$ 51,20  |
|                                    |   | Valor total: | R\$ 102,40 |

Venho por meio desta, requerer autorização para viagem conforme descrito neste formulário, bem como o recebimento da respectiva remoção.

|       |            |                                                                 |
|-------|------------|-----------------------------------------------------------------|
| Data: | 09/04/2026 | Assinatura do Requerente: Thiago Martins<br>Matrícula n. 01.108 |
|-------|------------|-----------------------------------------------------------------|

Aprovação

|       |            |                                                                                               |
|-------|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Data: | 09/04/2026 | Fabricia Daniela Fagundes<br>Secretária Municipal de Saúde<br>Decreto P/n. 025, de 06/02/2026 |
|-------|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|



MUNICÍPIO  
DE FIGUEIRÃO  
MATO GROSSO DO SUL

ANEXO II - RELATÓRIO DE VIAGEM

|                                                                                                                                                                                                              |                    |  |                       |                 |        |                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--|-----------------------|-----------------|--------|-----------------------|
| Identificação do Requerente:                                                                                                                                                                                 |                    |  |                       |                 |        |                       |
| <input type="radio"/> Prefeito <input type="radio"/> Vice-prefeito <input type="radio"/> Secretários Municipais, Procurador Jurídico e Chefe de Gabinete. <input checked="" type="radio"/> Demais Servidores |                    |  |                       |                 |        |                       |
| Nome Completo:                                                                                                                                                                                               | Thiago Martins     |  | Matrícula:            | 01 108          | Cargo: | Técnico de Enfermagem |
| Local de Origem:                                                                                                                                                                                             | Figueirópolis - MS |  | Local de Destino:     | Costa Rica - MS |        |                       |
| Início da Permanência:                                                                                                                                                                                       | 29/03/2026         |  | Final da Permanência: | 29/03/2026      |        |                       |

|                                    |   |              |           |              |            |
|------------------------------------|---|--------------|-----------|--------------|------------|
| Identificação do Valor da remoção: |   |              |           |              |            |
| Quantidade:                        | 2 | Valor UFFIG: | R\$ 51,20 | Valor total: | R\$ 102,40 |

Eu, subscrevente abaixo, nos termos do Decreto nº 150/2017, com as alterações posteriores, venho à presença de Vossa Excelência apresentar o respectivo relatório de viagem, conforme detalhamento abaixo:

Relatório da Viagem:

Remoção paciente

Figueirópolis-MS, 29 de 03 de 2026

Thiago Martins

Assinatura do Requerente

ORDEM DE PAGAMENTO Orçamentária

DADOS DA OP

Tipo: Pagamento de Empenho Data.....: 13/04/2026  
Nº do Empenho: 583 Data do empenho.....: 10/04/2026

DADOS DO CREDOR

Nome....: 3107 - Bruno Santana Avila C.N.P.J/C.P.F.: 045.748.221-47  
Endereço: Avenida Moiseis de Araujo Galvao,86 Casa Cidade: Figueirão UF MS  
Banco.....: Agência: Conta:  
Telefone.: Fax.....:

VALORES

Valor do Empenho.....: 256,00  
Valor da Nota de Pagamento referente a parcela nº 1 .....: 256,00  
Valor pago do Empenho (inclui o valor desta nota).....: 256,00  
Saldo a pagar do Empenho .....: 0,00  
Líquido a Pagar .....: 256,00

HISTÓRICO

Valor que se empenha referente a despesa com traslado remoção de paciente para Campo Grande/MS, no dia 31/03/2026. Correspondente a 01 (uma) remoção. Prontuário 15879. CI nº 579/2026.

DADOS DA DOTAÇÃO

Cód. Reduzido: 51  
Órg. Unid.....: 06.002 UNIDADE BASICA DE SAUDE  
Função.....: 10 Saúde  
Sub-Função.....: 122 Administração Geral  
Programa.....: 0010 SAÚDE  
Proj./Ativ.....: 2031 OPERAÇÃO E MANUTENÇÃO DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE  
El. Despesa.....: 3.3.90.14.00 Diárias - Civil  
F. de Recursos...: 500 Recursos não Vinculados de Impostos

Detalhamento da Fonte de Recursos

1500.1002( Identificação das despesas com ações e serviços públicos de saúde 256,00

DADOS FINANCEIROS

248 - Ag. 82295- C/C. 10.202-4-PREF. MUNIC DE FIGUEIRÃO - FMS C/C 10.202- DEBITO EM CONTA 0 256,00

ASSINATURAS

FABRICIA DANIELA FAGUNDES  
SECRETÁRIO MUNICIPAL

Recebi a importância acima processada

Credor - Doc. nº :



Emissão de comprovantes

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
13/04/2026 - AUTOATENDIMENTO - 10.34.29  
8229508229 0001

Comprovante Pix

CLIENTE: PREFEITURA MUNICIPAL DE F  
AGENCIA: 8229-5 CONTA: 10.202-4

SOBRE A TRANSACAO

ID: E0000000020260413125545965696549  
CNPJ DO PAGADOR: 7.158.578/0001-10  
VALOR: R\$256,00  
TARIFA: R\$2,53  
DATA: 13/04/2026 - 10:26:55

PAGO PARA: Bruno Santana Avila  
CPF: \*\*\*.748.221-\*\*  
CHAVE PIX: +5567999459861  
INSTITUICAO: 03566655 COOP SICREDI CELEIRO OESTE  
AGENCIA: 0914 - CONTA: 0000000000000092564  
TIPO DE CONTA: Conta Corrente

Esta transação pode ser tarifada em até 0,99%,  
com valor máximo de R\$10,00. O valor definitivo  
poderá ser consultado no BBDPJ.

Notificacao enviada em: 13/04/2026 - 10:26:56

DOCUMENTO: 041306  
AUTENTICACAO SISBB: F.F49.EE2.826.A3D.22A

Central de Atendimento BB  
4004 0001  
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

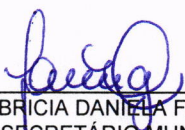
SAC BB  
0800 729 0722  
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produ-  
tos e servicos.

Ouvidoria  
0800 729 5678  
Reclamacoes nao solucionadas nos canais  
habituais agencia, SAC e Demais canais de  
atendimento.

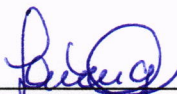
Atendimento a deficientes auditivos ou fala  
0800 729 0088  
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de cartao  
e outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Transação efetuada com sucesso por: JE677115 JUVENAL CONSOLARO.

Nota de Liquidação  
Liquidação de Empenho

|                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| DADOS DA LIQUIDAÇÃO                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                          |
| Nº da Liquidação: 1                                                                                                                                                                      | Tipo: Liquidação de Empenho                                                                                                                                                              |
| Nº do Empenho: 583                                                                                                                                                                       | Data.....: 13/04/2026                                                                                                                                                                    |
| DADOS DO CREDOR                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                          |
| Nome...: 3107 - Bruno Santana Avila                                                                                                                                                      | C.N.P.J/C.P.F:045.748.221-47                                                                                                                                                             |
| Endereço: Avenida Moiseis de Araujo Galvao,86 Casa                                                                                                                                       | Cidade: Figueirão UF: MS                                                                                                                                                                 |
| Telefone...:                                                                                                                                                                             | FAX.....:                                                                                                                                                                                |
| Banco.....: Agência: Conta:                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                          |
| VALORES                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                          |
| Valor do Empenho.....:                                                                                                                                                                   | 256,00                                                                                                                                                                                   |
| Valor da Nota de Liquidação .....                                                                                                                                                        | 256,00                                                                                                                                                                                   |
| Valor a Liquidar.....:                                                                                                                                                                   | 0,00                                                                                                                                                                                     |
| Valor Líquido Liquidado .....                                                                                                                                                            | 256,00                                                                                                                                                                                   |
| Diaria                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                          |
| Nº Diária...: 282                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                          |
| Data Doc.: 10/04/2026                                                                                                                                                                    | Data Saída: 31/03/2026                                                                                                                                                                   |
| Data Retorno: 31/03/2026                                                                                                                                                                 | Qtd: 1                                                                                                                                                                                   |
| Destino...: CAMPO GRANDE                                                                                                                                                                 | Valor: 256,00                                                                                                                                                                            |
| Objetivo...:                                                                                                                                                                             | Valor que se empenha referente a despesa com translado remoção de paciente para Campo Grande/MS, no dia 31/03/2026. Correspondente a 01 (uma) remoção. Prontuário 15879. CI nº 579/2026. |
| HISTÓRICO                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                          |
| Valor que se empenha referente a despesa com translado remoção de paciente para Campo Grande/MS, no dia 31/03/2026. Correspondente a 01 (uma) remoção. Prontuário 15879. CI nº 579/2026. |                                                                                                                                                                                          |
| DADOS DA DOTAÇÃO                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                          |
| Cód. Reduzido: 51                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                          |
| Órg. Unid.....: 06.002                                                                                                                                                                   | UNIDADE BASICA DE SAUDE                                                                                                                                                                  |
| Função.....: 10                                                                                                                                                                          | Saúde                                                                                                                                                                                    |
| Sub-Função...: 122                                                                                                                                                                       | Administração Geral                                                                                                                                                                      |
| Programa.....: 0010                                                                                                                                                                      | SAÚDE                                                                                                                                                                                    |
| Proj./Ativ.....: 2031                                                                                                                                                                    | OPERAÇÃO E MANUTENÇÃO DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE                                                                                                                                      |
| El. Despesa....: 3.3.90.14.00                                                                                                                                                            | Diárias - Civil                                                                                                                                                                          |
| F. de Recursos.: 1500                                                                                                                                                                    | Recursos não Vinculados de Impostos                                                                                                                                                      |
| Detalhamento da Fonte                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                          |
| 1500.1002000 - Identificação das despesas com ações e serviços públicos de saúde                                                                                                         | 256,00                                                                                                                                                                                   |
| ASSINATURAS                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                          |
| <div><br/>FABRICIA DANIELA FAGUNDES<br/>SECRETÁRIO MUNICIPAL</div>                                    |                                                                                                                                                                                          |

Nota de Empenho

|                                                                                                                                                                                         |                                                     |                                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| DADOS DO EMPENHO                                                                                                                                                                        |                                                     |                                                                                                                                            |
| N.º Empenho...: 583                                                                                                                                                                     | Tipo...: Ordinário                                  | Data.: 10/4/2026                                                                                                                           |
| DADOS DO CREDOR                                                                                                                                                                         |                                                     |                                                                                                                                            |
| Nome.....: 3107 - Bruno Santana Avila                                                                                                                                                   | C.N.P.J/C.P.F....: 045.748.221-47                   |                                                                                                                                            |
| Endereço....: Avenida Moiseis de Araujo Galvao,86 Casa                                                                                                                                  | Cidade: Figueirão                                   | UF. MS                                                                                                                                     |
| Telefone.....:                                                                                                                                                                          | FAX.....:                                           |                                                                                                                                            |
| Banco.....:                                                                                                                                                                             | Agência:                                            | Conta:                                                                                                                                     |
| Gênero Despesa....: REMOÇÃO DE PACIENTE                                                                                                                                                 |                                                     |                                                                                                                                            |
| VALOR                                                                                                                                                                                   |                                                     |                                                                                                                                            |
| 256,00 (Duzentos e Cinquenta e Seis Reais.)                                                                                                                                             |                                                     |                                                                                                                                            |
| HISTÓRICO                                                                                                                                                                               |                                                     |                                                                                                                                            |
| Valor que se empenha referente a despesa com traslado remoção de paciente para Campo Grande/MS, no dia 31/03/2026. Correspondente a 01 (uma) remoção. Prontuário 15879. CI nº 579/2026. |                                                     |                                                                                                                                            |
| DADOS DA DOTAÇÃO                                                                                                                                                                        |                                                     |                                                                                                                                            |
| Cód Reduzido.: 51                                                                                                                                                                       |                                                     |                                                                                                                                            |
| Órg. Unid.....: 06.002                                                                                                                                                                  | UNIDADE BASICA DE SAUDE                             |                                                                                                                                            |
| Função.....: 10                                                                                                                                                                         | Saúde                                               |                                                                                                                                            |
| Sub-Função.....: 122                                                                                                                                                                    | Administração Geral                                 |                                                                                                                                            |
| Programa.....: 0010                                                                                                                                                                     | SAÚDE                                               |                                                                                                                                            |
| Proj./Ativ.....: 2031                                                                                                                                                                   | OPERAÇÃO E MANUTENÇÃO DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE |                                                                                                                                            |
| El. Despesa.....: 3.3.90.14.00                                                                                                                                                          | Diárias - Civil                                     |                                                                                                                                            |
| SubElemento....: 14                                                                                                                                                                     | DIÁRIAS NO PAÍS                                     |                                                                                                                                            |
| F. de Recursos.: 1500                                                                                                                                                                   | Recursos não Vinculados de Impostos                 |                                                                                                                                            |
| DETALHAMENTO DA FONTE                                                                                                                                                                   |                                                     |                                                                                                                                            |
| 1500.1002000 - Identificação das despesas com ações e serviços públicos de saúde                                                                                                        |                                                     | 256,00                                                                                                                                     |
| VALORES DA DOTAÇÃO                                                                                                                                                                      |                                                     |                                                                                                                                            |
| Saldo Anterior....: 167.920,29                                                                                                                                                          | Lanç. Empenho...: 256,00                            | Saldo Atual.....: 167.664,29                                                                                                               |
| ASSINATURA                                                                                                                                                                              |                                                     | ORDENADOR DA DESPESA                                                                                                                       |
| <br>LORENZO HENDGES MIRANDA<br>CONTADOR                                                              |                                                     | <br>FABRICIA DANIELA FAGUNDES<br>SECRETÁRIO MUNICIPAL |



**MUNICÍPIO  
DE FIGUEIRÃO**  
MATO GROSSO DO SUL

Secretaria Municipal de Saúde.  
Avenida Moisés de Araújo Galvão, 1595.  
Figueirão/MS – CEP: 79.428-000  
Telefone: (67) 3274-1209

CÓDIGO Nº 77390.  
PROTOCOLO Nº 1813/2026  
RECEBI EM 10/04/2026  
ASS: Kaylaine

**Comunicação Interna nº 579/2026/SMS/PMF**

**Figueirão, Mato Grosso do Sul, 09 de abril, 2026.**

A Secretaria Municipal de Planejamento, Administração e Finanças.

Prefeitura Municipal de Figueirão/MS.

Assunto: **Solicitação de pagamento de remoção para servidores.**

1. Considerando a Lei Municipal nº 592, de 28 de maio de 2025, que dispõe sobre o serviço municipal de remoção de pacientes, suas diretrizes, critérios de pagamento e responsabilidades dos profissionais envolvidos, solicito a realização do pagamento de remoção aos servidores abaixo relacionados:

| Servidor/Cargo                                                     | Matrícula | Destino/<br>Localidade | Veículo                        | Finalidade             | Data viagem | Valor R\$  |
|--------------------------------------------------------------------|-----------|------------------------|--------------------------------|------------------------|-------------|------------|
| Bruno Santana Avila<br>Cargo: Motorista                            | 01.306    | Campo<br>Grande/MS     | Ambulância<br>Placa<br>OOU9J76 | Remoção de<br>paciente | 31/03/2026  | R\$ 256,00 |
| Marcos Antonio Silva<br>Ribeiro<br>Cargo: Técnico de<br>Enfermagem | 01.291    |                        |                                |                        |             | R\$ 256,00 |
| Lavinia Rosa Maria<br>Pestana Cabral<br>Cargo:Enfermeira           | 04.275    |                        |                                |                        |             | R\$ 256,00 |
| TOTAL                                                              |           |                        |                                |                        |             | R\$ 768,00 |

2. Os servidores deslocaram-se a serviço conduzindo veículo e prestando assistência durante a remoção Inter hospitalar do paciente J.M.S, prontuário 15879, para a Santa Casa de Campo Grande/MS. Segue em anexo Listagem de Viagem.

3. Informo que despesas inerentes as solicitações acima devem ser empenhadas na unidade orçamentária, a saber:

| Código Reduzido | Fonte | Código Funcional | Projeto Atividade | Elemento de Despesa |
|-----------------|-------|------------------|-------------------|---------------------|
| 51              | 1500  | 10.122.0010      | 2031              | 3.3.90.14.00.00     |

Atenciosamente,

**Fabricia Daniela Fagundes**

Secretária Municipal de Saúde

Decreto P/nº. 025, de 06/02/2026



LISTAGEM DE VIAGEM

#4263

DESTINO: CAMPO GRANDE

MOTORISTA: BRUNO SANTANA AVILA

DATA DE SAÍDA: 31/03/26 20:30

OBSERVAÇÃO:

PLACA: OOU9J76

VEÍCULO: UTI MÓVEL

DATA DE CHEGADA: \_\_\_\_\_

PACIENTES: 1

ACOMPANHANTES: 2

3

| SEQ. | NOME DA PESSOA         | IDADE | DOCUMENTO | TELEFONE    | HORA DA SAÍDA |
|------|------------------------|-------|-----------|-------------|---------------|
| 1    | Jose Mauricio Da Silva | 40    | -         | 67999958641 | 20:30         |
|      |                        |       |           | 67999958641 |               |

LOCAL DE SAÍDA: HOSPITAL MARIANA SILVÉRA FURTADO  
TIPO: Ida e Volta

DESTINO: Hospital Santa Casa - R. EDUARDO SANTOS PEREIRA, 88  
HORA: 20:30      PROC: Clínica Médica

ACOMPANHANTES: RG: null - LAVINIA ROSA MARIA PESTANA CABRAL (ENFERMEIRA) - DOCUMENTO: 06415721151  
RG: null - MARCOS ANTONIO SILVA RIBEIRO (TÉCNICO DE ENFERMAGEM) - DOCUMENTO: 03829158106  
OBSERVAÇÕES: VENHO POR MEIO DESTA SOLICITAR O PAGAMENTO DE REMOÇÃO AOS SERVIDORES NA QUAL EFETUARAM O  
ACESSÓRIOS: TRANSLADO DO PACIENTE PARA A SANTA CASA DE CAMPO GRANDE/MS.



|                                                                                                                                                                                                              |                     |             |      |                |        |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-------------|------|----------------|--------|-----------|
| Identificação do Requerente:                                                                                                                                                                                 |                     |             |      |                |        |           |
| <input type="radio"/> Prefeito <input type="radio"/> Vice-prefeito <input type="radio"/> Secretários Municipais, Procurador Jurídico e Chefe de Gabinete. <input checked="" type="radio"/> Demais Servidores |                     |             |      |                |        |           |
| Nome Completo:                                                                                                                                                                                               | Bruno Santana Ávila |             | CPF: | 045.748.221-47 | Cargo: | Motorista |
| Dados Bancários:                                                                                                                                                                                             | PIX                 | 67999459861 |      |                |        |           |

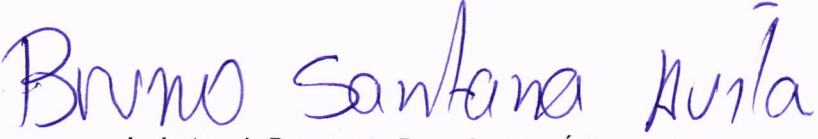
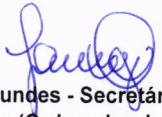
Objetivo da Viagem:

O servidor deslocou-se a serviço conduzindo veículo durante a remoção Inter hospitalar do paciente J.M.S, prontuário 15879, para a Santa Casa de Campo Grande/MS. Segue em anexo Listagem de Viagem.Veículo: Ambulância Placa OOU9J76.

|                        |                                                     |                                          |                                                |
|------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------------|
| Meio de Transporte:    | <input checked="" type="checkbox"/> Veículo Oficial | <input type="checkbox"/> Veículo Próprio | <input type="checkbox"/> Transporte Rodoviário |
|                        | <input type="checkbox"/> Transporte Aéreo           |                                          |                                                |
| Local de Origem:       | FIGUEIRÃO/MS                                        | Local de Destino:                        | CAMPO GRANDE/MS                                |
| Início da Permanência: | 31/03/2026                                          | Final da Permanência:                    | 31/03/2026                                     |

|                                    |   |              |            |
|------------------------------------|---|--------------|------------|
| Identificação do Valor da Remoção: |   |              |            |
| Quantidade:                        | 5 | Valor UFFIG: | R\$ 51,20  |
|                                    |   | Valor total: | R\$ 256,00 |

Venho por meio desta, requerer autorização para viagem conforme descrito neste formulário, bem como o recebimento da respectiva remoção.

|           |            |                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Data:     | 10/04/2026 | <br>Assinatura do Requerente: Bruno Santana Ávila matrícula n. 01.306                                                                          |
| Aprovação |            |                                                                                                                                                                                                                                    |
| Data:     | 10/04/2026 | <br>Fabricia Daniela Fagundes - Secretária Municipal de Saúde - Decreto P/n. 025, de 06/02/2026<br>Assinatura e Carimbo (Ordenador de Despesa): |



|                                                                                                                                                                                                              |                     |              |                       |                  |                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|--------------|-----------------------|------------------|------------------|
| Identificação do Requerente:                                                                                                                                                                                 |                     |              |                       |                  |                  |
| <input type="radio"/> Prefeito <input type="radio"/> Vice-prefeito <input type="radio"/> Secretários Municipais, Procurador Jurídico e Chefe de Gabinete. <input checked="" type="radio"/> Demais Servidores |                     |              |                       |                  |                  |
| Nome Completo:                                                                                                                                                                                               | Bruno Santana Ávila |              | Matrícula:            | 1.306            | Cargo: Motorista |
| Local de Origem:                                                                                                                                                                                             | Figueirópolis - MS  |              | Local de Destino:     | Campo Grande- MS |                  |
| Início da Permanência:                                                                                                                                                                                       | 31/03/2026          |              | Final da Permanência: | 31/03/2026       |                  |
| Identificação do Valor da Remoção:                                                                                                                                                                           |                     |              |                       |                  |                  |
| Quantidade:                                                                                                                                                                                                  | 5                   | Valor UFFIG: | R\$ 51,20             | Valor total:     | R\$ 256,00       |

Eu, subscrevente abaixo, nos termos do Decreto nº 150/2017, com as alterações posteriores, venho à presença de Vossa Excelência apresentar o respectivo relatório de viagem, conforme detalhamento abaixo:

Relatório da Viagem:

Levar paciente Hospital Campo Grande

Figueirópolis-MS 23 de Julho de 2026

Bruno Santana Ávila

Assinatura do Requerente