

## ORDEM DE PAGAMENTO Orçamentária

## DADOS DA OP

Tipo: Pagamento de Empenho

Data.....: 28/05/2026

Nº do Empenho: 877

Data do empenho.....: 27/05/2026

## DADOS DO CREDOR

Nome.....: 149 - ANTONIO APARECIDO BARBOSA

C.N.P.J/C.P.F.: 356.685.551-00

Endereço:

Cidade:

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          |
| <b>Líquido a Pagar .....</b>                              | <b>102,40</b> |

## HISTÓRICO

Valor que se empenha referente a despesa com traslado remoção de paciente para Costa Rica/MS, no dia 14/05/2026. Correspondente a 01 (uma) remoção. Prontuário 3761. CI nº 826/2026.

## 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                 |

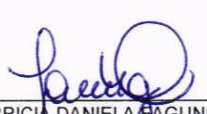
## Detalhamento da Fonte de Recursos

|                                                                              |        |
|------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 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 :



---

**Transferência entre contas diversas**

---

**Debitado**

Nome                    PREFEITURA MUNICIPAL DE F  
Agência                8229-5  
Conta corrente        10202-4

**Creditado**

Nome                    ANTONIO APARECIDO BARBOSA  
Agência                8229-5  
Conta corrente        7269-9  
Valor                   102,40  
Destinação            0  
Data                    Nesta data

---

|              |                                        |                     |
|--------------|----------------------------------------|---------------------|
| Assinada por | JJ172940 THIAGO INACIO D PAULA FURTADO | 28/05/2026 10:20:37 |
|              | JE677115 JUVENAL CONSOLARO             | 28/05/2026 10:39:33 |

Transação efetuada com sucesso.

---

Transação efetuada com sucesso por: JE677115 JUVENAL CONSOLARO.

## Nota de Liquidação

## Liquidação de Empenho

|                                                                                                                                                                                                   |                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <b>DADOS DA LIQUIDAÇÃO</b>                                                                                                                                                                        |                                                     |
| Nº da Liquidação: 1                                                                                                                                                                               | Tipo: Liquidação de Empenho                         |
| Nº do Empenho: 877                                                                                                                                                                                | Data.....: 28/05/2026                               |
| Data do empenho.....: 27/5/2026                                                                                                                                                                   |                                                     |
| <b>DADOS DO CREDOR</b>                                                                                                                                                                            |                                                     |
| Nome...: 149 - ANTONIO APARECIDO BARBOSA                                                                                                                                                          | C.N.P.J/C.P.F.:356.685.551-00                       |
| Endereço:                                                                                                                                                                                         | Cidade: UF: MS                                      |
| Telefone...:                                                                                                                                                                                      | FAX.....:                                           |
| Banco.....: Agência: Conta:                                                                                                                                                                       |                                                     |
| <b>VALORES</b>                                                                                                                                                                                    |                                                     |
| Valor do Empenho.....:                                                                                                                                                                            | 102,40                                              |
| Valor da Nota de Liquidação .....                                                                                                                                                                 | 102,40                                              |
| Valor a Liquidar.....:                                                                                                                                                                            | 0,00                                                |
| Valor Líquido Liquidado .....                                                                                                                                                                     | 102,40                                              |
| <b>Diaria</b>                                                                                                                                                                                     |                                                     |
| Nº Diária...: 449                                                                                                                                                                                 |                                                     |
| Data Doc.: 27/05/2026                                                                                                                                                                             | Data Saída: 14/05/2026                              |
| Data Retorno: 14/05/2026                                                                                                                                                                          | Qtd: 1                                              |
| Destino...: COSTA RICA                                                                                                                                                                            | Valor: 102,40                                       |
| Objetivo...: Valor que se empenha referente a despesa com traslado remoção de paciente para Costa Rica/MS, no dia 14/05/2026. Correspondente a 01 (uma) remoção. Prontuário 3761. CI nº 826/2026. |                                                     |
| <b>HISTÓRICO</b>                                                                                                                                                                                  |                                                     |
| Valor que se empenha referente a despesa com traslado remoção de paciente para Costa Rica/MS, no dia 14/05/2026. Correspondente a 01 (uma) remoção. Prontuário 3761. CI nº 826/2026.              |                                                     |
| <b>DADOS DA DOTAÇÃO</b>                                                                                                                                                                           |                                                     |
| 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                 |
| <b>Detalhamento da Fonte</b>                                                                                                                                                                      |                                                     |
| 1500.1002000 - Identificação das despesas com ações e serviços públicos de saúde                                                                                                                  | 102,40                                              |
| <b>ASSINATURAS</b>                                                                                                                                                                                |                                                     |
|                                                                                                                |                                                     |
| FABRICIA DANIELA FAGUNDES<br>SECRETÁRIO MUNICIPAL                                                                                                                                                 |                                                     |

## Nota de Empenho

|                                                                                                                                                                                      |                                                     |                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>DADOS DO EMPENHO</b>                                                                                                                                                              |                                                     |                                                                                                                                            |
| N.º Empenho.: 877                                                                                                                                                                    | Tipo.: Ordinário                                    | Data.: 27/5/2026                                                                                                                           |
| <b>DADOS DO CREDOR</b>                                                                                                                                                               |                                                     |                                                                                                                                            |
| Nome.....: 149 - ANTONIO APARECIDO BARBOSA                                                                                                                                           | C.N.P.J/C.P.F.: 356.685.551-00                      |                                                                                                                                            |
| Endereço.....:                                                                                                                                                                       | Cidade:                                             | UF. MS                                                                                                                                     |
| Telefone.....:                                                                                                                                                                       | FAX.....:                                           |                                                                                                                                            |
| Banco.....:                                                                                                                                                                          | Agência:                                            | Conta:                                                                                                                                     |
| Gênero Despesa.: REMOÇÃO DE PACIENTE                                                                                                                                                 |                                                     |                                                                                                                                            |
| <b>VALOR</b>                                                                                                                                                                         |                                                     |                                                                                                                                            |
| 102,40 (Cento e Dois Reais e Quarenta Centavos.)                                                                                                                                     |                                                     |                                                                                                                                            |
| <b>HISTÓRICO</b>                                                                                                                                                                     |                                                     |                                                                                                                                            |
| Valor que se empenha referente a despesa com traslado remoção de paciente para Costa Rica/MS, no dia 14/05/2026. Correspondente a 01 (uma) remoção. Prontuário 3761. CI nº 826/2026. |                                                     |                                                                                                                                            |
| <b>DADOS DA DOTAÇÃO</b>                                                                                                                                                              |                                                     |                                                                                                                                            |
| 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                 |                                                                                                                                            |
| <b>DETALHAMENTO DA FONTE</b>                                                                                                                                                         |                                                     |                                                                                                                                            |
| 1500.1002000 - Identificação das despesas com ações e serviços públicos de saúde                                                                                                     |                                                     | 102,40                                                                                                                                     |
| <b>VALORES DA DOTAÇÃO</b>                                                                                                                                                            |                                                     |                                                                                                                                            |
| Saldo Anterior....: 115.581,64                                                                                                                                                       | Lanç. Empenho.: 102,40                              | Saldo Atual.....: 115.479,24                                                                                                               |
| <b>ASSINATURA</b>                                                                                                                                                                    |                                                     | <b>ORDENADOR DA DESPESA</b>                                                                                                                |
| <br>LORENZO HENGDES 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

**Comunicação Interna nº 826/2026/SMS/PMF**

**Figueirão, Mato Grosso do Sul, 26 de maio de 2026.**

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

CODIGO Nº 78273.  
PROTOCOLO Nº 2696/2026.  
RECEBI EM 27/05/2026.  
ASS: Kryslaine

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\$  |
|-------------------------------------------------------------------|-----------|------------------------|-----------------------------|------------------------|-------------|------------|
| Antonio Aparecido<br>Barbosa<br>Cargo: Motorista                  | 01.122    | Costa<br>Rica/MS       | Ambulância<br>Placa RWJ2C31 | Remoção de<br>paciente | 14/05/2026  | R\$ 102,40 |
| Beatriz Nogueira de<br>Rezende<br>Cargo: Técnica de<br>Enfermagem | 04.428    |                        |                             |                        |             | R\$ 102,40 |
| TOTAL                                                             |           |                        |                             |                        |             | R\$ 204,80 |

2. Os servidores deslocaram-se a serviço conduzindo veículo e prestando assistência durante a remoção Inter hospitalar do paciente W.S.D.C, prontuário 3761, para a Fundação Hospitalar em Costa Rica/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.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE FIGUEIRÃO**  
**HOSPITAL MUNICIPAL MARIANA SILVERIA**  
**ADMINISTRATIVO**

**LISTAGEM DE VIAGEM**

**#4472**

**DESTINO:** COSTA RICA  
**MOTORISTA:** ANTONIO APARECIDO BARBOSA  
**DATA DE SAÍDA:** 14/05/26 14:00  
**OBSERVAÇÃO:**

**PLACA:** RWJ2C31  
**VEÍCULO:** AMBULÂNCIA RENAULT MASTER  
**DATA DE CHEGADA:** \_\_\_\_\_

**PACIENTES:** 1  
**ACOMPANHANTES:** 1  
2

| SEQ. | NOME DA PESSOA              | IDADE | DOCUMENTO | TELEFONE                        | EMBARQUE |
|------|-----------------------------|-------|-----------|---------------------------------|----------|
| 1    | Wanderson Santos Dias Chevi | 25    | 2057245   | 67984091489<br>(67) 9 8409-1489 | 14:00    |

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

**DESTINO:** Fundação Hospitalar - AV. JOSÉ FERREIRA DA COSTA, 2222  
**HORA:** 14:00      **PROC:** Ortopedista

**ACOMPANHANTES:** RG: null - BEATRIZ NOGUEIRA DE REZENDE (TÉCNICA DE ENFERMAGEM) - DOCUMENTO: 86624130130  
**OBSERVAÇÕES:** VENHO POR MEIO DESTA SOLICITAR O PAGAMENTO DA REMOÇÃO DOS SERVIDORES MENCIONADOS NA QUAL EFETUARAM O TRANSLADO DO PACIENTE PARA FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE COSTA RICA/MS. PRONTUÁRIO 3761.  
**ACESSÓRIOS:**



**MUNICÍPIO  
DE FIGUEIRÃO**  
MATO GROSSO DO SUL

**ANEXO I - FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE CONCESSÃO DE DIÁRIA**

|                                                                                                                                                                                                                                                                              |                           |                |                       |                |            |           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|----------------|-----------------------|----------------|------------|-----------|
| <b>Identificação do Requerente:</b>                                                                                                                                                                                                                                          |                           |                |                       |                |            |           |
| <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:                                                                                                                                                                                                                                                               | ANTONIO APARECIDO BARBOSA |                | CPF:                  | 356.685.551-00 | Cargo:     | MOTORISTA |
| Dados Bancários:                                                                                                                                                                                                                                                             | Banco                     | Brasil         | Agência               | 8229-5         | Conta      | 7269-9    |
| <b>Objetivo da Viagem:</b><br>O servidor deslocou-se a serviço conduzindo veículo durante a remoção Inter hospitalar do paciente W.S.D.C, prontuário 3761, para a Fundação Hospitalar em Costa Rica/MS. Segue em anexo Listagem de Viagem.Veículo: Ambulância Placa RWJ2C31. |                           |                |                       |                |            |           |
| <b>Meio de Transporte:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Veículo Oficial <input type="checkbox"/> Veículo Próprio <input type="checkbox"/> Transporte Rodoviário<br><input type="checkbox"/> Transporte Aéreo                                                          |                           |                |                       |                |            |           |
| Local de Origem:                                                                                                                                                                                                                                                             | FIGUEIRÃO/MS              |                | Local de Destino:     | COSTA RICA/MS  |            |           |
| Início da Permanência:                                                                                                                                                                                                                                                       | 14/05/2026                |                | Final da Permanência: | 14/05/2026     |            |           |
| <b>Identificação do Valor da diária:</b>                                                                                                                                                                                                                                     |                           |                |                       |                |            |           |
| Quantidade:                                                                                                                                                                                                                                                                  | 2                         | Valor Unitário | 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:                                                                    | 26/05/2026 |
| Assinatura do Requerente: Antonio Aparecido Barbosa- matricula n. 01.122 |            |

Aprovação

|                                                                                                                                            |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| Data:                                                                                                                                      | 26/05/2026 |
| Fabricia Daniela Fagundes- Secretária Municipal de Saúde - Decreto P/n. 025, de 06/02/2026<br>Assinatura e Carimbo (Ordenador de Despesa): |            |



**MUNICÍPIO  
DE FIGUEIRÃO**  
MATO GROSSO DO SUL

**ANEXO II - RELATÓRIO DE VIAGEM**

|                                                                                                                                                                                                              |                           |                       |                 |        |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-----------------------|-----------------|--------|-----------|
| <b>Identificação do Requerente:</b>                                                                                                                                                                          |                           |                       |                 |        |           |
| <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:                                                                                                                                                                                               | Antonio Aparecido Barbosa | Matrícula:            | 01 122          | Cargo: | Motorista |
| Local de Origem:                                                                                                                                                                                             | Figueirópolis - MS        | Local de Destino:     | Costa Rica - MS |        |           |
| Início da Permanência:                                                                                                                                                                                       | 14/05/2026                | Final da Permanência: | 14/05/2026      |        |           |

|                                           |   |                       |           |              |            |
|-------------------------------------------|---|-----------------------|-----------|--------------|------------|
| <b>Identificação do Valor da Remoção:</b> |   |                       |           |              |            |
| Quantidade:                               | 2 | Valor Unitário UFFIG: | R\$ 51,20 | Valor total: | R\$ 102,40 |

Eu, subscrite 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:**

\*

Fiz ótima viagem ida e volta.

Figueirópolis-MS,

03

de

Agosto

de

2026

Antonio Ap. Barbosa

Assinatura do Requerente