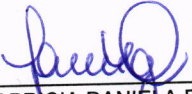


Nota de Liquidação
Liquidação de Empenho

DADOS DA LIQUIDAÇÃO		Data..... 02/06/2026	
Nº da Liquidação: 1	Tipo: Liquidação de Empenho		
Nº do Empenho: 927	Data do empenho..... 2/6/2026		
DADOS DO CREDOR		C.N.P.J/C.P.F:07.158.578/0002-09	
Nome.... 66 - FOLHA DE PAGAMENTO MENSAL - FMS	Cidade:	UF: MS	
Endereço:	FAX.....		
Telefone...:			
Banco.....:	Agência:	Conta:	
VALORES			
Valor do Empenho.....		13.609,90	
Valor da Nota de Liquidação		13.609,90	
Valor a Liquidar.....		0,00	
Retenções			
Cód. Descrição	Código	C. Corrente	Valor
139 INSS - FMS	248	10.202-4	1.226,82
Total das Retenções			1.226,82
Valor Líquido Liquidado			12.383,08
HISTÓRICO			
VALOR QUE SE EMPENHA REFERENTE A FOLHA DE PAGAMENTO - FMS 7-1-5 - DEPARTAMENTO DE SAÚDE DA COMPETENCIA 6/2026			
DADOS DA DOTAÇÃO			
Cód. Reduzido: 1			
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.....: 3.1.90.11.00	Vencimentos e Vantagens Fixas - Pessoal Civil		
F. de Recursos.: 1500	Recursos não Vinculados de Impostos		
Detalhamento da Fonte		13.609,90	
1500.1002000 - Identificação das despesas com ações e serviços públicos de saúde			
ASSINATURAS			
			
FABRÍCIA DANIELA FAGUNDES SECRETÁRIO MUNICIPAL			

ORDEM DE PAGAMENTO Orçamentária

DADOS DA OP

Tipo: Pagamento de Empenho Data....: 02/06/2026
Nº do Empenho: 927 Data do empenho....: 02/06/2026

DADOS DO CREDOR

Nome....: 66 - FOLHA DE PAGAMENTO MENSAL - FMS C.N.P.J/C.P.F.: 07.158.578/0002-09
Endereço: Cidade: UF MS
Banco.....: Agência: Conta:
Telefone.: Fax.....:

VALORES

Valor do Empenho.....: 13.609,90
Valor da Nota de Pagamento referente a parcela nº 1: 12.383,08
Valor pago do Empenho (inclui o valor desta nota).....: 13.609,90
Saldo a pagar do Empenho: 0,00
Líquido a Pagar: 12.383,08

HISTÓRICO

VALOR QUE SE EMPENHA REFERENTE A FOLHA DE PAGAMENTO - FMS 7-1-5 - DEPARTAMENTO DE SAÚDE DA COMPETENCIA 6/2026

DADOS DA DOTAÇÃO

Cód. Reduzido: 1
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.....: 3.1.90.11.00 Vencimentos e Vantagens Fixas - Pessoal 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 12.383,08

DADOS FINANCEIROS

248 - Ag. 82295- C/C. 10.202-4-PREF. MUNIC DE FIGUEIRÃO - FMS C/C 10.202- DEBITO EM CONTA 0 12.383,08

ASSINATURAS

FABRICIA DANIELA FAGUNDES
SECRETÁRIO MUNICIPAL

Recebi a importância acima processada

Credor - Doc. nº :



Pagamentos a terceiros - Liberação de lote

Dados do lote		
Agência do débito	8229-5	
Conta do débito	10202-4	
Descrição lote	PAG SALARIO C/CTA	
Situação lote	LIBERADO	
Data débito	02/06/2026	
Data pagamento	03/06/2026	
Quantidade lançamentos liberados	5	
Quantidade lançamentos bloqueados	0	
Valor liberado R\$	12.383,08	
Forma de pagamento	Débito em conta corrente	
Assinada por	JE677115 JUVENAL CONSOLARO	02/06/2026 14:05:14
	JJ172940 THIAGO INACIO D PAULA FURTADO	02/06/2026 14:10:40
Transação efetuada com sucesso.		
Transação efetuada com sucesso por: JJ172940 THIAGO INACIO D PAULA FURTADO.		



02/06/2026 - 09:35:17

Competência: JUNHO/2026

SECRETARIA: 7 -SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO: 1 -FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
SETOR: 5 -DEPARTAMENTO DE SAÚDE

Data Para Pagamento: 03/06/2026

Número da Remessa: 947

Arquivo de Remessa: PM FIGUEIRAO - FMS BB.txt

Favorecido	Inscrição	Agência	Conta	Tipo	Valor
CLAUDINEY PANIAGO FERREIRA	835.910.521-91	8229-5	5709-6	023-Salário	2.700,60
CRISTOPHER ALEX PALHARES DA ROCHA	050.671.311-36	8229-5	5982-x	001 - Conta Corrente	4.384,88
DAGMAR RAUL AMORIM DA SILVA	024.780.221-25	8229-5	11210-0	001 - Conta Corrente	3.567,77
LAIS GUIOMAR CARDOSO DE OLIVEIRA	691.964.271-91	8229-5	6270-7	001 - Conta Corrente	1.612,91
SANDRO RAMOS PAIVA	780.978.601-63	0391-3	84009-2	001 - Conta Corrente	116,92

Quantidade de Registros: 5	Total:	12.383,08
----------------------------	--------	-----------

Quantidade Geral de Registros: 5	Total Geral:	12.383,08
----------------------------------	--------------	-----------

Autorizamos a liberação de processamento do arquivo 'PM FIGUEIRAO - FMS BB.txt' para pagamento de salários,transmitido eletronicamente e contendo 5 registro(s) no valor de R\$ 12.383,08 (Doze Mil Trezentos e Oitenta e Três Reais e Oito Centavos) em favor do(s) correntista(s) acima relacionado(s).

Conta corrente para débito:

Conta: 10202-4 / Agência: 8229-5

PREFEITURA MUNICIPAL DE FIGUEIRÃO



RESUMO DA FOLHA DE PAGAMENTO MENSAL - JUNHO/2026

SECRETARIA: 7 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO: 1 - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
SETOR: 5 - DEPARTAMENTO DE SAÚDE

PROVENTOS	CONTRATOS	VALOR
164 ADICIONAL NOTURNO	3	293,26
489 HORA EXTRA 100%	3	3.194,27
691 HORA EXTRA 50%	5	9.122,37
912 Adicional de Sobreaviso - Motorista da Ambulância/Regulação	3	1.000,00

DESCONTOS	CONTRATOS	VALOR
2001 INSS	5	1.226,82



RESUMO DA FOLHA DE PAGAMENTO MENSAL - JUNHO/2026

RESUMO						
01.Total Bruto	13.609,90	31.Dedução Salário Família	0,00		Contratos	
02.Total Descontos	1.226,82	32.Dedução Salário Mat/Afast.	0,00		Ativos.: 5	
03.Total Líquido	12.383,08	33.Dedução de falta não justificada	0,00		Funcionários	
04.Total para empenho	13.609,90	34.Dedução Complemento Salário	0,00		Ativos.: 5	
05.Total Líquido a pagar	12.383,08	35.Dedução Proventos Variáveis	0,00		Forma Pagamento	
06.Base - Patronal (v2)	13.609,90	36.Dedução Adiantamento Salarial	0,00		Banco: 5	
6.1.Valor - Patronal	2.232,02	37.Dedução Descontos Variáveis	0,00		Cheque 0	
07.Base - Patronal FAP/RAT	13.609,90	38.Dedução Estorno de Rescisão	0,00			
7.1. Valor - Patronal FAP/RAT	136,09	39.Dedução Diárias Alimen. Pousada	0,00			
08.Base - Patronal Autônomo	0,00	40.Dedução Pensão Alimentícia	0,00			
8.1.Valor - Patronal Autônomo	0,00	41.Dedução Encargos de Adiant. 13º	0,00			
09.Total - Patronal (6.1 + 7.1 + 8.1)	2.368,11	42.SEPID - Desc. Grau de Risco (v2)	0,00			
10.INSS - Base	13.609,90	43.SEPID - Outras Entidades	0,00			
11.INSS - Segurado	1.226,82	44.SEPID - Compensação	0,00			
12.INSS - Salário Família	0,00	45.CASSEMS - Base	0,00			
13.INSS - Salário Maternidade	0,00	46.CASSEMS - Empresa	0,00			
14.INSS - Salário Afastamento	0,00	47.CASSEMS - Funcionários	0,00			
15.Valor Devido Previdência Social	3.594,93	48.FGTS - Base	0,00			
16.Previdência - Base	0,00	49.FGTS - Empresa	0,00			
17.Previdência - Patronal	0,00	50.FGTS - Funcionários	0,00			
18.Previdência - Segurado	0,00					
19.Previdência - Salário Família	0,00					
20.Previdência - Salário Maternidade	0,00					
21.Previdência - Salário Afastamento	0,00					
22.Previdência - Custo Suplementar	0,00					
23.Outras Prev. - Base	0,00					
24.Outras Prev. - Patronal	0,00					
25.Outras Prev. - Segurado	0,00					
26.Outras Prev. - Salário Família	0,00					
27.Outras Prev. - Salário Maternidade	0,00					
28.Outras Prev. - Salário Afastamento	0,00					
29.Outras Prev. - Custo Suplementar	0,00					
30.Patronal - Previdência de Terceiros: ..	0,00					

PROVISÕES			
INSS		RPPS	
Acumulado Férias:	24.630,34	Acumulado Férias:	0,00
Acumulado Patronal Férias:	3.793,19	Acumulado Patronal Férias:	0,00
Mensal Férias:	3.286,40	Mensal Férias:	0,00
Mensal Patronal Férias:	571,83	Mensal Patronal Férias:	0,00
Acumulado 13º:	16.394,02	Acumulado 13º:	0,00
Acumulado Patronal 13º:	2.798,36	Acumulado Patronal 13º:	0,00
Mensal 13º:	2.464,85	Mensal 13º:	0,00
Mensal Patronal 13º:	428,88	Mensal Patronal 13º:	0,00

Observações: Neste Relatório está incluso apenas as rescisões, cujo contrato esteja a opção "Retirar da Folha de Pagamento" desmarcada.

A versão de cálculos utilizado nesse relatório é a v2.
(*) A versão de cálculos v1 é utilizada para cálculos anteriores a 01/11/2019 e a versão v2 para cálculos posterior a essa data. Na versão v2 o valor da base patronal (item 7) é calculado da seguinte forma: soma dos valores das bases patronais dos contratos multiplicada pelas alíquotas (patronal, grau de risco e RAT ajustado). Ou seja, o valor é calculado a partir da soma total e não individual. Caso seja realizada a soma a partir dos valores individualizados, versão v1 (alíquota aplicada contrato a contrato), o resultado pode ficar divergente do valor calculado sobre a soma total, contrariando a fórmula oficial da SEFIP.



FOLHA DE PAGAMENTO MENSAL - JUNHO/2026

SECRETARIA: 7 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO: 1 - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
SETOR: 5 - DEPARTAMENTO DE SAÚDE

Funcionário: 1176-CLAUDINEY PANIAGO FERREIRA		Data de Posse: 08/10/2021	
Contrato: 1524	Cargo: MOTORISTA	CLASSE: C-AO	NÍVEL: I
Lotes:		Status: ATIVO	
Proventos		Referência	Proventos
164 ADICIONAL NOTURNO		26,35h	100,19
489 HORA EXTRA 100%		13,22	460,32
691 HORA EXTRA 50%		87:39	2.281,75
912 Adicional de Sobreaviso - Motorista da Ambulância/Regulação		1P	100,00
Descontos			
2001 INSS		8,21%	0,00
Salário Base: 3.041,87		FGTS do Mês: 0,00	Totais: 2.942,26
Base INSS/Prev: 2.942,26		Base IRRF: 2.335,06	Dep. IRRF: 0
		Salário Líquido:	2.700,60

Funcionário: 1561-CRISTOPHER ALEX PALHARES DA ROCHA		Data de Posse: 01/11/2019	
Contrato: 1274	Cargo: MOTORISTA	CLASSE: D-AO	NÍVEL: I
Lotes:		Status: ATIVO	
Proventos		Referência	Proventos
164 ADICIONAL NOTURNO		35,25h	136,71
489 HORA EXTRA 100%		43,39	1.537,71
691 HORA EXTRA 50%		105,12	2.793,46
912 Adicional de Sobreaviso - Motorista da Ambulância/Regulação		4P	400,00
Descontos			
2001 INSS		9,92%	0,00
Salário Base: 3.102,72		FGTS do Mês: 0,00	Totais: 4.867,88
Base INSS/Prev: 4.867,88		Base IRRF: 4.005,70	Dep. IRRF: 2
		Salário Líquido:	4.384,88

Funcionário: 1988-DAGMAR RAUL AMORIM DA SILVA		Data de Posse: 13/02/2025	
Contrato: 1834	Cargo: MOTORISTA	CLASSE: A-AO	NÍVEL: I
Lotes:		Status: ATIVO	
Proventos		Referência	Proventos
164 ADICIONAL NOTURNO		15,42h	56,36
489 HORA EXTRA 100%		35,56	1.196,24
691 HORA EXTRA 50%		86,21	2.175,07
912 Adicional de Sobreaviso - Motorista da Ambulância/Regulação		5P	500,00
Descontos			
2001 INSS		9,16%	0,00
Salário Base: 2.923,76		FGTS do Mês: 0,00	Totais: 3.927,67
Base INSS/Prev: 3.927,67		Base IRRF: 3.188,59	Dep. IRRF: 2
		Salário Líquido:	3.567,77

Funcionário: 131-LAIS GUIOMAR CARDOSO DE OLIVEIRA		Data de Posse: 02/04/2007	
Contrato: 171	Cargo: FISIOTERAPEUTA	CLASSE: I-ANS	NÍVEL: III
Lotes:		Status: ATIVO	
Proventos		Referência	Proventos
691 HORA EXTRA 50%		20:28	1.745,70
Descontos			
2001 INSS		7,61%	0,00
Salário Base: 8.168,42		FGTS do Mês: 0,00	Totais: 1.745,70
Base INSS/Prev: 1.745,70		Base IRRF: 1.138,50	Dep. IRRF: 2
		Salário Líquido:	1.612,91



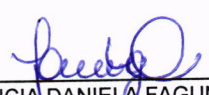
FOLHA DE PAGAMENTO MENSAL - JUNHO/2026

Funcionário: 1482-SANDRO RAMOS PAIVA		Data de Posse: 18/07/2022	
Contrato: 1589	Cargo: PSICOLOGO	CLASSE: B-ANS	NÍVEL: III
Lotes:		Status: ATIVO	
Proventos	Referência	Proventos	Desconto
691 HORA EXTRA 50%	02:37	126,39	0,00
Descontos			
2001 INSS	7,49%	0,00	9,47
Salário Base: 7.111,12	FGTS do Mês: 0,00	Totais:	126,39 9,47
Base INSS/Prev: 126,39	Base IRRF: 0,00	Dep. IRRF: 3	Salário Líquido: 116,92

Total Contratos: 5	Total Proventos: 13.609,90	Total Descontos: 1.226,82	Total Líquido: 12.383,08
Total Contratos: 11	Total Proventos: 18.009,10	Total Descontos: 1.564,34	Total Líquido: 16.444,76

Observação:
Neste Relatório está incluso apenas as rescisões, cujo contrato esteja a opção "Retirar da Folha de Pagamento" desmarcada.

Nota de Empenho

DADOS DO EMPENHO		
N.º Empenho.: 927	Tipo.: Global	Data.: 2/6/2026
DADOS DO CREDOR		
Nome.....: 66 - FOLHA DE PAGAMENTO MENSAL - FMS	C.N.P.J/C.P.F....: 07.158.578/0002-09	
Endereço.....:	Cidade:	UF. MS
Telefone.....:	FAX.....:	
Banco.....:	Agência:	Conta:
Gênero Despesa....: FOLHA DE PAGAMENTO		
VALOR		
13.609,90 (Treze Mil, Seiscentos e Nove Reais e Noventa Centavos.)		
HISTÓRICO		
VALOR QUE SE EMPENHA REFERENTE A FOLHA DE PAGAMENTO - FMS 7-1-5 - DEPARTAMENTO DE SAÚDE DA COMPETENCIA 6/2026		
DADOS DA DOTAÇÃO		
Cód Reduzido.: 1		
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.....: 3.1.90.11.00	Vencimentos e Vantagens Fixas - Pessoal Civil	
SubElemento....: 01	VENCIMENTOS E SALÁRIOS	
F. de Recursos.: 1500	Recursos não Vinculados de Impostos	
DETALHAMENTO DA FONTE		
1500.1002000 - Identificação das despesas com ações e serviços públicos de saúde		13.609,90
VALORES DA DOTAÇÃO		
Saldo Anterior.....: 0,00	Lanç. Empenho...: 13.609,90	Saldo Atual.....: 0,00
ASSINATURA		
 LORENZO HENDGES MIRANDA CONTADOR		ORDENADOR DA DESPESA
		 FABRICIA DANIELA FAGUNDES SECRETÁRIO MUNICIPAL

TRANSFERÊNCIA FINANCEIRA

DADOS DA TRANSFERÊNCIA

Nº Lançamento:29

Transferência:Na mesma entidade

Data:02/06/2026

CONTA CRÉDITO

Descrição.....:248 - PREF. MUNIC DE FIGUEIRÃO - FMS C/C 10.202-410.202-4

Banco.....:BANCO DO BRASIL S.A.

Agência:82295

Cheque:

Pl. de Contas....:7259 - 2.01.01.02.01.97

F. Recursos.....:1500 - Recursos não Vinculados de Impostos

Desdobramento:1002 - Identificação das despesas com ações e serviços públicos de saúde

CONTA DÉBITO

Descrição.....:231 - FMS - CONTA SALÁRIO DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE.5.763-0

Banco.....:BANCO DO BRASIL S.A.

Agência:82295

Pl. de Contas:6768 - 11111010000

F. Recursos.....:1500.1002 - Recursos não Vinculados de Impostos

Desdobramento:1002 - Identificação das despesas com ações e serviços públicos de saúde

HISTÓRICO

Transferência Financeira

VALOR

5.000,00

Cinco Mil Reais.



Transferência entre contas diversas

Debitado

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

Creditado

Nome PREFEITURA M F pag - MS.
Agência 8229-5
Conta corrente 5763-0
Valor 5.000,00
Destinação 0
Data Nesta data

Assinada por	JE677115 JUVENAL CONSOLARO	02/06/2026 14:03:28
	JJ172940 THIAGO INACIO D PAULA FURTADO	02/06/2026 14:07:24

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JJ172940 THIAGO INACIO D PAULA FURTADO.

ORDEM DE PAGAMENTO Orçamentária

DADOS DA OP

Tipo: Pagamento de Empenho Data....: 02/06/2026
Nº do Empenho: 926 Data do empenho....: 02/06/2026

DADOS DO CREDOR

Nome....: 66 - FOLHA DE PAGAMENTO MENSAL - FMS C.N.P.J/C.P.F: 07.158.578/0002-09
Endereço: Cidade: UF MS
Banco.....: Agência: Conta:
Telefone.: Fax.....:

VALORES

Valor do Empenho.....: 4.399,20
Valor da Nota de Pagamento referente a parcela nº 1: 4.061,68
Valor pago do Empenho (inclui o valor desta nota).....: 4.399,20
Saldo a pagar do Empenho: 0,00
Líquido a Pagar: 4.061,68

HISTÓRICO

VALOR QUE SE EMPENHA REFERENTE A FOLHA DE PAGAMENTO - FMS 7-1-1 - UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA COMPETENCIA 6/2026

DADOS DA DOTAÇÃO

Cód. Reduzido: 7
Órg. Unid.....: 06.002 UNIDADE BASICA DE SAUDE
Função.....: 10 Saúde
Sub-Função.....: 301 Atenção Básica
Programa.....: 0010 SAÚDE
Proj./Ativ.....: 2032 MANUTENÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE
El. Despesa.....: 3.1.90.11.00 Vencimentos e Vantagens Fixas - Pessoal 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 4.061,68

DADOS FINANCEIROS

231 - Ag. 82295- C/C. 5.763-0-FMS - CONTA SALÁRIO DA UNIDADE BÁSICA DE DEBITO EM CONTA 0 4.061,68
ASSINATURAS

FABRÍCIA DANIELA FAGUNDES
SECRETÁRIO MUNICIPAL

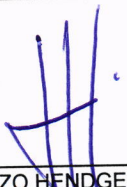
Recebi a importância acima processada

Credor - Doc. nº :

Nota de Liquidação
Liquidação de Empenho

DADOS DA LIQUIDAÇÃO				
Nº da Liquidação:	1	Tipo: Liquidação de Empenho	Data.....: 02/06/2026	
Nº do Empenho:	926	Data do empenho.....:	2/6/2026	
DADOS DO CREDOR				
Nome....: 66 - FOLHA DE PAGAMENTO MENSAL - FMS		C.N.P.J/C.P.F.:07.158.578/0002-09		
Endereço:		Cidade:	UF: MS	
Telefone...:		FAX.....:		
Banco.....:	Agência:	Conta:		
VALORES				
Valor do Empenho.....:		4.399,20		
Valor da Nota de Liquidação		4.399,20		
Valor a Liquidar.....:		0,00		
Retenções				
Cód.	Descrição	Código	C. Corrente	Valor
139	INSS - FMS	231	5.763-0	337,52
Total das Retenções				337,52
Valor Líquido Liquidado				4.061,68
HISTÓRICO				
VALOR QUE SE EMPENHA REFERENTE A FOLHA DE PAGAMENTO - FMS 7-1-1 - UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA COMPETENCIA 6/2026				
DADOS DA DOTAÇÃO				
Cód. Reduzido:	7			
Órg. Unid.....:	06.002	UNIDADE BASICA DE SAUDE		
Função.....:	10	Saúde		
Sub-Função...:	301	Atenção Básica		
Programa.....:	0010	SAÚDE		
Proj./Ativ.....:	2032	MANUTENÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE		
El. Despesa.....:	3.1.90.11.00	Vencimentos e Vantagens Fixas - Pessoal 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				4.399,20
ASSINATURAS				
 FABRICIA DANIELA FAGUNDES SECRETÁRIO MUNICIPAL				

Nota de Empenho

DADOS DO EMPENHO		
N.º Empenho.: 926	Tipo.: Global	Data.: 2/6/2026
DADOS DO CREDOR		
Nome.....: 66 - FOLHA DE PAGAMENTO MENSAL - FMS	C.N.P.J/C.P.F....: 07.158.578/0002-09	
Endereço.....:	Cidade:	UF. MS
Telefone.....:	FAX.....:	
Banco.....:	Agência:	Conta:
Gênero Despesa....: FOLHA DE PAGAMENTO		
VALOR		
4.399,20 (Quatro Mil, Trezentos e Noventa e Nove Reais e Vinte Centavos.)		
HISTÓRICO		
VALOR QUE SE EMPENHA REFERENTE A FOLHA DE PAGAMENTO - FMS 7-1-1 - UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA COMPETENCIA 6/2026		
DADOS DA DOTAÇÃO		
Cód Reduzido.: 7		
Órg. Unid.....: 06.002	UNIDADE BASICA DE SAUDE	
Função.....: 10	Saúde	
Sub-Função.....: 301	Atenção Básica	
Programa.....: 0010	SAÚDE	
Proj./Ativ.....: 2032	MANUTENÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE	
El. Despesa.....: 3.1.90.11.00	Vencimentos e Vantagens Fixas - Pessoal Civil	
SubElemento....: 01	VENCIMENTOS E SALÁRIOS	
F. de Recursos.: 1500	Recursos não Vinculados de Impostos	
DETALHAMENTO DA FONTE		
1500.1002000 - Identificação das despesas com ações e serviços públicos de saúde		4.399,20
VALORES DA DOTAÇÃO		
Saldo Anterior.....: 0,00	Lanç. Empenho...: 4.399,20	Saldo Atual.....: 0,00
ASSINATURA		
 LORENZO MENDGES MIRANDA CONTADOR		ORDENADOR DA DESPESA
		 FABRICIA DANIELA FAGUNDES SECRETÁRIO MUNICIPAL



02/06/2026 - 09:33:31

Autorização de Liberação de Créditos Mensais e férias

Competência: JUNHO/2026

SECRETARIA: 7 -SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO: 1 -FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
SETOR: 1 -UNID. BÁSICA SAÚDE - RECURSOS SAÚDE

Data Para Pagamento: 03/06/2026

Número da Remessa: 271

Arquivo de Remessa: PM FIGUEIRAO - UBS BB.txt

Favorecido	Inscrição	Agência	Conta	Tipo	Valor
ALTEVANDA ANDRADE DE AMORIM	022.433.641-07	8229-5	6196-4	001 - Conta Corrente	370,03
DAYANE CRISTINA DE PAULA	012.349.461-30	5799-1	12915-1	001 - Conta Corrente	490,84
IONE ALVES BARBOSA	896.789.151-20	8229-5	5643-x	001 - Conta Corrente	329,08
JERUSA PONTES GUSMAO RAMOS	002.882.321-43	0552-5	21097-8	001 - Conta Corrente	1.961,30
JULIANA CORREA DE ARAUJO	020.863.461-40	2620-4	21638-0	001 - Conta Corrente	792,40
MARLENE GONCALVES DE AMORIM	938.151.401-10	8229-5	5602-2	023-Salário	118,03

Quantidade de Registros: 6	Total:	4.061,68
----------------------------	--------	----------

Quantidade Geral de Registros: 6	Total Geral:	4.061,68
----------------------------------	--------------	----------

Autorizamos a liberação de processamento do arquivo 'PM FIGUEIRAO - UBS BB.txt' para pagamento de salários,transmitido eletronicamente e contendo 6 registro(s) no valor de R\$ 4.061,68 (Quatro Mil Sessenta e Um Reais e Sessenta e Oito Centavos) em favor do(s) correntista(s) acima relacionado(s).

Conta corrente para débito:

Conta: 5763-0 / Agência: 8229-5

PREFEITURA MUNICIPAL DE FIGUEIRÃO



Pagamentos a terceiros - Liberação de lote

Dados do lote		
Agência do débito	8229-5	
Conta do débito	5763-0	
Descrição lote	PAG SALARIO C/CTA	
Situação lote	LIBERADO	
Data débito	02/06/2026	
Data pagamento	03/06/2026	
Quantidade lançamentos liberados	6	
Quantidade lançamentos bloqueados	0	
Valor liberado R\$	4.061,68	
Forma de pagamento	Débito em conta corrente	
Assinada por	JE677115 JUVENAL CONSOLARO	02/06/2026 14:05:49
	JJ172940 THIAGO INACIO D PAULA FURTADO	02/06/2026 14:08:03
Transação efetuada com sucesso.		
Transação efetuada com sucesso por: JJ172940 THIAGO INACIO D PAULA FURTADO.		



RESUMO DA FOLHA DE PAGAMENTO MENSAL - JUNHO/2026

RESUMO					
01.Total Bruto	4.399,20	31.Dedução Salário Família	0,00	Contratos	
02.Total Descontos	337,52	32.Dedução Salário Mat/Afast.	0,00	Ativos.: 6	
03.Total Líquido	4.061,68	33.Dedução de falta não justificada	0,00	Funcionários	
04.Total para empenho	4.399,20	34.Dedução Complemento Salário	0,00	Ativos.: 6	
05.Total Líquido a pagar	4.061,68	35.Dedução Proventos Variáveis	0,00	Forma Pagamento	
06.Base - Patronal (v2)	4.399,20	36.Dedução Adiantamento Salarial	0,00	Banco: 6	
6.1.Valor - Patronal	721,46	37.Dedução Descontos Variáveis	0,00	Cheque 0	
07.Base - Patronal FAP/RAT	4.399,20	38.Dedução Estorno de Rescisão	0,00		
7.1. Valor - Patronal FAP/RAT	43,99	39.Dedução Diárias Alimen. Pousada	0,00		
08.Base - Patronal Autônomo	0,00	40.Dedução Pensão Alimentícia	0,00		
8.1.Valor - Patronal Autônomo	0,00	41.Dedução Encargos de Adiant. 13º	0,00		
09.Total - Patronal (6.1 + 7.1 + 8.1)	765,45	42.SEP - Desc. Grau de Risco (v2)	0,00		
10.INSS - Base	4.399,20	43.SEP - Outras Entidades	0,00		
11.INSS - Segurado	337,52	44.SEP - Compensação	0,00		
12.INSS - Salário Família	0,00	45.CASSEMS - Base	0,00		
13.INSS - Salário Maternidade	0,00	46.CASSEMS - Empresa	0,00		
14.INSS - Salário Afastamento	0,00	47.CASSEMS - Funcionários	0,00		
15.Valor Devido Previdência Social	1.102,97	48.FGTS - Base	0,00		
16.Previdência - Base	0,00	49.FGTS - Empresa	0,00		
17.Previdência - Patronal	0,00	50.FGTS - Funcionários	0,00		
18.Previdência - Segurado	0,00				
19.Previdência - Salário Família	0,00				
20.Previdência - Salário Maternidade	0,00				
21.Previdência - Salário Afastamento	0,00				
22.Previdência - Custo Suplementar	0,00				
23.Outras Prev. - Base	0,00				
24.Outras Prev. - Patronal	0,00				
25.Outras Prev. - Segurado	0,00				
26.Outras Prev. - Salário Família	0,00				
27.Outras Prev. - Salário Maternidade	0,00				
28.Outras Prev. - Salário Afastamento	0,00				
29.Outras Prev. - Custo Suplementar	0,00				
30.Patronal - Previdência de Terceiros:	0,00				

PROVISÕES			
INSS		RPPS	
Acumulado Férias:	20.464,54	Acumulado Férias:	0,00
Acumulado Patronal Férias:	3.374,51	Acumulado Patronal Férias:	0,00
Mensal Férias:	4.608,56	Mensal Férias:	0,00
Mensal Patronal Férias:	801,90	Mensal Patronal Férias:	0,00
Acumulado 13º:	18.237,82	Acumulado 13º:	0,00
Acumulado Patronal 13º:	3.115,66	Acumulado Patronal 13º:	0,00
Mensal 13º:	3.456,52	Mensal 13º:	0,00
Mensal Patronal 13º:	601,43	Mensal Patronal 13º:	0,00

Observações: Neste Relatório está incluso apenas as rescisões, cujo contrato esteja a opção "Retirar da Folha de Pagamento" desmarcada.

A versão de cálculos utilizado nesse relatório é a v2.

(*) A versão de cálculos v1 é utilizada para cálculos anteriores a 01/11/2019 e a versão v2 para cálculos posterior a essa data. Na versão v2 o valor da base patronal (item 7) é calculado da seguinte forma: soma dos valores das bases patronais dos contratos multiplicada pelas alíquotas (patronal, grau de risco e RAT ajustado). Ou seja, o valor é calculado a partir da soma total e não individual. Caso seja realizada a soma a partir dos valores individualizados, versão v1 (alíquota aplicada contrato a contrato), o resultado pode ficar divergente do valor calculado sobre a soma total, contrariando a fórmula oficial da SEFIP.



FOLHA DE PAGAMENTO MENSAL - JUNHO/2026

SECRETARIA: 7 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO: 1 - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
SETOR: 1 - UNID. BÁSICA SAÚDE - RECURSOS SAÚDE

Funcionário: 99-ALTEVANDA ANDRADE DE AMORIM			Data de Posse: 03/04/2025	
Contrato: 1888	Cargo: TECNICO EM ENFERMAGEM	CLASSE: A-ATO	NÍVEL: IV	Status: ATIVO
Lotes:				
Proventos		Referência	Proventos	Desconto
164 ADICIONAL NOTURNO		4,34h	21,58	0,00
691 HORA EXTRA 50%		11:42	378,45	0,00
Descontos				
2001 INSS		7,50%	0,00	30,00
Salário Base: 3.978,28		FGTS do Mês: 0,00	Totais:	400,03
Base INSS/Prev: 400,03		Base IRRF: 180,44	Dep. IRRF: 1	Salário Líquido: 370,03

Funcionário: 1987-DAYANE CRISTINA DE PAULA				Data de Posse: 07/01/2025		
Contrato: 1816		Cargo: FISIOTERAPEUTA		CLASSE: A-ANS	NÍVEL: III	Status: ATIVO
Lotes:						
Proventos				Referência	Proventos	Desconto
489 HORA EXTRA 100%				06	444,46	0,00
671 PAGAMENTO DIFERENÇA AULAS REF.: MAIO/2017				01:55	86,17	0,00
Descontos						
2001 INSS				7,50%	0,00	39,79
Salário Base: 6.971,67				FGTS do Mês: 0,00	Totais:	530,63
Base INSS/Prev: 530,63		Base IRRF: 490,84		Dep. IRRF: 0	Salário Líquido:	490,84

Funcionário: 117-IONE ALVES BARBOSA				Data de Posse: 23/04/2020		
Contrato: 1346		Cargo: TECNICO EM ENFERMAGEM		CLASSE: C-PSP	NÍVEL: III	Status: ATIVO
Lotes:						
Proventos				Referência	Proventos	Desconto
691 HORA EXTRA 50%				10:36	355,76	0,00
Descontos						
2001 INSS				7,50%	0,00	26,68
Salário Base: 4.138,99				FGTS do Mês: 0,00	Totais:	355,76
Base INSS/Prev: 355,76		Base IRRF: 0,00		Dep. IRRF: 2	Salário Líquido:	329,08

Funcionário: 1185-JERUSA PONTES GUSMAO RAMOS				Data de Posse: 12/11/2025		
Contrato: 1951		Cargo: ENFERMEIRO		CLASSE: A-ANS	NÍVEL: III	Status: ATIVO
Lotes:						
Proventos				Referência	Proventos	Desconto
489 HORA EXTRA 100%				06:00	444,72	0,00
691 HORA EXTRA 50%				30:29	1.683,82	0,00
Descontos						
2001 INSS				7,86%	0,00	167,24
Salário Base: 6.971,67				FGTS do Mês: 0,00	Totais:	2.128,54
Base INSS/Prev: 2.128,54				Base IRRF: 1.521,34	Dep. IRRF: 1	Salário Líquido: 1.961,30



RESUMO DA FOLHA DE PAGAMENTO MENSAL - JUNHO/2026

SECRETARIA: 7 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO: 1 - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
SETOR: 1 - UNID. BÁSICA SAÚDE - RECURSOS SAÚDE

PROVENTOS	CONTRATOS	VALOR
164 ADICIONAL NOTURNO	1	21,58
489 HORA EXTRA 100%	2	889,18
671 PAGAMENTO DIFERENÇA AULAS REF.: MAIO/2017	1	86,17
691 HORA EXTRA 50%	5	3.402,27

DESCONTOS	CONTRATOS	VALOR
2001 INSS	6	337,52



FOLHA DE PAGAMENTO MENSAL - JUNHO/2026

Funcionário: 1901-JULIANA CORREA DE ARAUJO		Data de Posse: 20/10/2025	
Contrato: 1948	Cargo: ENFERMEIRO	CLASSE: A-ANS	NÍVEL: III
Lotes:		Status: ATIVO	
Proventos	Referência	Proventos	Desconto
691 HORA EXTRA 50%	15:41	856,64	0,00
Descontos			
2001 INSS	7,50%	0,00	64,24
Salário Base: 6.971,67		FGTS do Mês: 0,00	Totais: 856,64
Base INSS/Prev: 856,64		Base IRRF: 249,44	Dep. IRRF: 2
		Salário Líquido:	792,40

Funcionário: 209-MARLENE GONCALVES DE AMORIM		Data de Posse: 15/01/2015	
Contrato: 821	Cargo: TECNICO EM ENFERMAGEM	CLASSE: F-PSP	NÍVEL: III
Lotes:		Status: ATIVO	
Proventos	Referência	Proventos	Desconto
691 HORA EXTRA 50%	03:52	127,60	0,00
Descontos			
2001 INSS	7,50%	0,00	9,57
Salário Base: 4.392,33		FGTS do Mês: 0,00	Totais: 127,60
Base INSS/Prev: 127,60		Base IRRF: 0,00	Dep. IRRF: 1
		Salário Líquido:	118,03

Total Contratos: 6 Total Proventos: 4.399,20 Total Descontos: 337,52 Total Líquido: 4.061,68

ORDEM DE PAGAMENTO Orçamentária

DADOS DA OP

Tipo: Pagamento de Empenho Data....: 02/06/2026
Nº do Empenho: 908 Data do empenho....: 29/05/2026

DADOS DO CREDOR

Nome....: 1132 - CLAUDINEY PANIAGO FERREIRA C.N.P.J/C.P.F.: 835.910.521-91
Endereço: Rua 30 DE SETEMBRO,206 Cidade: FIGUEIRÃO UF MS
Banco.....: Agência: Conta:
Telefone.: Fax.....:

VALORES

Valor do Empenho.....: 406,25
Valor da Nota de Pagamento referente a parcela nº 1: 406,25
Valor pago do Empenho (inclui o valor desta nota).....: 406,25
Saldo a pagar do Empenho: 0,00
Líquido a Pagar: 406,25

HISTÓRICO

Valor que se empenha referente a despesa com traslado de pacientes para Coxim/MS, Campo Grande/MS e São Gabriel D'Oeste/MS, nos dias 25, 26 e 27/05/2026. Correspondente a 03 (três) diárias sem pernoite. Cls nº 839, 840 e 849/2026.

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 406,25

DADOS FINANCEIROS

248 - Ag. 82295- C/C. 10.202-4-PREF. MUNIC DE FIGUEIRÃO - FMS C/C 10.202- DEBITO EM CONTA 0 406,25

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

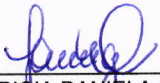
Nome CLAUDINEY P FERREIRA
Agência 8229-5
Conta corrente 5709-6
Valor 406,25
Destinação 0
Data Nesta data

Assinada por	JJ172940 THIAGO INACIO D PAULA FURTADO	02/06/2026 08:07:01
	JE677115 JUVENAL CONSOLARO	02/06/2026 08:35:57

Transação efetuada com sucesso.

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: 908	Data.....: 01/06/2026
Data do empenho.....: 29/5/2026	
DADOS DO CREDOR	
Nome...: 1132 - CLAUDINEY PANIAGO FERREIRA	C.N.P.J/C.P.F:835.910.521-91
Endereço: Rua 30 DE SETEMBRO,206	Cidade: FIGUEIRÃO UF: MS
Telefone...:	FAX.....:
Banco.....: Agência: Conta:	
VALORES	
Valor do Empenho.....:	406,25
Valor da Nota de Liquidação	406,25
Valor a Liquidar.....:	0,00
Valor Líquido Liquidado	406,25
Diaria	
Nº Diária...: 463	
Data Doc.: 29/05/2026	Data Saída: 25/05/2026
Data Retorno: 27/05/2026	Qtd: 3
Destino...: CAMPO GRANDE	Valor: 406,25
Objetivo...:	Valor que se empenha referente a despesa com traslado de pacientes para Coxim/MS, Campo Grande/MS e São Gabriel D'Oeste/MS, nos dias 25, 26 e 27/05/2026. Correspondente a 03 (três) diárias sem pernoite. CIs nº 839, 840 e 849/2026.
HISTÓRICO	
Valor que se empenha referente a despesa com traslado de pacientes para Coxim/MS, Campo Grande/MS e São Gabriel D'Oeste/MS, nos dias 25, 26 e 27/05/2026. Correspondente a 03 (três) diárias sem pernoite. CIs nº 839, 840 e 849/2026.	
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	406,25
ASSINATURAS	
	
FABRICIA DANIELA FAGUNDES SECRETÁRIO MUNICIPAL	

Nota de Empenho

DADOS DO EMPENHO		
N.º Empenho...: 908	Tipo...: Ordinário	Data.: 29/5/2026
DADOS DO CREDOR		
Nome.....: 1132 - CLAUDINEY PANIAGO FERREIRA	C.N.P.J/C.P.F....: 835.910.521-91	
Endereço.....: Rua 30 DE SETEMBRO,206	Cidade: FIGUEIRÃO	UF. MS
Telefone.....:	FAX.....:	
Banco.....:	Agência:	Conta:
Gênero Despesa....: DIARIAS		
VALOR		
406,25 (Quatrocentos e Seis Reais e Vinte e Cinco Centavos.)		
HISTÓRICO		
Valor que se empenha referente a despesa com traslado de pacientes para Coxim/MS, Campo Grande/MS e São Gabriel D'Oeste/MS, nos dias 25, 26 e 27/05/2026. Correspondente a 03 (três) diárias sem pernoite. CIs nº 839, 840 e 849/2026.		
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		406,25
VALORES DA DOTAÇÃO		
Saldo Anterior....: 112.016,59	Lanç. Empenho...: 406,25	Saldo Atual.....: 111.610,34
ASSINATURA		ORDENADOR DA DESPESA
 LORENZO HENDGES MIRANDA CONTADOR		 FABRICIA DANIELA FAGUNDES SECRETÁRIO MUNICIPAL



**MUNICÍPIO
DE FIGUEIRÃO**
MATO GROSSO DO SUL

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

Comunicação Interna nº 839/2026

Figueirópolis/MS, 27 de maio de 2026.

À Secretaria de Planejamento, Administração e Finanças.

Ao Setor de Contabilidade.

Assunto: Solicitação de Diária

CÓDIGO Nº 78319.
PROTOCOLO Nº 2742/2026.
RECEBI EM 29/05/2026.
ASS: Kryslaine

Solicito o pagamento de diária ao servidor público Claudiney Paniago Ferreira, cuja data da viagem, assim como as informações necessárias para justificar a despesa, encontram-se em anexo a esta comunicação interna.

Segue abaixo rubrica para empenho da diária requerida:

Dotação	Natureza de Despesa	Fonte de Recurso
51	06.002-10.122.0010.2031-3.3.90.14.00.00	1500.1002000

Respeitosamente,

FABRICIA DANIELA FAGUNDES
Secretária Municipal de Saúde
Decreto P/nº. 025, de 06/02/2026.



MUNICÍPIO
DE FIGUEIRÃO
MATO GROSSO DO SUL

ANEXO I - FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE CONCESSÃO DE DIÁRIAS

Identificação do Requerente:						
☐ Prefeito ☐ Vice-prefeito ☐ Secretários Municipais, Procurador Jurídico e Chefe de Gabinete. ☒ Demais Servidores						
Nome Completo:	Claudiney Paniago Ferreira		CPF:	835910521-91	Cargo:	Motorista
Dados Bancários:						
Banco:	Banco do Brasil		Agência:	8229-5	Conta:	5709-6

Identificação do Afastamento:	
Tipo de Viagem:	☐ Com Pernoite Localização: ☐ Fora do Estado ☒ Sem Pernoite ☐ Capital do Estado e Demais Municípios ☒ Municípios Limitrofes
Objetivo da Viagem: O servidor faz jus a diária pois deslocou-se a serviço, conduzindo veículo desta Secretaria, para levar/buscar pacientes/acompanhantes para exames/consultas/cirurgias/altas ou tratamentos em Coxim/MS. Carro: Ranger. Placa: RWJ2D44.	

Meio de Transporte:	☒ Veículo Oficial ☐ Veículo Próprio ☐ Transporte Rodoviário ☐ Transporte Aéreo		
Local de Origem:	Figueirópolis/MS	Local de Destino:	Coxim/MS
Início da Permanência:	25/05/2026	Final da Permanência:	25/05/2026

Identificação do Valor do Quilômetro Rodado (Veículo Próprio):					
Quantidade:		Valor Unitário:		Valor total:	
Identificação do Valor da Diária:					
Com Pernoite:		Valor Unitário:		Valor total:	R\$ 81,25
Sem Pernoite:	1	Valor Unitário:	R\$ 81,25		

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

Data:	27/05/2026	 Assinatura do Requerente: Claudiney Paniago Ferreira - Matrícula 01.245 Aprovação
Data:	27/05/2026	 Fabricia Daniela Fagundes - Secretária Municipal de Saúde - Decreto P/n. 025, de 06/02/2026 Assinatura e Carimbo (Ordenador de Despesa):



ANEXO II - RELATÓRIO DE VIAGEM

Identificação do Requerente:

☐ Prefeito

☐ Vice-prefeito

☐ Secretários Municipais, Procurador Jurídico e Chefe de Gabinete.

☒ Demais Servidores

Nome Completo:

CLAUDINEY PANIAGO FERREIRA

Matrícula:

1.245

Cargo:

MOTORISTA

Local de Origem:

FIGUEIRÓPOLIS/MS

Local de Destino:

COXIM/MS

Início da Permanência:

25/05/2026

Final da Permanência:

25/05/2026

Identificação do Valor do Quilômetro Rodado (Veículo Próprio):

Quantidade:

Valor Unitário:

Valor total:

Identificação do Valor da Diária:

Quantidade:

Valor Unitário:

Com pernoite

Valor total:

Quantidade:

Valor Unitário:

Sem pernoite

Valor total:

Total:

Eu, que subscrevo abaixo, nos termos do decreto nº 150/2017, venho à V. Ex^a, apresentar o respectivo relatório de viagem conforme abaixo:

Relatório da Viagem:

TRANSPORTE: PACIENTE PARA PROCEDIMENTO MÉDICO, HEMODIALISE.

Figueirópolis-MS, 26 de Maio de 2026

Claudiney Paniago Ferreira
Assinatura do Requerente



LISTAGEM DE VIAGEM

#4463

DESTINO: COXIM

MOTORISTA: CLAUDINEY PANIAGO FERREIRA

DATA DE SAÍDA: 25/05/26 15:00

OBSERVAÇÃO: LEVAR PACIENTE PARA INTERNAÇÃO PARA CIRURGIA

PLACA: RWJ2D44

VEÍCULO: FORD RANGER SAÚDE

DATA DE CHEGADA: 25/05/26

PACIENTES: 2

ACOMPANHANTES: 1

3

SEQ.	NOME DA PESSOA	IDADE	DOCUMENTO	TELEFONE	EMBARQUE
1	Fábio Henrique Ferreira	25	2478338MS EXP	67984697978 (67) 9 8469-7978	15:00
LOCAL DE SAÍDA: BUSCAR NA CASA DO PACIENTE					
TIPO: Ida e Volta					
DESTINO: Hospital Regional Dr. Alvaro Fontoura Silva - AV GASPAR RIES COELHO, 361					
HORA: 17:00 PROC: Internação					
ACOMPANHANTES:					
OBSERVAÇÕES:					
ACESSÓRIOS:					
2	Yara Benicio Potence	44	338.543	66999748713 (66) 9 9974-8713	15:00
LOCAL DE SAÍDA: HOSPITAL MARIANA SILVÉRA FURTADO					
TIPO: Ida e Volta					
DESTINO: Hospital Regional Dr. Alvaro Fontoura Silva - AV GASPAR RIES COELHO, 361					
HORA: 17:00 PROC: Internação					
ACOMPANHANTES: RG: 062656 - HELIO LEMES PARENTE (ESPOSO) - DOCUMENTO: 062656					
OBSERVAÇÕES:					
ACESSÓRIOS:					



**MUNICÍPIO
DE FIGUEIRÃO**
MATO GROSSO DO SUL

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

Comunicação Interna nº 840/2026

Figueirópolis/MS, 27 de maio de 2026.

À Secretaria de Planejamento, Administração e Finanças.

Ao Setor de Contabilidade.

Assunto: Solicitação de Diária

CODIGO Nº 78318.
PROTOCOLO Nº 2.741/2026.
RECEBI EM 29/05/2026.
ASS: Kryslaine

Solicito o pagamento de diária ao servidor público Claudiney Paniago Ferreira, cuja data da viagem, assim como as informações necessárias para justificar a despesa, encontram-se em anexo a esta comunicação interna.

Segue abaixo rubrica para empenho da diária requerida:

Dotação	Natureza de Despesa	Fonte de Recurso
51	06.002-10.122.0010.2031-3.3.90.14.00.00	1500.1002000

Respeitosamente,


FABRICIA DANIELA FAGUNDES
Secretária Municipal de Saúde
Decreto P/nº. 025, de 06/02/2026.



MUNICÍPIO
DE FIGUEIRÃO
MATO GROSSO DO SUL

ANEXO I - FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE CONCESSÃO DE DIÁRIAS

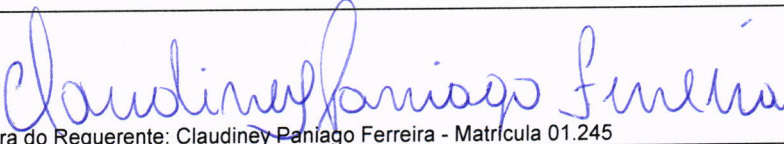
Identificação do Requerente:						
☐ Prefeito ☐ Vice-prefeito ☐ Secretários Municipais, Procurador Jurídico e Chefe de Gabinete. ☒ Demais Servidores						
Nome Completo:	Claudiney Paniago Ferreira		CPF:	835910521-91	Cargo:	Motorista
Dados Bancários:	Banco:	Banco do Brasil	Agência:	8229-5	Conta:	5709-6

Identificação do Afastamento:	
Tipo de Viagem:	☐ Com Pernoite ☒ Sem Pernoite
Localização:	☐ Fora do Estado ☒ Capital do Estado e Demais Municípios ☐ Municípios Limitrofes
Objetivo da Viagem: O servidor faz jus a diária pois deslocou-se a serviço, conduzindo veículo desta Secretaria, para levar/buscar pacientes/acompanhantes para exames/consultas/cirurgias/altas ou tratamentos, em Campo Grande/MS. Veículo: Ranger. Placa: RWJ2D44.	

Meio de Transporte:	☒ Veículo Oficial ☐ Veículo Próprio ☐ Transporte Rodoviário ☐ Transporte Aéreo		
Local de Origem:	Figueirópolis/MS	Local de Destino:	Campo Grande/MS
Início da Permanência:	26/05/2026	Final da Permanência:	26/05/2026

Identificação do Valor do Quilômetro Rodado (Veículo Próprio):					
Quantidade:		Valor Unitário:		Valor total:	
Identificação do Valor da Diária:					
Com Pernoite:		Valor Unitário:		Valor total:	R\$ 162,50
Sem Pernoite:	1	Valor Unitário:	R\$ 162,50		

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

Data:	27/05/2026	 Assinatura do Requerente: Claudiney Paniago Ferreira - Matrícula 01.245 Aprovação
Data:	27/05/2026	 Fabricia Daniela Fagundes - Secretária Municipal de Saúde - Decreto P/n. 025, de 06/02/2026 Assinatura e Carimbo (Ordenador de Despesa):



MUNICÍPIO
DE FIGUEIRÃO
MATO GROSSO DO SUL

ANEXO II - RELATÓRIO DE VIAGEM

Identificação do Requerente:					
☐ Prefeito ☐ Vice-prefeito ☐ Secretários Municipais, Procurador Jurídico e Chefe de Gabinete.				☒ Demais Servidores	
Nome Completo:	Claudiney Paniago Ferreira	Matrícula:	1.245	Cargo:	Motorista
Local de Origem:	Figueirão/MS	Local de Destino:	Campo Grande/MS		
Início da Permanência:	26/05/2026	Final da Permanência:	26/05/2026		

Identificação do Valor do Quilômetro Rodado (Veículo Próprio):					
Quantidade:		Valor Unitário:		Valor total:	
Identificação do Valor da Diária:					
Com Pernoite:		Valor Unitário:		Valor total:	R\$ 162,50
Sem Pernoite:	1	Valor Unitário:	R\$ 162,50		

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: *TRANSPORTEI PACIENTE PARA*
**CONSULTA e exames médicos*

Figueirão-MS, 27 de Maio de 2026

Claudiney Paniago Ferreira
Assinatura do Requerente



LISTAGEM DE VIAGEM

#4464

DESTINO: CAMPO GRANDE

MOTORISTA: CLAUDINEY PANIAGO FERREIRA

DATA DE SAÍDA: 26/05/26 03:00

OBSERVAÇÃO: LEVAR PACIENTE PRIORITARIO

PLACA: RWJ2D44

VEÍCULO: FORD RANGER SAUDE

DATA DE CHEGADA: 26/05/26

PACIENTES: 2

ACOMPANHANTES: 2

4

SEQ.	NOME DA PESSOA	IDADE	DOCUMENTO	TELEFONE	EMBARQUE
1	Aparecida Oneide Barbosa	61	364781 SSP/MS	67984753603 (67) 9 8475-3603	03:00

LOCAL DE SAÍDA: BUSCAR NA CASA DO PACIENTE
TIPO: Ida e Volta

DESTINO: Hospital São Julião - RUA LINO VILLACHA, 1250
HORA: 07:00 PROC: Consulta

ACOMPANHANTES: RG: 363817MSEXP.05/8/85 - ANTONIO APARECIDO BARBOSA (IRMAO) - DOCUMENTO: 363817MSEXP.05/8/85
OBSERVAÇÕES:
ACESSÓRIOS:

2	Emiliana Moreira De Lima	86	RG:001156721	6798491822 (67) 9849-1822	03:00
---	--------------------------	----	--------------	------------------------------	-------

LOCAL DE SAÍDA: BUSCAR NA CASA DO PACIENTE
TIPO: Ida e Volta

DESTINO: Hospital Alfredo Abrão - R. MAL. RONDON, 1053
HORA: 07:00 PROC: Consulta

ACOMPANHANTES: RG: RG:365214 - IVAN MOREIRA LIMA (FILHO) - DOCUMENTO: RG:365214
OBSERVAÇÕES:
ACESSÓRIOS:



**MUNICÍPIO
DE FIGUEIRÓPOLIS DO SUL**
MATO GROSSO DO SUL

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

Comunicação Interna nº 849/2026

Figueirópolis/MS, 28 de maio de 2026.

À Secretaria de Planejamento, Administração e Finanças.

Ao Setor de Contabilidade.

Assunto: Solicitação de Diária

CODIGO Nº 78313.
PROTOCOLO Nº 2736/2026
RECEBI EM 29/05/2026.
ASS: Kryslaine

Solicito o pagamento de diária ao servidor público Claudiney Paniago Ferreira, cuja data da viagem, assim como as informações necessárias para justificar a despesa, encontram-se em anexo a esta comunicação interna.

Segue abaixo rubrica para empenho da diária requerida:

Dotação	Natureza de Despesa	Fonte de Recurso
51	06.002-10.122.0010.2031-3.3.90.14.00.00	1500.1002000

Respeitosamente,


FABRICIA DANIELA FAGUNDES
Secretaria Municipal de Saúde
Decreto P/nº. 025, de 06/02/2026.



MUNICÍPIO
DE FIGUEIRÃO
MATO GROSSO DO SUL

ANEXO I - FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE CONCESSÃO DE DIÁRIAS

Identificação do Requerente:						
☐ Prefeito ☐ Vice-prefeito ☐ Secretários Municipais, Procurador Jurídico e Chefe de Gabinete. ☒ Demais Servidores						
Nome Completo:	Claudiney Paniago Ferreira		CPF:	835910521-91	Cargo:	Motorista
Dados Bancários:	Banco:	Banco do Brasil	Agência:	8229-5	Conta:	5709-6

Identificação do Afastamento:	
Tipo de Viagem:	☐ Com Pernoite Localização: ☐ Fora do Estado ☒ Sem Pernoite ☒ Capital do Estado e Demais Municípios ☐ Municípios Limitrofes
Objetivo da Viagem: O servidor faz jus a diária pois deslocou-se a serviço, conduzindo veículo desta Secretaria, para levar/buscar pacientes/acompanhantes para exames/consultas/cirurgias/altas ou tratamentos, em São Gabriel do Oeste/MS. Veículo: Ranger. Placa: SM18125.	

Meio de Transporte:	☒ Veículo Oficial ☐ Veículo Próprio ☐ Transporte Rodoviário ☐ Transporte Aéreo		
Local de Origem:	Figueirópolis/MS	Local de Destino:	São Gabriel do Oeste/MS
Início da Permanência:	27/05/2026	Final da Permanência:	27/05/2026

Identificação do Valor do Quilômetro Rodado (Veículo Próprio):					
Quantidade:		Valor Unitário:		Valor total:	
Identificação do Valor da Diária:					
Com Pernoite:		Valor Unitário:		Valor total:	R\$ 162,50
Sem Pernoite:	1	Valor Unitário:	R\$ 162,50		

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

Data:	28/05/2026	 Assinatura do Requerente: Claudiney Paniago Ferreira - Matrícula 01.245 Aprovação
Data:	28/05/2026	 Fabricia Daniela Fagundes - Secretária Municipal de Saúde - Decreto P/n. 025, de 06/02/2026 Assinatura e Carimbo (Ordenador de Despesa):



MUNICÍPIO
DE FIGUEIRÃO
MATO GROSSO DO SUL

ANEXO II - RELATÓRIO DE VIAGEM

Identificação do Requerente:					
☐ Prefeito ☐ Vice-prefeito ☐ Secretários Municipais, Procurador Jurídico e Chefe de Gabinete. ☒ Demais Servidores					
Nome Completo:	Claudiney Paniago Ferreira	Matrícula:	1.245	Cargo:	Motorista
Local de Origem:	Figueirópolis/MS	Local de Destino:	São Gabriel do Oeste/MS		
Início da Permanência:	27/05/2026	Final da Permanência:	27/05/2026		

Identificação do Valor do Quilômetro Rodado (Veículo Próprio):					
Quantidade:		Valor Unitário:		Valor total:	
Identificação do Valor da Diária:					
Com Pernoite:		Valor Unitário:		Valor total:	R\$ 162,50
Sem Pernoite:	1	Valor Unitário:	R\$ 162,50		

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: *TRANSPORTE PACIENTE PARA CONSULTA E RETORNO MÉDICOS*

Figueirópolis-MS, 28 de maio de 2026

Claudiney Paniago Ferreira
Assinatura do Requerente



LISTAGEM DE VIAGEM

#4477

DESTINO: SÃO GABRIEL DO OESTE

MOTORISTA: CLAUDINEY PANIAGO FERREIRA

DATA DE SAÍDA: 27/05/26 07:00

OBSERVAÇÃO: LEVAR PACIENTE

PLACA: SMI8I25

VEÍCULO: FOR RANGER UBS

DATA DE CHEGADA: 27/05/26

PACIENTES: 1

ACOMPANHANTES: 1

2

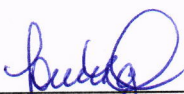
SEQ.	NOME DA PESSOA	IDADE	DOCUMENTO	TELEFONE	EMBARQUE
1	Ryan Levy Dos Santos Conceicao Silva	8	-	67982001155 (67) 9 8200-1155	07:00

LOCAL DE SAÍDA: BUSCAR NA CASA DO PACIENTE
TIPO: Ida e Volta

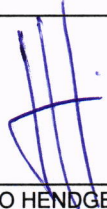
DESTINO: Vitaeclin - RIO DE JANEIRO, 1360
HORA: 09:30 PROC: Consulta

ACOMPANHANTES: RG: null - MORGANA DOS SANTOS CONCEICAO (MAE) - DOCUMENTO: 11175527483
OBSERVAÇÕES:
ACESSÓRIOS:

Nota de Liquidação
Liquidação de Empenho

DADOS DA LIQUIDAÇÃO	
Nº da Liquidação: 1	Tipo: Liquidação de Empenho
Data....: 01/06/2026	
Nº do Empenho: 910	Data do empenho....: 29/5/2026
DADOS DO CREDOR	
Nome...: 3215 - Felipe de Souza Rogerio	C.N.P.J/C.P.F.:118.291.946-40
Endereço: Rua Maria Lemes,270 Casa	Cidade: Figueirão
UF: MS	FAX....:
Telefone...:	Banco.....: Agência: Conta:
VALORES	
Valor do Empenho.....:	614,40
Valor da Nota de Liquidação	614,40
Valor a Liquidar.....:	0,00
Valor Líquido Liquidado	614,40
Diaria	
Nº Diária...: 470	
Data Doc.: 29/05/2026	Data Saída: 12/05/2026
Data Retorno: 15/05/2026	Qtd: 2
Valor: 614,40	
Destino...: TRÊS LAGOAS	
Objetivo...: Valor que se empenha referente a despesa com traslado remoção de pacientes para Costa Rica/MS e Três Lagoas/MS, nos dias 12 e 15/05/2026. Correspondente a 02 (duas) remoções. Prontuários nº 849 e 3355. Cls nº 827 e 834/2026.	
HISTÓRICO	
Valor que se empenha referente a despesa com traslado remoção de pacientes para Costa Rica/MS e Três Lagoas/MS, nos dias 12 e 15/05/2026. Correspondente a 02 (duas) remoções. Prontuários nº 849 e 3355. Cls nº 827 e 834/2026.	
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	614,40
ASSINATURAS	
 FABRICIA DANIELA FAGUNDES SECRETÁRIO MUNICIPAL	

Nota de Empenho

DADOS DO EMPENHO		
N.º Empenho...: 910	Tipo...: Ordinário	Data.: 29/5/2026
DADOS DO CREDOR		
Nome.....: 3215 - Felipe de Souza Rogerio	C.N.P.J/C.P.F....: 118.291.946-40	
Endereço.....: Rua Maria Lemes,270 Casa	Cidade: Figueirão	UF. MS
Telefone.....:	FAX.....:	
Banco.....:	Agência:	Conta:
Gênero Despesa....: REMOÇÃO DE PACIENTE		
VALOR		
614,40 (Seiscentos e Quatorze Reais e Quarenta Centavos.)		
HISTÓRICO		
Valor que se empenha referente a despesa com traslado remoção de pacientes para Costa Rica/MS e Três Lagoas/MS, nos dias 12 e 15/05/2026. Correspondente a 02 (duas) remoções. Prontuários nº 849 e 3355. CIs nº 827 e 834/2026.		
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		614,40
VALORES DA DOTAÇÃO		
Saldo Anterior.....: 111.354,34	Lanç. Empenho...: 614,40	Saldo Atual.....: 110.739,94
ASSINATURA		ORDENADOR DA DESPESA
 LORENZO HENDGES MIRANDA CONTADOR		 FABRICIA DANIELA FAGUNDES 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 827/2026/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 78325.
PROTOCOLO Nº 2748/2026.
RECEBI EM 29/05/2026.
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	Matricula	Destino/ Localidade	Veículo	Finalidade	Data viagem	Valor R\$
Felipe de Souza Rogério Cargo: Motorista	01.266	Costa Rica/MS	Ambulância Placa OOU9J76	Remoção de paciente	12/05/2026	R\$ 102,40
Beatriz Nogueira de Rezende Cargo: Técnica de 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 F.C.A, prontuário 849, 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.



LISTAGEM DE VIAGEM

#4473

DESTINO: COSTA RICA

MOTORISTA: FELIPE DE SOUZA ROGERIO

DATA DE SAÍDA: 12/05/26 16:00

OBSERVAÇÃO:

PLACA: OOU9J76

VEÍCULO: UTI MÓVEL

DATA DE CHEGADA: _____

PACIENTES: 1

ACOMPANHANTES: 1

2

SEQ.	NOME DA PESSOA	IDADE	DOCUMENTO	TELEFONE	EMBARQUE
1	Fernando Costa Amorim	41	001.778.643	67981346696 (67) 9 8134-6696	16:00

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

DESTINO: Fundação Hospitalar - AV. JOSÉ FERREIRA DA COSTA, 2222
HORA: 16:00 PROC: Tomografia

ACOMPANHANTES: RG: null - BEATRIZ NOGUEIRA DE REZENDE (TÉCNICA DE ENFERMAGEM) - DOCUMENTO: 86624130130
OBSERVAÇÕES: VENHO POR MEIO DESTA SOLICITAR O PAGAMENTO DA REMOÇÃO DOS SERVIDORES NA QUAL EFETUARAM O
ACESSÓRIOS: TRANSLADO DO PACIENTE PARA REALIZAR O EXAME DE TOMOGRAFIA. PRONTUÁRIO 849.



Identificação do Requerente:						
☐ Prefeito ☐ Vice-prefeito ☐ Secretários Municipais, Procurador Jurídico e Chefe de Gabinete. ☒ Demais Servidores						
Nome Completo:	FELIPE DE SOUZA ROGÉRIO	CPF:	118.291.946-40	Cargo:	MOTORISTA	
Dados Bancários:	Banco:	BRASIL	Agência:	8229-5	Conta:	7149-8
Objetivo da Viagem: O servidor deslocou-se a serviço conduzindo veículo durante a remoção Inter hospitalar do paciente F.C.A, prontuário 849, para a Fundação Hospitalar em Costa Rica/MS. Segue em anexo Listagem de Viagem. Veículo: Ambulância Placa OOU9J76.						

Meio de Transporte:	☒ Veículo Oficial	☐ Veículo Próprio	☐ Transporte Rodoviário
	☐ Transporte Aéreo		
Local de Origem:	Figueirão/MS	Local de Destino:	Costa Rica/MS
Início da Permanência:	12/05/2026	Final da Permanência:	12/05/2026

Identificação do Valor da Remoção:			
Quantidade:	2	Valor Unitário 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:	26/05/2026	Assinatura do Requerente: Felipe de Souza Rogério - Matrícula n. 01.266
Aprovação		
Data:	26/05/2026	Fabricia Daniela Fagundes - Secretária Municipal de Saúde - Decreto P/n. 025, de 06/02/2026 Assinatura e Carimbo (Ordenador de Despesa):



Identificação do Requerente:					
☐ Prefeito ☐ Vice-prefeito ☐ Secretários Municipais, Procurador Jurídico e Chefe de Gabinete. ☒ Demais Servidores					
Nome Completo:	Felipe de Souza Rogério		Matrícula:	1.266	Cargo: Motorista
Local de Origem:	Figueirão - MS		Local de Destino:	Costa Rica - MS	
Início da Permanência:	12/05/2026		Final da Permanência:	12/05/2026	

Identificação do Valor da Remoção:			
Quantidade:	2	Valor Unitário UFFIG:	R\$ 51,20
		Valor total:	R\$ 102,40

Eu, subscrevante 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:

Remoción

Figueirão-MS, _____ de _____ de _____



Assinatura do Requerente



**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 834/2026/SMS/PMF

Figueirão, Mato Grosso do Sul, 27 de maio de 2026

A Secretária Municipal de Planejamento, Administração e Finanças.
Prefeitura Municipal de Figueirão/MS.

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

CODIGO Nº 78326.
PROTOCOLO Nº 2749/2026.
RECEBI EM 29/05/2026.
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/ Localidade	Veículo	Finalidade	Data viagem	Valor R\$
Felipe de Souza Rogério Cargo: Motorista	01.266	Três Lagoas/MS	UTI Placa OOU9J76	Remoção de paciente	15/05/2026	R\$ 512,00
Neuraci dos Santos Ferreira Cargo: Enfermeira	01.176					R\$ 512,00
Francieli Simões Siqueira Cargo: Técnica de Enfermagem	01.107					R\$ 512,00
TOTAL						R\$ 1.536,00

2. Os servidores deslocaram-se a serviço conduzindo o veículo e prestando assistência durante a remoção Inter hospitalar da paciente A.R.R, prontuário 3355, para o Hospital Regional de Três Lagoas/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

#4479

DESTINO: TRÊS LAGOAS

MOTORISTA: FELIPE DE SOUZA ROGERIO

DATA DE SAÍDA: 15/05/26 16:40

OBSERVAÇÃO:

PLACA: OOU9J76

VEÍCULO: UTI MÓVEL

DATA DE CHEGADA:

PACIENTES: 1

ACOMPANHANTES: 2

3

SEQ.	NOME DA PESSOA	IDADE	DOCUMENTO	TELEFONE	EMBARQUE
1	Ana Ribeiro Da Rocha	88	363009	67984327978 (67) 9 8432-7978	16:40

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

DESTINO: H. Regional Tres Lagoas - ,
HORA: 16:40 PROC: Clínica Médica

ACOMPANHANTES: RG: 942948 - NEURACI DOS SANTOS FERREIRA (ENFERMEIRA) - DOCUMENTO: 942948
RG: 001830491 - FRANCIELI SIMOES SIQUEIRA (Técnica de Enfermagem) - DOCUMENTO: 001830491

OBSERVAÇÕES: VENHO POR MEIO DESTA SOLICITAR O PAGAMENTO DA REMOÇÃO DOS SERVIDORES NA QUAL EFETUARAM O
TRANSLADO DA PACIENTE PARA O HOSPITAL REGIONAL DE TRÊS LAGOAS/MS. PRONTUÁRIO 3355.

ACESSÓRIOS:



Identificação do Requerente:					
☐ Prefeito ☐ Vice-prefeito ☐ Secretários Municipais, Procurador Jurídico e Chefe de Gabinete. ☒ Demais Servidores					
Nome Completo:	FELIPE DE SOUZA ROGÉRIO		CPF:	118.291.946-40	Cargo: MOTORISTA
Dados Bancários:	Banco:	BRASIL	Agência:	8229-5	Conta: 7149-8
Objetivo da Viagem: O servidor deslocou-se a serviço conduzindo o veículo durante a remoção Inter hospitalar da paciente A.R.R, prontuário 3355, para o Hospital Regional de Três Lagoas/MS Segue em anexo Listagem de Viagem.Veículo: UTI Placa OOU9J76.					

Meio de Transporte:	☒ Veículo Oficial	☐ Veículo Próprio	☐ Transporte Rodoviário
	☐ Transporte Aéreo		
Local de Origem:	Figueirópolis/MS	Local de Destino:	Três Lagoas/MS
Início da Permanência:	15/05/2026	Final da Permanência:	15/05/2026

Identificação do Valor da Remoção:			
Quantidade:	10	Valor Unitário UFFIG:	R\$ 51,20
		Valor total:	R\$ 512,00

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

Data:	27/05/2026	
Assinatura do Requerente: Felipe de Souza Rogério - Matrícula n. 01.266		

Aprovação

Data:	27/05/2026	
Fabricia Daniela Fagundes - Secretária Municipal de Saúde - Decreto P/n. 025, de 06/02/2026 Assinatura e Carimbo (Ordenador de Despesa):		



Identificação do Requerente:					
☐ Prefeito ☐ Vice-prefeito ☐ Secretários Municipais, Procurador Jurídico e Chefe de Gabinete. ☒ Demais Servidores					
Nome Completo:	Felipe de Souza Rogério	Matrícula:	1.266	Cargo:	Motorista
Local de Origem:	Figueirópolis - MS	Local de Destino:	Três Lagoas - MS		
Início da Permanência:	15/05/2026	Final da Permanência:	15/05/2026		

Identificação do Valor da Remoção:					
Quantidade:	10	Valor Unitário UFFIG:	R\$ 51,20	Valor total:	R\$ 512,00

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: *Remoção*

*

Figueirópolis-MS, de de de de

[Assinatura]
Assinatura do Requerente

ORDEM DE PAGAMENTO Orçamentária

DADOS DA OP

Tipo: Pagamento de Empenho Data....: 02/06/2026
Nº do Empenho: 906 Data do empenho....: 29/05/2026

DADOS DO CREDOR

Nome....: 2555 - Cristopher Alex Palhares da Rocha C.N.P./C.P.F.: 050.671.311-36
Endereço: Rua Ernesto Solon Borges,294 Casa Cidade: Figueirão UF MS
Banco.....: Agência: Conta:
Telefone.: (679) 9277-1728 Fax.....:

VALORES

Valor do Empenho.....: 243,75
Valor da Nota de Pagamento referente a parcela nº 1: 243,75
Valor pago do Empenho (inclui o valor desta nota).....: 243,75
Saldo a pagar do Empenho: 0,00
Líquido a Pagar: 243,75

HISTÓRICO

Valor que se empenha referente a despesa com traslado de pacientes para Campo Grande/MS e Coxim/MS, nos dias 25 e 26/05/2026. Correspondente a 02 (duas) diárias sem pernoite. Cls nº 831 e 841/2026.

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 243,75

DADOS FINANCEIROS

248 - Ag. 82295- C/C. 10.202-4-PREF. MUNIC DE FIGUEIRÃO - FMS C/C 10.202- DEBITO EM CONTA 0 243,75

ASSINATURAS


FABRÍCIA 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 CRISTOPHER A P ROCHA
Agência 8229-5
Conta corrente 5982-X
Valor 243,75
Destinação 0
Data Nesta data

Assinada por	JJ172940 THIAGO INACIO D PAULA FURTADO	02/06/2026 08:06:25
	JE677115 JUVENAL CONSOLARO	02/06/2026 08:37:41

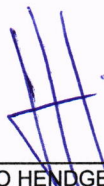
Transação efetuada com sucesso.

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: 906	Data do empenho.....: 29/5/2026
Data.....: 01/06/2026	
DADOS DO CREDOR	
Nome...: 2555 - Cristopher Alex Palhares da Rocha	C.N.P.J/C.P.F:050.671.311-36
Endereço: Rua Ernesto Solon Borges,294 Casa	Cidade: Figueirão UF: MS
Telefone...: (679) 9277-1728	FAX.....:
Banco.....: Agência: Conta:	
VALORES	
Valor do Empenho.....:	243,75
Valor da Nota de Liquidação	243,75
Valor a Liquidar.....:	0,00
Valor Líquido Liquidado	243,75
Diaria	
Nº Diária...: 465	
Data Doc.: 29/05/2026	Data Saída: 25/05/2026
Data Retorno: 26/05/2026	Qtd: 2
Valor: 243,75	
Destino...: CAMPO GRANDE	
Objetivo...: Valor que se empenha referente a despesa com traslado de pacientes para Campo Grande/MS e Coxim/MS, nos dias 25 e 26/05/2026. Correspondente a 02 (duas) diárias sem pernoite. Cls nº 831 e 841/2026.	
HISTÓRICO	
Valor que se empenha referente a despesa com traslado de pacientes para Campo Grande/MS e Coxim/MS, nos dias 25 e 26/05/2026. Correspondente a 02 (duas) diárias sem pernoite. Cls nº 831 e 841/2026.	
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	243,75
ASSINATURAS	
 FABRICIA DANIELA FAGUNDES SECRETÁRIO MUNICIPAL	

Nota de Empenho

DADOS DO EMPENHO		
N.º Empenho...: 906	Tipo...: Ordinário	Data.: 29/5/2026
DADOS DO CREDOR		
Nome.....: 2555 - Cristopher Alex Palhares da Rocha	C.N.P.J/C.P.F....: 050.671.311-36	
Endereço.....: Rua Ernesto Solon Borges,294 Casa	Cidade: Figueirão	UF. MS
Telefone.....: (679) 9277-1728	FAX.....:	
Banco.....:	Agência:	Conta:
Gênero Despesa....: DIARIAS		
VALOR		
243,75 (Duzentos e Quarenta e Tres Reais e Setenta e Cinco Centavos.)		
HISTÓRICO		
Valor que se empenha referente a despesa com translado de pacientes para Campo Grande/MS e Coxim/MS, nos dias 25 e 26/05/2026. Correspondente a 02 (duas) diárias sem pernoite. CIs nº 831 e 841/2026.		
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		243,75
VALORES DA DOTAÇÃO		
Saldo Anterior....: 112.747,84	Lanç. Empenho...: 243,75	Saldo Atual.....: 112.504,09
ASSINATURA		ORDENADOR DA DESPESA
 LORENZO HENDGES MIRANDA CONTADOR		 FABRICIA DANIELA FAGUNDES 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 831/2026

Figueirão/MS, 27 de maio de 2026.

À Secretaria de Planejamento, Administração e Finanças.

Ao Setor de Contabilidade.

Assunto: Solicitação de Diária

CODIGO Nº 78323.
PROTOCOLO Nº 27461/2026.
RECEBI EM 29/05/2026.
ASS: Kryslaine

Solicito o pagamento de diária ao servidor público Cristopher Alex Palhares da Rocha, cuja data da viagem, assim como as informações necessárias para justificar a despesa, encontram-se em anexo a esta comunicação interna.

Segue abaixo rubrica para empenho da diária requerida:

Dotação	Natureza de Despesa	Fonte de Recurso
51	06.002-10.122.0010.2031-3.3.90.14.00.00	1500.1002000

Respeitosamente,

FABRICIA DANIELA FAGUNDES
Secretária Municipal de Saúde
Decreto P/nº. 025, de 06/02/2026.



MUNICÍPIO
DE FIGUEIRÃO
MATO GROSSO DO SUL

ANEXO I - FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE CONCESSÃO DE DIÁRIAS

Identificação do Requerente:						
☐ Prefeito ☐ Vice-prefeito ☐ Secretários Municipais, Procurador Jurídico e Chefe de Gabinete. ☒ Demais Servidores						
Nome Completo:	Cristopher Alex Palhares da Rocha	CPF:	050.671.311-36	Cargo:	Motorista	
Dados Bancários:	Banco:	Brasil	Agência:	8229-5	Conta:	5982-0
Identificação do Afastamento:						
Tipo de Viagem:		Localização:				
☐ Com Pernoite		☐ Fora do Estado				
☒ Sem Pernoite		☒ Capital do Estado e Demais Municípios				
		☐ Municípios Limitrofes				
Objetivo da Viagem: O servidor faz jus a diária pois, deslocou-se a serviço conduzindo veículo desta Secretaria para levar pacientes/acompanhantes para exames/consultas ou tratamentos, em Campo Grande/MS. Carro: Van. Placa: RWE8D60.						
Meio de Transporte: ☒ Veículo Oficial ☐ Veículo Próprio ☐ Transporte Rodoviário ☐ Transporte Aéreo						
Local de Origem:	Figueirópolis/MS		Local de Destino:	Campo Grande/MS		
Início da Permanência:	25/05/2026		Final da Permanência:	25/05/2026		
Identificação do Valor do Quilômetro Rodado (Veículo Próprio):						
Quantidade:		Valor Unitário:		Valor total:		
Identificação do Valor da Diária:						
Com Pernoite:		Valor Unitário:		Valor total:	R\$ 162,50	
Sem Pernoite:	1	Valor Unitário:	R\$ 162,50			
Venho por meio desta, requerer autorização para viagem conforme descrito neste formulário, bem como o recebimento da respectiva diária.						
Data:	27/05/2026					
Assinatura do Requerente: Cristopher Alex Palhares da Rocha; Matrícula: 01.227						
Aprovação						
Data:	27/05/2026					
Assinatura e Carimbo (Ordenador de Despesa): Fabricia Daniela Fagundes - Secretária Municipal de Saúde - Decreto P/n. 025, de 06/02/2026						
Segue abaixo rubrica para empenho da diária requerida:						
Dotação: 51	Natureza de Despesa: 06.002-10.122.0010.2031-3.3.90.14.00.00			Fonte de Recurso: 1500.1002000		



Identificação do Requerente:					
☐ Prefeito ☐ Vice-prefeito ☐ Secretários Municipais, Procurador Jurídico e Chefe de Gabinete. ☒ Demais Servidores					
Nome Completo:	Cristopher Alex Palhares da Rocha	Matrícula:	1.227	Cargo:	Motorista
Local de Origem:	Figueirópolis/MS	Local de Destino:	Campo Grande/MS		
Início da Permanência:	25/05/2026	Final da Permanência:	25/05/2026		

Identificação do Valor do Quilômetro Rodado (Veículo Próprio):					
Quantidade:		Valor Unitário:		Valor total:	
Identificação do Valor da Diária:					
Com Pernoite:		Valor Unitário:		Valor total:	R\$ 162,50
Sem Pernoite:	1	Valor Unitário:	R\$ 162,50		

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:

dever Preencher para Consultas e Exames em Campo Grande, MS.

Figueirópolis-MS, 03 de Julho de 2026

Cristopher Alex P. da Rocha

Assinatura do Requerente



LISTAGEM DE VIAGEM

#4452

DESTINO: CAMPO GRANDE PLACA: RWE8D69 PACIENTES: 10
MOTORISTA: CRISTOPHER ALEX PALHARES DA ROCHA VEÍCULO: VAN 1 ACOMPANHANTES: 5
DATA DE SAÍDA: 25/05/26 01:20 DATA DE CHEGADA: 25/05/26 15
OBSERVAÇÃO: LEVAR PACIENTES PARA CONSULTAS E EXAMES

SEQ.	NOME DA PESSOA	IDADE	DOCUMENTO	TELEFONE	EMBARQUE
1	Barbarah Beatriz Lima De Moraes	32	001908088	67984124702 (67) 9 8412-4702	01:20

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

DESTINO: Clinica Particular - ,
HORA: 13:00 PROC: Consulta

ACOMPANHANTES: RG: 193963 - DAURIDES PEREIRA DE LIMA (MAE) - DOCUMENTO: 193963
OBSERVAÇÕES:
ACESSÓRIOS:

2	Cristhyan Alex De Sa Palhares Da Rocha	9	-	67984445483 (67) 9 8444-5483	01:20
---	--	---	---	---------------------------------	-------

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

DESTINO: Clinica Particular - ,
HORA: 14:00 PROC: Consulta

ACOMPANHANTES: RG: 1944985 - VANUSA AMORIM DE SA (MAE) - DOCUMENTO: 1944985
OBSERVAÇÕES: SIM PARA CASA DE APOIO
ACESSÓRIOS:

3	Domingas Nunes Ferreira	67	150158 MS EXP	67984510573 (67) 9 8451-0573	01:20
---	-------------------------	----	---------------	---------------------------------	-------

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

DESTINO: Hospital Regional - AV. ENG. LUTERO LOPES, 36
HORA: 12:40 PROC: Consulta

ACOMPANHANTES: RG: 2.171.463MSEXP.14/11/13 - DENISE NUNES DA SILVA (NETA) - DOCUMENTO: 2.171.463MSEXP.14/11/13
OBSERVAÇÕES: CONSULTA
ACESSÓRIOS:

4	Iraci Dos Anjos Rosa De Oliveira	43	RG:001211853	67984368867 (67) 9 8436-8867	01:20
---	----------------------------------	----	--------------	---------------------------------	-------

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

DESTINO: Rua Alagoas, 396 - ,
HORA: 09:30 PROC: Consulta

ACOMPANHANTES:

LISTAGEM DE VIAGEM

#4452

DESTINO: CAMPO GRANDE

MOTORISTA: CRISTOPHER ALEX PALHARES DA ROCHA

DATA DE SAÍDA: 25/05/26 01:20

OBSERVAÇÃO: LEVAR PACIENTES PARA CONSULTAS E EXAMES

PLACA: RWE8D69

VEÍCULO: VAN 1

DATA DE CHEGADA: 25/05/26

PACIENTES: 10

ACOMPANHANTES: 5

15

SEQ.	NOME DA PESSOA	IDADE	DOCUMENTO	TELEFONE	EMBARQUE
OBSERVAÇÕES: SI					
ACESSÓRIOS:					
5	Lucimar Lima Coelho	52	0806416 MEXP.	67984414601 (67) 9 8441-4601	01:20
LOCAL DE SAÍDA: HOSPITAL MARIANA SILVÉRA FURTADO					
TIPO: Ida e Volta					
DESTINO: Clinica Particular - ,					
HORA: 08:45 PROC: Consulta					
ACOMPANHANTES:					
OBSERVAÇÕES:					
ACESSÓRIOS:					
6	Marco Aurelio De Souza	43	1086822 SSP/MS	67984456253 (67) 9 8445-6253	01:20
LOCAL DE SAÍDA: NA CASA DE APOIO					
TIPO: Volta					
DESTINO: Hemosul - FERNANDO CORRÊA DA COSTA, 1304					
HORA: 07:00 PROC: Doação De Sangue					
ACOMPANHANTES: RG: null - PYETRA DONEGA DE SOUZA (FILHA) - DOCUMENTO: 07833932108					
OBSERVAÇÕES:					
ACESSÓRIOS:					
7	Lauanny Belquo Perius	3	-	67984111580 (67) 9 8411-1580	01:20
LOCAL DE SAÍDA: NOVA CONQUISTA COMPRAS					
TIPO: Ida e Volta					
DESTINO: Cer Apae - CARLINDA TOGNINI, 251					
HORA: 08:00 PROC: Consulta					
ACOMPANHANTES: RG: 364789 MEXP.12/8/85 - ZILMA PEREIRA DE LIMA (AVó) - DOCUMENTO: 364789 MEXP.12/8/85					
OBSERVAÇÕES:					
ACESSÓRIOS:					
8	Elenice De Fatima Custodio Da Silva	56	457572 SSP/MS	67984726889 (67) 9 8472-6889	01:20
LOCAL DE SAÍDA: NÚCLEO DE SECRETARIAS					
TIPO: Ida e Volta					
DESTINO: Clinica Particular - ,					
HORA: 14:00 PROC: Consulta					
ACOMPANHANTES:					
OBSERVAÇÕES:					
ACESSÓRIOS:					

LISTAGEM DE VIAGEM

#4452

DESTINO: CAMPO GRANDE

MOTORISTA: CRISTOPHER ALEX PALHARES DA ROCHA

DATA DE SAÍDA: 25/05/26 01:20

OBSERVAÇÃO: LEVAR PACIENTES PARA CONSULTAS E EXAMES

PLACA: RWE8D69

VEÍCULO: VAN 1

DATA DE CHEGADA: 25/05/26

PACIENTES: 10

ACOMPANHANTES: 5

15

SEQ.	NOME DA PESSOA	IDADE	DOCUMENTO	TELEFONE	EMBARQUE
9	Luiz Guilherme De Castro	19	RN;896F270 MS	67984542345 (67) 9 8454-2345	01:20
LOCAL DE SAÍDA: PRIME CONVENIÊNCIA TIPO: Ida e Volta DESTINO: Hospital Regional - AV. ENG. LUTERO LOPES, 36 HORA: 07:00PROC: Consulta ACOMPANHANTES: OBSERVAÇÕES: ACESSÓRIOS:					
10	Alaide Da Silva Andrade Da Silva	68	947937 MS	67984539557 (67) 9 8453-9557	01:20
LOCAL DE SAÍDA: ZEZINHO DO SKINÃO TIPO: Ida e Volta DESTINO: Casa Da Saude - AVENIDA MATO GROSSO., 517 HORA: 08:00PROC: Medicação ACOMPANHANTES: OBSERVAÇÕES: ACESSÓRIOS:					



**MUNICÍPIO
DE FIGUEIRÓPOLIS DO SUL**
MATO GROSSO DO SUL

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

Comunicação Interna nº 841/2026

Figueirópolis/MS, 27 de maio de 2026.

À Secretaria de Planejamento, Administração e Finanças.

Ao Setor de Contabilidade.

Assunto: Solicitação de Diária

CODIGO Nº 78317
PROTOCOLO Nº 27401/2026
RECEBI EM 29/05/2026
ASS: Kryslaine

Solicito o pagamento de diária ao servidor público Cristopher Alex Palhares da Rocha, cuja data da viagem, assim como as informações necessárias para justificar a despesa, encontram-se em anexo a esta comunicação interna.

Segue abaixo rubrica para empenho da diária requerida:

Dotação	Natureza de Despesa	Fonte de Recurso
51	06.002-10.122.0010.2031-3.3.90.14.00.00	1500.1002000

Respeitosamente,

FABRICIA DANIELA FAGUNDES
Secretária Municipal de Saúde
Decreto P/nº. 025, de 06/02/2026.



MUNICÍPIO
DE FIGUEIRÃO
MATO GROSSO DO SUL

ANEXO I - FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE CONCESSÃO DE DIÁRIAS

Identificação do Requerente:						
☐ Prefeito ☐ Vice-prefeito ☐ Secretários Municipais, Procurador Jurídico e Chefe de Gabinete. ☒ Demais Servidores						
Nome Completo:	Cristopher Alex Palhares da Rocha	CPF:	050.671.311-36	Cargo:	Motorista	
Dados Bancários:	Banco:	Brasil	Agência:	8229-5	Conta:	5982-0

Identificação do Afastamento:			
Tipo de Viagem:	☐ Com Pernoite ☒ Sem Pernoite	Localização:	☐ Fora do Estado ☐ Capital do Estado e Demais Municípios ☒ Municípios Limitrofes
Objetivo da Viagem: O servidor faz jus a diária pois, deslocou-se a serviço conduzindo veículo desta Secretaria para levar pacientes/acompanhantes para exames/consultas ou tratamentos em Coxim/MS. Carro: Hilux. Placa: QAV2I05.			

Meio de Transporte:	☒ Veículo Oficial ☐ Veículo Próprio ☐ Transporte Rodoviário ☐ Transporte Aéreo		
Local de Origem:	Figueirópolis/MS	Local de Destino:	Coxim/MS
Início da Permanência:	26/05/2026	Final da Permanência:	26/05/2026

Identificação do Valor do Quilômetro Rodado (Veículo Próprio):			
Quantidade:	Valor Unitário:	Valor total:	
Identificação do Valor da Diária:			
Com Pernoite:	Valor Unitário:	Valor total:	R\$ 81,25
Sem Pernoite:	1	Valor Unitário:	R\$ 81,25

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

Data:	27/05/2026	 Assinatura do Requerente: Cristopher Alex Palhares da Rocha; Matrícula: 01.227 Aprovação
Data:	27/05/2026	 Fabricia Daniela Fagundes - Secretária Municipal de Saúde - Decreto P/n. 025, de 06/02/2026 Assinatura e Carimbo (Ordenador de Despesa):

Segue abaixo rubrica para empenho da diária requerida:

Dotação: 51	Natureza de Despesa: 06.002-10.122.0010.2031-3.3.90.14.00.00	Fonte de Recurso: 1500.1002000
-------------	--	--------------------------------



MUNICÍPIO
DE FIGUEIRÃO
MATO GROSSO DO SUL

ANEXO II - RELATÓRIO DE VIAGEM

Identificação do Requerente:					
☐ Prefeito ☐ Vice-prefeito ☐ Secretários Municipais, Procurador Jurídico e Chefe de Gabinete. ☒ Demais Servidores					
Nome Completo:	Cristopher Alex Palhares da Rocha	Matrícula:	1.227	Cargo:	Motorista
Local de Origem:	Figueirópolis/MS	Local de Destino:	Coxim/MS		
Início da Permanência:	26/05/2026	Final da Permanência:	26/05/2026		

Identificação do Valor do Quilômetro Rodado (Veículo Próprio):					
Quantidade:		Valor Unitário:		Valor total:	
Identificação do Valor da Diária:					
Com Pernoite:		Valor Unitário:		Valor total:	R\$ 81,25
Sem Pernoite:	1	Valor Unitário:	R\$ 81,25		

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 pacientes para Coxim, MS. para consultas e exames.

Figueirópolis-MS, 03 de Julho de 2026

Cristopher Alex P. da Rocha

Assinatura do Requerente



LISTAGEM DE VIAGEM

#4466

DESTINO: COXIM

MOTORISTA: CRISTOPHER ALEX PALHARES DA ROCHA

DATA DE SAÍDA: 26/05/26 05:00

OBSERVAÇÃO: LEVAR PACIENTE

PLACA: QAV2I05

VEÍCULO: HILUX

DATA DE CHEGADA: 26/05/26

PACIENTES: 1

ACOMPANHANTES: 0

1

SEQ.	NOME DA PESSOA	IDADE	DOCUMENTO	TELEFONE	EMBARQUE
1	Adriana Dos Anjos Oliveira	39	1919788	67984450502 (67) 9 8445-0502	05:00

LOCAL DE SAÍDA: BUSCAR NA CASA DO PACIENTE
TIPO: Ida e Volta

DESTINO: Hospital Regional Dr. Alvaro Fontoura Silva - AV GASPAR RIES COELHO, 361
HORA: 07:30 PROC: Consulta

ACOMPANHANTES:
OBSERVAÇÕES:
ACESSÓRIOS:

ORDEM DE PAGAMENTO Orçamentária

DADOS DA OP

Tipo: Pagamento de Empenho Data....: 02/06/2026
Nº do Empenho: 917 Data do empenho....: 29/05/2026

DADOS DO CREDOR

Nome....: 2082 - NEURACI DOS SANTOS FERREIRA C.N.P.J/C.P.F.: 849.819.541-15
Endereço: Rua CLAUDIO JOSE DE LIMA,1101 Cidade: Figueirão UF MS
Banco.....: Agência: Conta:
Telefone.: Fax.....:

VALORES

Valor do Empenho.....: 512,00
Valor da Nota de Pagamento referente a parcela nº 1: 512,00
Valor pago do Empenho (inclui o valor desta nota).....: 512,00
Saldo a pagar do Empenho: 0,00
Líquido a Pagar: 512,00

HISTÓRICO

Valor que se empenha referente a despesa com acompanhamento remoção de paciente para Três Lagoas/MS, no dia 15/05/2026. Correspondente a 01 (uma) remoção. Prontuário nº 3355. CI nº 834/2026.

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 512,00

DADOS FINANCEIROS

248 - Ag. 82295- C/C. 10.202-4-PREF. MUNIC DE FIGUEIRÃO - FMS C/C 10.202- DEBITO EM CONTA 0 512,00

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 NEURACI SANTOS FERREIRA
Agência 838-9
Conta corrente 6531-5
Valor 512,00
Destinação 0
Data Nesta data

Assinada por	JJ172940 THIAGO INACIO D PAULA FURTADO	02/06/2026 08:04:19
	JE677115 JUVENAL CONSOLARO	02/06/2026 08:40:00

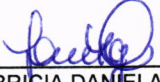
Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JE677115 JUVENAL CONSOLARO.

Nota de Liquidação
Liquidação de Empenho

DADOS DA LIQUIDAÇÃO	
Nº da Liquidação: 1	Tip: Liquidação de Empenho
Nº do Empenho: 917	Data....: 01/06/2026
Data do empenho....: 29/5/2026	
DADOS DO CREDOR	
Nome...: 2082 - NEURACI DOS SANTOS FERREIRA	C.N.P.J/C.P.F:849.819.541-15
Endereço: Rua CLAUDIO JOSE DE LIMA,1101	Cidade: Figueirão UF: MS
Telefone...:	FAX....:
Banco.....:	Agência: Conta:
VALORES	
Valor do Empenho.....:	512,00
Valor da Nota de Liquidação	512,00
Valor a Liquidar.....:	0,00
Valor Líquido Liquidado	512,00
Diaria	
Nº Diária...: 477	
Data Doc.: 29/05/2026	Data Saída: 15/05/2026
Data Retorno: 15/05/2026	Qtd: 1
Destino...: TRÊS LAGOAS	Valor: 512,00
Objetivo...:	Valor que se empenha referente a despesa com acompanhamento remoção de paciente para Três Lagoas/MS, no dia 15/05/2026. Correspondente a 01 (uma) remoção. Prontuário nº 3355. CI nº 834/2026.
HISTÓRICO	
Valor que se empenha referente a despesa com acompanhamento remoção de paciente para Três Lagoas/MS, no dia 15/05/2026. Correspondente a 01 (uma) remoção. Prontuário nº 3355. CI nº 834/2026.	
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	512,00
ASSINATURAS	
	
FABRICIA DANIELA FAGUNDES SECRETÁRIO MUNICIPAL	

Nota de Empenho

DADOS DO EMPENHO		
N.º Empenho...: 917	Tipo...: Ordinário	Data.: 29/5/2026
DADOS DO CREDOR		
Nome.....: 2082 - NEURACI DOS SANTOS FERREIRA	C.N.P.J/C.P.F....: 849.819.541-15	
Endereço.....: Rua CLAUDIO JOSE DE LIMA,1101	Cidade: Figueirão	UF. MS
Telefone.....:	FAX.....:	
Banco.....:	Agência:	Conta:
Gênero Despesa...: REMOÇÃO DE PACIENTE		
VALOR		
512,00 (Quinhentos e Doze Reais.)		
HISTÓRICO		
Valor que se empenha referente a despesa com acompanhamento remoção de paciente para Três Lagoas/MS, no dia 15/05/2026. Correspondente a 01 (uma) remoção. Prontuário nº 3355. CI nº 834/2026.		
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		512,00
VALORES DA DOTAÇÃO		
Saldo Anterior....: 109.767,14	Lanç. Empenho...: 512,00	Saldo Atual.....: 109.255,14
ASSINATURA		ORDENADOR DA DESPESA
 LORENZO HENDGES MIRANDA CONTADOR		 FABRICIA DANIELA FAGUNDES SECRETÁRIO MUNICIPAL



Comunicação Interna nº 834/2026/SMS/PMF

Figueirão, Mato Grosso do Sul, 27 de maio de 2026

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

CODIGO Nº 78326
PROTOCOLO Nº 27491/2026
RECEBI EM 29/05/2026
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/ Localidade	Veículo	Finalidade	Data viagem	Valor R\$
Felipe de Souza Rogério Cargo: Motorista	01.266	Três Lagoas/MS	UTI Placa OOU9J76	Remoção de paciente	15/05/2026	R\$ 512,00
Neuraci dos Santos Ferreira Cargo: Enfermeira	01.176					R\$ 512,00
Francieli Simões Siqueira Cargo: Técnica de Enfermagem	01.107					R\$ 512,00
TOTAL						R\$ 1.536,00

2. Os servidores deslocaram-se a serviço conduzindo o veículo e prestando assistência durante a remoção Inter hospitalar da paciente A.R.R, prontuário 3355, para o Hospital Regional de Três Lagoas/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

#4479

DESTINO: TRÊS LAGOAS

MOTORISTA: FELIPE DE SOUZA ROGERIO

DATA DE SAÍDA: 15/05/26 16:40

OBSERVAÇÃO:

PLACA: OOU9J76

VEÍCULO: UTI MÓVEL

DATA DE CHEGADA: _____

PACIENTES: 1

ACOMPANHANTES: 2

3

SEQ.	NOME DA PESSOA	IDADE	DOCUMENTO	TELEFONE	EMBARQUE
1	Ana Ribeiro Da Rocha	88	363009	67984327978 (67) 9 8432-7978	16:40

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

DESTINO: H. Regional Tres Lagoas - ,
HORA: 16:40 PROC: Clínica Médica

ACOMPANHANTES: RG: 942948 - NEURACI DOS SANTOS FERREIRA (ENFERMEIRA) - DOCUMENTO: 942948
RG: 001830491 - FRANCIELI SIMOES SIQUEIRA (TÉCNICA DE ENFERMAGEM) - DOCUMENTO: 001830491

OBSERVAÇÕES: VENHO POR MEIO DESTES SOLICITAR O PAGAMENTO DA REMOÇÃO DOS SERVIDORES NA QUAL EFETUARAM O
TRANSLADO DA PACIENTE PARA O HOSPITAL REGIONAL DE TRÊS LAGOAS/MS. PRONTUÁRIO 3355.

ACESSÓRIOS:



MUNICÍPIO
DE FIGUEIRÃO
MATO GROSSO DO SUL

ANEXO I - FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE CONCESSÃO DE REMOÇÃO

Identificação do Requerente:						
☐ Prefeito ☐ Vice-prefeito ☐ Secretários Municipais, Procurador Jurídico e Chefe de Gabinete. ☒ Demais Servidores						
Nome Completo:	Neuraci dos Santos Ferreira		CPF:	849.819.541-15	Cargo:	ENFERMEIRA
Dados Bancários:	Banco:	Brasil	Agência:	838-9	Conta:	6531-5

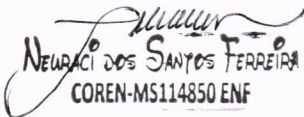
Objetivo da Viagem:

A servidora deslocou-se a serviço prestando assistência durante a remoção Inter hospitalar da paciente A.R.R, prontuário 3355, para o Hospital Regional de Três Lagoas/MS Segue em anexo Listagem de Viagem. Veículo: UTI Placa OOU9J76.

Meio de Transporte:	☒ Veículo Oficial	☐ Veículo Próprio	☐ Transporte Rodoviário
	☐ Transporte Aéreo		
Local de Origem:	FIGUEIRÃO/MS	Local de Destino:	TRÊS LAGOAS/MS
Início da Permanência:	15/05/2026	Final da Permanência:	15/05/2026

Identificação do Valor da Remoção:			
Quantidade:	10	Valor Unitário UFFIG:	R\$ 51,20
Valor total:		R\$ 512,00	

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

Data:	27/05/2026	 NEURACI DOS SANTOS FERREIRA COREN-MS114850 ENF Assinatura do Requerente: Neuraci dos Santos Ferreira - Matricula n. 01.176
Aprovação		
Data:	27/05/2026	 Fabricia daniela Fagundes - Secretária Municipal de Saúde - Decreto P/n. 025, de 06/02/2026 Assinatura e Carimbo (Ordenador de Despesa):



Identificação do Requerente:						
☐ Prefeito ☐ Vice-prefeito ☐ Secretários Municipais, Procurador Jurídico e Chefe de Gabinete. ☒ Demais Servidores						
Nome Completo:	Neuraci dos Santos Ferreira		Matrícula:	01 176	Cargo:	Enfermeira
Local de Origem:	Figueirópolis - MS		Local de Destino:	Três Lagoas - MS		
Início da Permanência:	15/05/2026		Final da Permanência:	15/05/2026		

Identificação do Valor da Remoção:					
Quantidade:	10	Valor Unitário UFFIG:	R\$ 51,20	Valor total:	R\$ 512,00

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:

* Acompanhado paciente em remanes inter hospitalar sem intercorrência no período.

NEURACI DOS SANTOS FERREIRA
COREN-MS114850 ENF

Figueirópolis-MS, de de de de

NEURACI DOS SANTOS FERREIRA
COREN-MS114850 ENF
Assinatura do Requerente

ORDEM DE PAGAMENTO Orçamentária

DADOS DA OP

Tipo: Pagamento de Empenho Data....: 02/06/2026
Nº do Empenho: 905 Data do empenho....: 29/05/2026

DADOS DO CREDOR

Nome....: 1723 - Alcilei Rosa da Silva C.N.P.J/C.P.F.: 894.220.071-00
Endereço: Rua Furtado,600 Casa Cidade: Figueirão UF MS
Banco.....: Agência: Conta:
Telefone.: Fax.....:

VALORES

Valor do Empenho.....: 81,25
Valor da Nota de Pagamento referente a parcela nº 1: 81,25
Valor pago do Empenho (inclui o valor desta nota).....: 81,25
Saldo a pagar do Empenho: 0,00
Líquido a Pagar: 81,25

HISTÓRICO

Valor que se empenha referente a despesa com traslado de paciente e motorista para buscar veículo em Costa Rica/MS, no dia 26/05/2026. Correspondente a 01 (uma) diária sem pernoite. CI nº 846/2026.

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

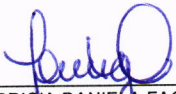
Detalhamento da Fonte de Recursos

1500.1002(Identificação das despesas com ações e serviços públicos de saúde 81,25

DADOS FINANCEIROS

248 - Ag. 82295- C/C. 10.202-4-PREF. MUNIC DE FIGUEIRÃO - FMS C/C 10.202- DEBITO EM CONTA 0 81,25

ASSINATURAS


FABRICIA DANIELA FAGUNDES
SECRETÁRIO MUNICIPAL

Recebi a importância acima processada

Credor - Doc. nº :



Emissão de comprovantes

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
02/06/2026 - AUTOATENDIMENTO - 08.43.42
8229508229 0001
Comprovante Pix

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

SOBRE A TRANSACAO

ID: E000000020260602110730411078764
CNPJ DO PAGADOR: 7.158.578/0001-10
VALOR: R\$81,25
TARIFA: R\$1,00
DATA: 02/06/2026 - 08:35:07

PAGO PARA: Alcilei Rosa Silva
CPF: ***,220.071-**
CHAVE PIX: alcileibode@gmail.com
INSTITUICAO: 18236120 NU PAGAMENTOS - IP
AGENCIA: 0001 - CONTA: 0000000009565013736
TIPO DE CONTA: Conta Pagamento

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

Notificacao enviada em: 02/06/2026 - 08:35:08

=====

DOCUMENTO: 060210
AUTENTICACAO SISBB: 9.9BB.274.590.6EA.319

=====

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

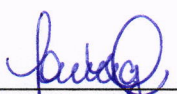
SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produ-
tos e servicos.

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: 905	Data.....: 01/06/2026
Data do empenho.....: 29/5/2026	
DADOS DO CREDOR	
Nome....: 1723 - Alcilei Rosa da Silva	C.N.P.J/C.P.F:894.220.071-00
Endereço: Rua Furtado,600 Casa	Cidade: Figueirão UF: MS
Telefone...:	FAX.....:
Banco.....: Agência: Conta:	
VALORES	
Valor do Empenho.....:	81,25
Valor da Nota de Liquidação	81,25
Valor a Liquidar.....:	0,00
Valor Líquido Liquidado	81,25
Diaria	
Nº Diária...: 466	
Data Doc.: 29/05/2026	Data Saída: 26/05/2026
Data Retorno: 26/05/2026	Qtd: 1
Destino...: COSTA RICA	Valor: 81,25
Objetivo...: Valor que se empenha referente a despesa com traslado de paciente e motorista para buscar veículo em Costa Rica/MS, no dia 26/05/2026. Correspondente a 01 (uma) diária sem pernoite. CI nº 846/2026.	
HISTÓRICO	
Valor que se empenha referente a despesa com traslado de paciente e motorista para buscar veículo em Costa Rica/MS, no dia 26/05/2026. Correspondente a 01 (uma) diária sem pernoite. CI nº 846/2026.	
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	81,25
ASSINATURAS	
 FABRICIA DANIELA FAGUNDES SECRETÁRIO MUNICIPAL	

DADOS DO EMPENHO

Data.: 29/5/2026

- DADOS DO CREDOR

C.N.P.J/C.P.F...: 894.220.071-00

UF. MS

Telephone.....:

FAX.....:

Banco.....:

Agência:

Conta:

Gênero Despesa....: DIARIAS

- VALOR

81,25 (Oitenta e Um Reais e Vinte e Cinco Centavos.)

- HISTÓRICO

Valor que se empenha referente a despesa com traslado de paciente e motorista para buscar veículo em Costa Rica/MS, no dia 26/05/2026. Correspondente a 01 (uma) diária sem pernoite. CI nº 846/2026.

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

81,25

VALORES DA DOTAÇÃO

Saldo Anterior....: 112.829,09

Lanc. Empenho.: 81,25

Saldo Atual.....: 112.747,84

- ASSINATURA


 D. HENDGES
 CONTADOR

LORENZO HENDGES MIRANDA
CONTADOR

ORDENADOR DA DESPESA


DANIELA FACCHINI
SECRETÁRIO MUNIC

FABRICIA DANIELA FAGUNDES
SECRETÁRIO MUNICIPAL



**MUNICÍPIO
DE FIGUEIRÃO**
MATO GROSSO DO SUL

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

Comunicação Interna nº 846/2026

Figueirópolis/MS, 28 de maio de 2026.

À Secretaria de Planejamento, Administração e Finanças.

Ao Setor de Contabilidade.

Assunto: Solicitação de Diária

CODIGO Nº 78315.
PROTOCOLO Nº 2738/2026.
RECEBI EM 29/05/2026.
ASS: Kryslaine

Solicito o pagamento de diária ao servidor público Alcilei Rosa da Silva, cuja data da viagem, assim como as informações necessárias para justificar a despesa, encontram-se em anexo a esta comunicação interna.

Segue abaixo rubrica para empenho da diária requerida:

Dotação	Natureza de Despesa	Fonte de Recurso
51	06.002-10.122.0010.2031-3.3.90.14.00.00	1500.1002000

Respeitosamente,

FABRICIA DANIELA FAGUNDES
Secretária Municipal de Saúde
Decreto P/nº. 025, de 06/02/2026.



MUNICÍPIO
DE FIGUEIRÓPOLIS
MATO GROSSO DO SUL

ANEXO I - FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE CONCESSÃO DE DIÁRIAS

Identificação do Requerente:					
☐ Prefeito ☐ Vice-prefeito ☐ Secretários Municipais, Procurador Jurídico e Chefe de Gabinete. ☒ Demais Servidores					
Nome Completo:	Alcilei Rosa da Silva	CPF:	894.220.071-00	Cargo:	Auxiliar Administrativo
Dados Bancários:	Pix:	alcileibode@gmail.com			

Identificação do Afastamento:					
Tipo de Viagem:	☐ Com Pernoite	Localização:	☐ Fora do Estado		
	☒ Sem Pernoite		☐ Capital do Estado e Demais Municípios		
			☒ Municípios Limítrofes		

Objetivo da Viagem:
O servidor faz jus a diária pois deslocou-se a serviço conduzindo veículo desta Secretaria para levar pacientes/acompanhantes para exames/consultas, em Costa Rica/MS. Veículo: Ranger. Placa: RWB-2F67.

Meio de Transporte:	☒ Veículo Oficial	☐ Veículo Próprio	☐ Transporte Rodoviário
	☐ Transporte Aéreo		
Local de Origem:	Figueirópolis/MS	Local de Destino:	Costa Rica/MS
Início da Permanência:	26/05/2026	Final da Permanência:	26/05/2026

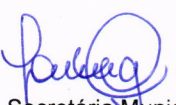
Identificação do Valor do Quilômetro Rodado (Veículo Próprio):			
Quantidade:		Valor Unitário:	
		Valor total:	

Identificação do Valor da Diária:			
Com Pernoite:		Valor Unitário:	
Sem Pernoite:	1	Valor Unitário:	R\$ 81,25
		Valor total:	R\$ 81,25

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

Data: 28/05/2026	 Assinatura do Requerente: Alcilei Rosa da Silva Matrícula nº 01.069
------------------	---

Aprovação

Data: 28/05/2026	 Fabricia Daniela Fagundes- Secretária Municipal de Saúde - Decreto P/n. 025, de 06/02/2026 Assinatura e Carimbo (Ordenador de Despesa):
------------------	---



Identificação do Requerente:					
☐ Prefeito ☐ Vice-prefeito ☐ Secretários Municipais, Procurador Jurídico e Chefe de Gabinete. ☒ Demais Servidores					
Nome Completo:	Alcilei Rosa da Silva	Matrícula:	1.069	Cargo:	Auxiliar Administrativo
Local de Origem:	Figueirão/MS	Local de Destino:	Costa Rica/MS		
Início da Permanência:	26/05/2026	Final da Permanência:	26/05/2026		

Identificação do Valor do Quilômetro Rodado (Veículo Próprio):					
Quantidade:		Valor Unitário:		Valor total:	

Identificação do Valor da Diária:					
Com Pernoite:		Valor Unitário:		Valor total:	
Sem Pernoite:	1	Valor Unitário:	R\$ 81,25	Valor total:	R\$ 81,25

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:

Figueirão-MS, 27 de 05 de 2026

Alcilei
Assinatura do Requerente



LISTAGEM DE VIAGEM

#4474

DESTINO: COSTA RICA
MOTORISTA: ALCILEI ROSA DA SILVA
DATA DE SAÍDA: 26/05/26 09:30
OBSERVAÇÃO: LEVAR PACIENTE MOTORISTA PARA BUSCAR VEICULO

PLACA: RWB-2F67
VEÍCULO: FORD RANGER GABINETE
DATA DE CHEGADA: 26/05/26 _____

PACIENTES: 0
ACOMPANHANTES: 0

1

SEQ.	NOME DA PESSOA	IDADE	DOCUMENTO	TELEFONE	EMBARQUE
0	null	null	-		

LOCAL DE SAÍDA: NÃO DEFINIDO
TIPO:

DESTINO:

ACOMPANHANTES:
OBSERVAÇÕES: -
ACESSÓRIOS:

ORDEM DE PAGAMENTO Orçamentária

DADOS DA OP

Tipo: Pagamento de Empenho Data....: 02/06/2026
Nº do Empenho: 907 Data do empenho....: 29/05/2026

DADOS DO CREDOR

Nome....: 2867 - Thiago Martins C.N.P.J/C.P.F.: 013.567.091-84
Endereço: Rua Pedra Bonita,182 Casa Cidade: Figueirão UF MS
Banco.....: Agência: Conta:
Telefone.: (679) 8483-1376 Fax.....:

VALORES

Valor do Empenho.....: 487,50
Valor da Nota de Pagamento referente a parcela nº 1: 487,50
Valor pago do Empenho (inclui o valor desta nota).....: 487,50
Saldo a pagar do Empenho: 0,00
Líquido a Pagar: 487,50

HISTÓRICO

Valor que se empenha referente a despesa com traslado de exames e pacientes para Campo Grande/MS, Coxim/MS e Costa Rica/MS, nos dias 24, 25, 26 e 27/05/2026. Correspondente a 04 (quatro) diárias sem pernoite. CIs nº 830, 835, 845 e 848/2026.

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

1500.10021 Identificação das despesas com ações e serviços públicos de saúde 487,50

DADOS FINANCEIROS

248 - Ag. 82295- C/C. 10.202-4-PREF. MUNIC DE FIGUEIRÃO - FMS C/C 10.202- DEBITO EM CONTA 0 487,50

ASSINATURAS


FABRÍCIA 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 THIAGO MARTINS
Agência 8229-5
Conta corrente 6162-X
Valor 487,50
Destinação 0
Data Nesta data

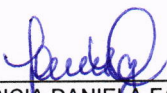
Assinada por	JJ172940 THIAGO INACIO D PAULA FURTADO	02/06/2026 08:06:43
	JE677115 JUVENAL CONSOLARO	02/06/2026 08:36:54

Transação efetuada com sucesso.

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: 907	Data..... 01/06/2026
DADOS DO CREDOR	
Nome...: 2867 - Thiego Martins	C.N.P.J/C.P.F:013.567.091-84
Endereço: Rua Pedra Bonita,182 Casa	Cidade: Figueirão UF: MS
Telefone...: (679) 8483-1376	FAX.....:
Banco.....: Agência: Conta:	
VALORES	
Valor do Empenho.....:	487,50
Valor da Nota de Liquidação	487,50
Valor a Liquidar.....:	0,00
Valor Líquido Liquidado	487,50
Diaria	
Nº Diária...: 464	
Data Doc.: 29/05/2026	Data Saída: 24/05/2026
Data Retorno: 27/05/2026	Qtd: 4
Destino...: CAMPO GRANDE	Valor: 487,50
Objetivo...: Valor que se empenha referente a despesa com traslado de exames e pacientes para Campo Grande/MS, Coxim/MS e Costa Rica/MS, nos dias 24, 25, 26 e 27/05/2026. Correspondente a 04 (quatro) diárias sem pernoite. Cls nº 830, 835, 845 e 848/2026.	
HISTÓRICO	
Valor que se empenha referente a despesa com traslado de exames e pacientes para Campo Grande/MS, Coxim/MS e Costa Rica/MS, nos dias 24, 25, 26 e 27/05/2026. Correspondente a 04 (quatro) diárias sem pernoite. Cls nº 830, 835, 845 e 848/2026.	
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	487,50
ASSINATURAS	
 FABRICIA DANIELA FAGUNDES SECRETÁRIO MUNICIPAL	

Nota de Empenho

DADOS DO EMPENHO		
N.º Empenho.: 907	Tipo.: Ordinário	Data.: 29/5/2026
DADOS DO CREDOR		
Nome.....: 2867 - Thiego Martins	C.N.P.J/C.P.F....: 013.567.091-84	
Endereço.....: Rua Pedra Bonita,182 Casa	Cidade: Figueirão	UF. MS
Telefone.....: (679) 8483-1376	FAX.....:	
Banco.....:	Agência:	Conta:
Gênero Despesa....: DIARIAS		
VALOR		
487,50 (Quatrocentos e Oitenta e Sete Reais e Cinquenta Centavos.)		
HISTÓRICO		
Valor que se empenha referente a despesa com traslado de exames e pacientes para Campo Grande/MS, Coxim/MS e Costa Rica/MS, nos dias 24, 25, 26 e 27/05/2026. Correspondente a 04 (quatro) diárias sem pernoite. Cls nº 830, 835, 845 e 848/2026.		
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		487,50
VALORES DA DOTAÇÃO		
Saldo Anterior.....: 112.504,09	Lanç. Empenho.: 487,50	Saldo Atual.....: 112.016,59
ASSINATURA		ORDENADOR DA DESPESA
 LORENZO HENDGES MIRANDA CONTADOR		 FABRÍCIA DANIELA FAGUNDES SECRETÁRIO MUNICIPAL



**MUNICÍPIO
DE FIGUEIRÃO**
MATO GROSSO DO SUL

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

Comunicação Interna nº 830/2026

Figueirópolis/MS, 27 de maio de 2026.

À Secretaria de Planejamento, Administração e Finanças.

Ao Setor de Contabilidade.

Assunto: Solicitação de Diária

CODIGO Nº 78324.
PROTOCOLO Nº 2747/2026.
RECEBI EM 29/05/2026.
ASS: Kryslaine

Solicito o pagamento de diária ao servidor público Thiago Martins, cuja data da viagem, assim como as informações necessárias para justificar a despesa, encontram-se em anexo a esta comunicação interna.

Segue abaixo rubrica para empenho da diária requerida:

Dotação	Natureza de Despesa	Fonte de Recurso
51	06.002-10.122.0010.2031-3.3.90.14.00.00	1500.1002000

Respeitosamente,

FABRICIA DANIELA FAGUNDES
Secretária Municipal de Saúde
Decreto P/nº. 025, de 06/02/2026.



Identificação do Requerente:						
☐ Prefeito ☐ Vice-prefeito ☐ Secretários Municipais, Procurador Jurídico e Chefe de Gabinete. ☒ Demais Servidores						
Nome Completo:	Thiago Martins		CPF:	013.567.091-84	Cargo:	Motorista
Dados Bancários:	Banco:	Brasil	Agência:	8229-5	Conta:	6162 - X

Identificação do Afastamento:	
Tipo de Viagem:	☐ Com Pernoite ☒ Sem Pernoite
Localização:	☐ Fora do Estado ☒ Capital do Estado e Demais Municípios ☐ Municípios Limitrofes
Objetivo da Viagem: O servidor faz jus a diária pois deslocou-se a serviço, conduzindo veículo desta Secretaria, para levar/buscar pacientes/acompanhantes para exames/consultas/cirurgias/altas ou tratamentos, em Campo Grande/MS. Veículo: Hillux. Placa: QAV2105.	

Meio de Transporte:			
☒ Veículo Oficial ☐ Veículo Próprio ☐ Transporte Rodoviário ☐ Transporte Aéreo			
Local de Origem:	Figueirópolis/MS	Local de Destino:	Campo Grande/MS
Início da Permanência:	24/05/2026	Final da Permanência:	24/05/2026

Identificação do Valor do Quilômetro Rodado (Veículo Próprio):					
Quantidade:		Valor Unitário:		Valor total:	

Identificação do Valor da Diária:					
Com Pernoite:		Valor Unitário:		Valor total:	R\$ 162,50
Sem Pernoite:	1	Valor Unitário:	R\$ 162,50		

Venho por meio desta, requerer autorização para viagem conforme descrito neste formulário, bem como o recebimento da respectiva diária.		
Data:	27/05/2026	Assinatura do Requerente: Thiago Martins - Matrícula n. 01.246

Data:	27/05/2026	Fabricia Daniela Fagundes - Secretária Municipal de Saúde - Decreto P/n. 025, de 06/02/2026 Assinatura e Carimbo (Ordenador de Despesa):
-------	------------	---



ANEXO II - RELATÓRIO DE VIAGEM

Identificação do Requerente:			
☐ Prefeito ☐ Vice-prefeito ☐ Secretários Municipais, Procurador Jurídico e Chefe de Gabinete. ☒ Demais Servidores			
Nome Completo:	THIEGO MARTINS	Matrícula:	1.246
Cargo:	MOTORISTA		
Local de Origem:	FIGUEIRÓPOLIS/MS	Local de Destino:	CAMPO GRANDE/MS
Início da Permanência:	24/05/2026	Final da Permanência:	24/05/2026

Identificação do Valor do Quilômetro Rodado (Veículo Próprio):			
Quantidade:	Valor Unitário:	Valor total:	

Identificação do Valor da Diária:			
Quantidade:	Valor Unitário:	Com pernoite	Valor total:
Quantidade:	Valor Unitário:	Sem pernoite	Valor total:
Total:	R\$ 162,50		R\$ 162,50

Eu, que subscrevo abaixo, nos termos do decreto nº 150/2017, venho à V. Exª, apresentar o respectivo relatório de viagem conforme abaixo:

Relatório da Viagem:

Tudo tranquilo de no Viagem.

Figueirópolis-MS, de de

Thiago Martins
Assinatura do Requerente



LISTAGEM DE VIAGEM

#4456

DESTINO: CAMPO GRANDE

MOTORISTA: THIEGO MARTINS

DATA DE SAÍDA: 24/05/26 03:00

OBSERVAÇÃO: LACEM

PLACA: QAV2I05

VEÍCULO: HILUX

DATA DE CHEGADA: 24/05/26

PACIENTES: 0

ACOMPANHANTES: 0

1

SEQ.	NOME DA PESSOA	IDADE	DOCUMENTO	TELEFONE	EMBARQUE
0	null	null	-		
LOCAL DE SAÍDA: NÃO DEFINIDO					
TIPO:					
DESTINO:					
ACOMPANHANTES:					
OBSERVAÇÕES: -					
ACESSÓRIOS:					



**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 835/2026

Figueirão/MS, 27 de maio de 2026.

À Secretaria de Planejamento, Administração e Finanças.

Ao Setor de Contabilidade.

Assunto: Solicitação de Diária

CODIGO Nº 78321.
PROTOCOLO Nº 27441 2026.
RECEBI EM 29/05/2026.
ASS: Kaylaine

Solicito o pagamento de diária ao servidor público Thiago Martins, cuja data da viagem, assim como as informações necessárias para justificar a despesa, encontram-se em anexo a esta comunicação interna.

Segue abaixo rubrica para empenho da diária requerida:

Dotação	Natureza de Despesa	Fonte de Recurso
51	06.002-10.122.0010.2031-3.3.90.14.00.00	1500.1002000

Respeitosamente,

FABRICIA DANIELA FAGUNDES
Secretária Municipal de Saúde
Decreto P/nº. 025, de 06/02/2026.



Identificação do Requerente:					
☐ Prefeito ☐ Vice-prefeito ☐ Secretários Municipais, Procurador Jurídico e Chefe de Gabinete. ☒ Demais Servidores					
Nome Completo:	Thiago Martins		CPF:	013.567.091-84	Cargo: Motorista
Dados Bancários:	Banco:	Brasil	Agência:	8229-5	Conta: 6162 - X

Identificação do Afastamento:			
Tipo de Viagem:	☐ Com Pernoite	Localização:	☐ Fora do Estado
	☒ Sem Pernoite		☐ Capital do Estado e Demais Municípios
			☒ Municípios Limitrofes

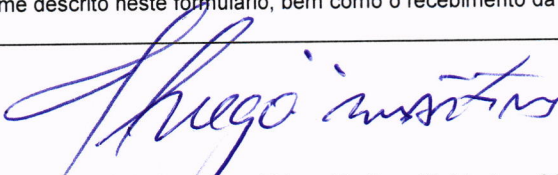
Objetivo da Viagem:
O servidor faz jus a diária pois deslocou-se a serviço, conduzindo veículo desta Secretaria, para levar/buscar pacientes/acompanhantes para exames/consultas/cirurgias/altas ou tratamentos, em Coxim/MS. Veículo: Hilux. Placa: QAV2105.

Meio de Transporte:	☒ Veículo Oficial	☐ Veículo Próprio	☐ Transporte Rodoviário
	☐ Transporte Aéreo		
Local de Origem:	Figueirópolis/MS	Local de Destino:	Coxim/MS
Início da Permanência:	25/05/2026	Final da Permanência:	25/05/2026

Identificação do Valor do Quilômetro Rodado (Veículo Próprio):			
Quantidade:	Valor Unitário:	Valor total:	

Identificação do Valor da Diária:			
Com Pernoite:	Valor Unitário:	Valor total:	R\$ 81,25
Sem Pernoite:	1	Valor Unitário:	R\$ 81,25

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

Data:	27/05/2026	
Assinatura do Requerente: Thiago Martins - Matrícula n. 01.246		

Data:	27/05/2026	
Fabricia Daniela Fagundes - Secretária Municipal de Saúde - Decreto P/n. 025, de 06/02/2026		
Assinatura e Carimbo (Ordenador de Despesa):		



MUNICÍPIO
DE FIGUEIRÓPOLIS
MATO GROSSO DO SUL

ANEXO II - RELATÓRIO DE VIAGEM

Identificação do Requerente:						
☐ Prefeito ☐ Vice-prefeito ☐ Secretários Municipais, Procurador Jurídico e Chefe de Gabinete. ☒ Demais Servidores						
Nome Completo:	Thiago Martins		Matrícula:	1.246	Cargo:	Motorista
Local de Origem:	Figueirópolis/MS		Local de Destino:	Coxim/MS		
Início da Permanência:	25/05/2026		Final da Permanência:	25/05/2026		

Identificação do Valor do Quilômetro Rodado (Veículo Próprio):					
Quantidade:		Valor Unitário:		Valor total:	

Identificação do Valor da Diária:					
Com Pernoite:		Valor Unitário:		Valor total:	R\$ 81,25
Sem Pernoite:	1	Valor Unitário:	R\$ 81,25		

Eu, subscritevte 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:

*

Thiago Martins

Figueirópolis-MS, de de de

Thiago Martins

Assinatura do Requerente



LISTAGEM DE VIAGEM

#4455

DESTINO: COXIM

MOTORISTA: THIEGO MARTINS

DATA DE SAÍDA: 25/05/26 05:00

OBSERVAÇÃO: TOMOGRAFIAS

PLACA: QAV2I05

VEÍCULO: HILUX

DATA DE CHEGADA: 25/05/26

PACIENTES: 3

ACOMPANHANTES: 1

4

SEQ.	NOME DA PESSOA	IDADE	DOCUMENTO	TELEFONE	EMBARQUE
1	Divina Garcia Da Cunha	76	674393 SSP/MS	6784799344 (67) 8479-9344	05:00
LOCAL DE SAÍDA: HOSPITAL MARIANA SILVÉRA FURTADO					
TIPO: Ida e Volta					
DESTINO: Hospital Regional Dr. Alvaro Fontoura Silva - AV GASPAR RIES COELHO, 361					
HORA: 07:00 PROC: Tomografia					
ACOMPANHANTES: RG: null - ACOMPANHANTE (ACOMPANHANTE) - DOCUMENTO: -					
OBSERVAÇÕES:					
ACESSÓRIOS:					
2	Creuza Da Silva	53	768237	67984217389 (67) 9 8421-7389	05:00
LOCAL DE SAÍDA: SECRETARIA DE SAÚDE DE FIGUEIRÃO					
TIPO: Ida e Volta					
DESTINO: Hospital Regional Dr. Alvaro Fontoura Silva - AV GASPAR RIES COELHO, 361					
HORA: 07:00 PROC: Tomografia					
ACOMPANHANTES:					
OBSERVAÇÕES:					
ACESSÓRIOS:					
3	Elcio Alves Dias	53	390145348 MS	6799060399 (67) 9906-0399	05:00
LOCAL DE SAÍDA: SECRETARIA DE SAÚDE DE FIGUEIRÃO					
TIPO: Ida e Volta					
DESTINO: Hospital Regional Dr. Alvaro Fontoura Silva - AV GASPAR RIES COELHO, 361					
HORA: 07:00 PROC: Tomografia					
ACOMPANHANTES:					
OBSERVAÇÕES:					
ACESSÓRIOS:					



**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 845/2026

Figueirão/MS, 26 de maio de 2026.

À Secretaria de Planejamento, Administração e Finanças.

Ao Setor de Contabilidade.

Assunto: Solicitação de Diária

CODIGO Nº 78314
PROTOCOLO Nº 2737/2026
RECEBI EM 29/05/2026
ASS: Kryslaine

Solicito o pagamento de diária ao servidor público Thiago Martins, cuja data da viagem, assim como as informações necessárias para justificar a despesa, encontram-se em anexo a esta comunicação interna.

Segue abaixo rubrica para empenho da diária requerida:

Dotação	Natureza de Despesa	Fonte de Recurso
51	06.002-10.122.0010.2031-3.3.90.14.00.00	1500.1002000

Respeitosamente,

FABRICIA DANIELA FAGUNDES
Secretária Municipal de Saúde
Decreto P/nº. 025, de 06/02/2026.



Identificação do Requerente:						
☐ Prefeito ☐ Vice-prefeito ☐ Secretários Municipais, Procurador Jurídico e Chefe de Gabinete. ☒ Demais Servidores						
Nome Completo:	Thiego Martins		CPF:	013.567.091-84	Cargo:	Motorista
Dados Bancários:	Banco:	Brasil	Agência:	8229-5	Conta:	6162 - X

Identificação do Afastamento:			
Tipo de Viagem:	☐ Com Pernoite	Localização:	☐ Fora do Estado
	☒ Sem Pernoite		☐ Capital do Estado e Demais Municípios
			☒ Municípios Limitrofes

Objetivo da Viagem:

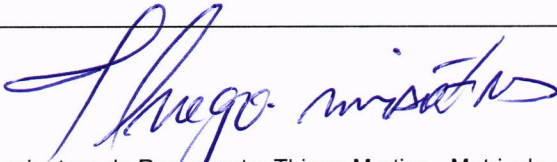
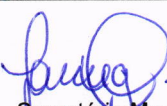
O servidor faz jus a diária pois deslocou-se a serviço, conduzindo veículo desta Secretaria, para levar/buscar pacientes/acompanhantes para exames/consultas/cirurgias/altas ou tratamentos, em Costa Rica/MS. Veículo: Cronos. Placa: SMJ0I56.

Meio de Transporte:	☒ Veículo Oficial	☐ Veículo Próprio	☐ Transporte Rodoviário
	☐ Transporte Aéreo		
Local de Origem:	Figueirão/MS	Local de Destino:	Costa Rica/MS
Início da Permanência:	26/05/2026	Final da Permanência:	26/05/2026

Identificação do Valor do Quilômetro Rodado (Veículo Próprio):			
Quantidade:		Valor Unitário:	
		Valor total:	

Identificação do Valor da Diária:			
Com Pernoite:		Valor Unitário:	
Sem Pernoite:	1	Valor Unitário:	R\$ 81,25
		Valor total:	R\$ 81,25

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

Data:	28/05/2026	 Assinatura do Requerente: Thiego Martins - Matrícula n. 01.246 Aprovação
Data:	28/05/2026	 Fabricia Daniela Fagundes - Secretária Municipal de Saúde - Decreto P/n. 025, de 06/02/2026 Assinatura e Carimbo (Ordenador de Despesa):



MUNICÍPIO
DE FIGUEIRÓPOLIS
MATO GROSSO DO SUL

ANEXO II - RELATÓRIO DE VIAGEM

Identificação do Requerente:						
☐ Prefeito ☐ Vice-prefeito ☐ Secretários Municipais, Procurador Jurídico e Chefe de Gabinete. ☒ Demais Servidores						
Nome Completo:	Thiago Martins		Matrícula:	1.246	Cargo:	Motorista
Local de Origem:	Figueirópolis/MS		Local de Destino:	Costa Rica/MS		
Início da Permanência:	26/05/2026		Final da Permanência:	26/05/2026		

Identificação do Valor do Quilômetro Rodado (Veículo Próprio):					
Quantidade:		Valor Unitário:		Valor total:	

Identificação do Valor da Diária:					
Com Pernoite:		Valor Unitário:		Valor total:	R\$ 81,25
Sem Pernoite:	1	Valor Unitário:	R\$ 81,25		

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:

*

Tudo conforme o relatório.

Figueirópolis-MS, de de de

Assinatura do Requerente



LISTAGEM DE VIAGEM

#4468

DESTINO: COSTA RICA
MOTORISTA: THIEGO MARTINS
DATA DE SAÍDA: 26/05/26 09:30
OBSERVAÇÃO: HEMODIALISE

PLACA: SMJ0156
VEÍCULO: FIAT CRONOS
DATA DE CHEGADA: 26/05/26

PACIENTES: 2
ACOMPANHANTES: 0
2

SEQ.	NOME DA PESSOA	IDADE	DOCUMENTO	TELEFONE	EMBARQUE
1	Emir Colete Godoy	61	239.179PREXP.	67984814412 (67) 9 8481-4412	09:30
LOCAL DE SAÍDA: BUSCAR NA CASA DO PACIENTE					
TIPO: Ida e Volta					
DESTINO: Hemodiálise - AVELINA PAES ANANIAS, 554					
HORA: 09:30 PROC: Hemodiálise					
ACOMPANHANTES:					
OBSERVAÇÕES:					
ACESSÓRIOS:					
2	Maria Aparecida Dos Santos	42	RG:001178014	6784038708 (67) 8403-8708	09:30
LOCAL DE SAÍDA: BUSCAR NA CASA DO PACIENTE					
TIPO: Ida e Volta					
DESTINO: Hemodiálise - AVELINA PAES ANANIAS, 554					
HORA: 11:00 PROC: Hemodiálise					
ACOMPANHANTES:					
OBSERVAÇÕES:					
ACESSÓRIOS:					



**MUNICÍPIO
DE FIGUEIRÓPOLIS**
MATO GROSSO DO SUL

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

Comunicação Interna nº 848/2026

Figueirópolis/MS, 28 de maio de 2026.

À Secretaria de Planejamento, Administração e Finanças.

Ao Setor de Contabilidade.

Assunto: Solicitação de Diária

CODIGO Nº 78316.
PROTOCOLO Nº 2739/2026.
RECEBI EM 29/05/2026.
ASS: Kryslaine

Solicito o pagamento de diária ao servidor público Thiago Martins, cuja data da viagem, assim como as informações necessárias para justificar a despesa, encontram-se em anexo a esta comunicação interna.

Segue abaixo rubrica para empenho da diária requerida:

Dotação	Natureza de Despesa	Fonte de Recurso
51	06.002-10.122.0010.2031-3.3.90.14.00.00	1500.1002000

Respeitosamente,

FABRICIA DANIELA FAGUNDES
Secretária Municipal de Saúde
Decreto P/nº. 025, de 06/02/2026.



MUNICÍPIO
DE FIGUEIRÃO
MATO GROSSO DO SUL

ANEXO I - FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE CONCESSÃO DE DIÁRIAS

Identificação do Requerente:						
☐ Prefeito ☐ Vice-prefeito ☐ Secretários Municipais, Procurador Jurídico e Chefe de Gabinete. ☒ Demais Servidores						
Nome Completo:	Thiego Martins		CPF:	013.567.091-84	Cargo:	Motorista
Dados Bancários:	Banco:	Brasil	Agência:	8229-5	Conta:	6162 - X

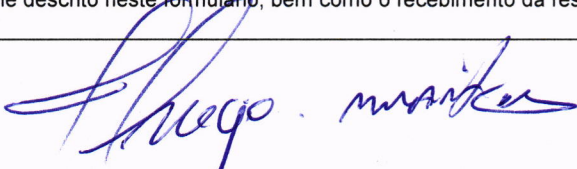
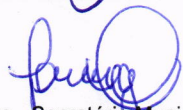
Identificação do Afastamento:	
Tipo de Viagem:	☐ Com Pernoite Localização: ☐ Fora do Estado ☒ Sem Pernoite ☒ Capital do Estado e Demais Municípios ☐ Municípios Limítrofes

Objetivo da Viagem:
O servidor faz jus a diária pois deslocou-se a serviço, conduzindo veículo desta Secretaria, para levar/buscar pacientes/acompanhantes para exames/consultas/cirurgias/altas ou tratamentos, em Campo Grande/MS. Veículo: Hillux. Placa: QAV2I05.

Meio de Transporte: ☒ Veículo Oficial ☐ Veículo Próprio ☐ Transporte Rodoviário ☐ Transporte Aéreo			
Local de Origem:	Figueirópolis/MS	Local de Destino:	Campo Grande/MS
Início da Permanência:	27/05/2026	Final da Permanência:	27/05/2026

Identificação do Valor do Quilômetro Rodado (Veículo Próprio):					
Quantidade:		Valor Unitário:		Valor total:	

Identificação do Valor da Diária:					
Com Pernoite:		Valor Unitário:		Valor total:	R\$ 162,50
Sem Pernoite:	1	Valor Unitário:	R\$ 162,50		

Venho por meio desta, requerer autorização para viagem conforme descrito neste formulário, bem como o recebimento da respectiva diária.	
Data: 28/05/2026	 Assinatura do Requerente: Thiego Martins - Matrícula n. 01.246 Aprovação
Data: 28/05/2026	 Fabricia Daniela Fagundes - Secretária Municipal de Saúde - Decreto P/n. 025, de 06/02/2026 Assinatura e Carimbo (Ordenador de Despesa):



Identificação do Requerente:					
☐ Prefeito ☐ Vice-prefeito ☐ Secretários Municipais, Procurador Jurídico e Chefe de Gabinete. ☒ Demais Servidores					
Nome Completo:	Thiego Martins	Matrícula:	1.246	Cargo:	Motorista
Local de Origem:	Figueirópolis/MS	Local de Destino:	Campo Grande/MS		
Início da Permanência:	27/05/2026	Final da Permanência:	27/05/2026		

Identificação do Valor do Quilômetro Rodado (Veículo Próprio):					
Quantidade:		Valor Unitário:		Valor total:	

Identificação do Valor da Diária:					
Com Pernoite:		Valor Unitário:		Valor total:	R\$ 162,50
Sem Pernoite:	1	Valor Unitário:	R\$ 162,50		

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:

*

fuco tranquilo ota viagem

Figueirópolis-MS,

de

de

Assinatura do Requerente

Thiego Martins



LISTAGEM DE VIAGEM

#4475

DESTINO: CAMPO GRANDE

MOTORISTA: THIEGO MARTINS

DATA DE SAÍDA: 27/05/26 03:00

OBSERVAÇÃO: LEVAR PACIENTE PARA CONSULTAS E EXAMES

PLACA: QAV2I05

VEÍCULO: HILUX

DATA DE CHEGADA: 27/05/26

PACIENTES: 2

ACOMPANHANTES: 1

3

SEQ.	NOME DA PESSOA	IDADE	DOCUMENTO	TELEFONE	EMBARQUE
1	Elza Rodrigues Pacheco	28	20062353MS	67981261515 (67) 9 8126-1515	03:00

LOCAL DE SAÍDA: BUSCAR NA CASA DO PACIENTE
TIPO: Ida e Volta

DESTINO: Hospital Universitário - SEN. FILINTO MULER, 355
HORA: 07:00 PROC: Consulta

ACOMPANHANTES: RG: 1142711.MS.EXP:6/6/97 - EVA RODRIGUES DA SILVA (MAE) - DOCUMENTO: 1142711.MS.EXP:6/6/97
OBSERVAÇÕES:
ACESSÓRIOS:

2	Angelica Xeres Zozimo	35	1878970 MS	67984658027 (67) 9 8465-8027	01:20
---	-----------------------	----	------------	---------------------------------	-------

LOCAL DE SAÍDA: PRIME CONVENIÊNCIA
TIPO: Ida

DESTINO: Coronel Salustiano Lima, - , 579
HORA: 14:30 PROC: Consulta

ACOMPANHANTES:
OBSERVAÇÕES:
ACESSÓRIOS: