

ORDEM DE PAGAMENTO Orçamentária

DADOS DA OP

Tipo: Pagamento de Empenho Data....: 03/06/2026
Nº do Empenho: 953 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.....: 6.484,00
Valor da Nota de Pagamento referente a parcela nº 4: 1.621,00
Valor pago do Empenho (inclui o valor desta nota).....: 6.484,00
Saldo a pagar do Empenho: 0,00
Líquido a Pagar: 1.621,00

HISTÓRICO

Valor que se empenha referente a despesa com pagamento de incentivo dos agentes de combate às endemias - ACE referente ao mês de abril de 2026. CI nº 875/2026.

DADOS DA DOTAÇÃO

Cód. Reduzido: 356
Órg. Unid.....: 06.005 SETOR DE COMBATE AS ENDEMIAS
Função.....: 10 Saúde
Sub-Função.....: 305 Vigilância Epidemiológica
Programa.....: 0010 SAÚDE
Proj./Ativ.....: 2178 MANUTENÇÃO DOS VENCIMENTOS DOS AGENTES DE COMBATE ÀS ENDEMIAS
El. Despesa.....: 3.1.90.11.00 Vencimentos e Vantagens Fixas - Pessoal Civil
F. de Recursos...: 621 Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS provenientes do Governo Estadual

Detalhamento da Fonte de Recursos

1621.7000 Sem Código de Acompanhamento 1.621,00

DADOS FINANCEIROS

402 - Ag. 1568- C/C. 575840076-5-FMS CT SUSCUSTEIOSUS. C/C: 575840076-5 DEBITO EM CONTA 0 1.621,00

ASSINATURAS


FABRICIA DANIELA FAGUNDES
SECRETÁRIO MUNICIPAL

Recebi a importância acima processada

Credor - Doc. nº :

Nota de Liquidação
Liquidação de Empenho

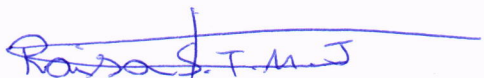
DADOS DA LIQUIDAÇÃO		
Nº da Liquidação:	4	Tipo: Liquidação de Empenho
Nº do Empenho:	953	Data.....: 03/06/2026
Data do empenho.....: 2/6/2026		
DADOS DO CREDOR		
Nome...:	66 - FOLHA DE PAGAMENTO MENSAL - FMS	C.N.P.J/C.P.F:07.158.578/0002-09
Endereço:		Cidade: UF: MS
Telefone...:		FAX.....:
Banco.....:	Agência:	Conta:
VALORES		
Valor do Empenho.....:		6.484,00
Valor da Nota de Liquidação		1.621,00
Valor a Liquidar.....:		0,00
Valor Líquido Liquidado		1.621,00
HISTÓRICO		
Valor que se empenha referente a despesa com pagamento de incentivo dos agentes de combate às endemias - ACE referente ao mês de abril de 2026. CI nº 875/2026.		
DADOS DA DOTAÇÃO		
Cód. Reduzido:	356	
Órg. Unid.....:	06.005	SETOR DE COMBATE AS ENDEMIAS
Função.....:	10	Saúde
Sub-Função....:	305	Vigilância Epidemiológica
Programa.....:	0010	SAÚDE
Proj./Ativ.....:	2178	MANUTENÇÃO DOS VENCIMENTOS DOS AGENTES DE COMBATE ÀS ENDEMIA
El. Despesa.....:	3.1.90.11.00	Vencimentos e Vantagens Fixas - Pessoal Civil
F. de Recursos.:	1621	Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS provenientes do Governo Estadual
Detalhamento da Fonte		
1621.0007000 - Sem Código de Acompanhamento		1.621,00
ASSINATURAS		
 FABRICIA DANIELA FAGUNDES SECRETÁRIO MUNICIPAL		

RECIBO

Eu, **RAISA DOS SANTOS TREFZGER DE MELLO**, maior, capaz, brasileira, casada, portadora da cédula de Identidade RG nº 001640522 SSP/MS, Inscrita no CPF sob nº 026.731.321-71, estabelecido e domiciliado na Rua Pedra Bonita, nº 89, Figueirão Velho, no município de Figueirão – MS; DECLARO que recebi a importância de R\$ 1.621,00(um mil e seiscentos e vinte um reais) referente ao repasse do Incentivo Estadual aos Agentes de Controle de Endemias do mês de abril de 2026, em minha conta corrente nº 14257-3 , AG nº 6993-0, Banco do Brasil.

A presente Declaração é a expressão da verdade, para que produza seus efeitos legais.

Figueirão – MS, ____ de ____ de ____.



Raísa dos Santos Trefzger de Mello

RG nº 001640522 SSP/MS



Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	01568 / 2200 / 000575840076-5
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE FIGUEIRAO
CPF/CNPJ:	13.893.544/0001-71

Banco:	001 - BCO DO BRASIL S.A. 00000000 - 00000000
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	6993 / 00000014257-3
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	RAISA DOS SANTOS TREF DE MELLO
CPF/CNPJ:	026.731.321-71
Valor:	R\$ 1.621,00
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	96-PAGAMENTO PRESTADOR E
Histórico:	

Data de débito:	03/06/2026
Data / Hora da operação:	03/06/2026 15:30:25

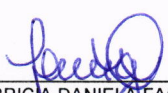
Código da operação:	82820802
Chave de segurança:	CTN7L926JUHAAWCQ

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

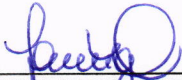
SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Alô CAIXA: 0800 104 0104

ORDEM DE PAGAMENTO Orçamentária

DADOS DA OP			
Tipo: Pagamento de Empenho		Data.....: 03/06/2026	
Nº do Empenho: 953		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.....:		6.484,00	
Valor da Nota de Pagamento referente a parcela nº 3		1.621,00	
Valor pago do Empenho (inclui o valor desta nota).....:		4.863,00	
Saldo a pagar do Empenho		1.621,00	
Líquido a Pagar		1.621,00	
HISTÓRICO			
Valor que se empenha referente a despesa com pagamento de incentivo dos agentes de combate às endemias - ACE referente ao mês de abril de 2026. CI nº 875/2026.			
DADOS DA DOTAÇÃO			
Cód. Reduzido: 356			
Órg. Unid.....: 06.005		SETOR DE COMBATE AS ENDEMIAS	
Função.....: 10		Saúde	
Sub-Função.....: 305		Vigilância Epidemiológica	
Programa.....: 0010		SAÚDE	
Proj./Ativ.....: 2178		MANUTENÇÃO DOS VENCIMENTOS DOS AGENTES DE COMBATE ÀS ENDEMIA	
El. Despesa.....: 3.1.90.11.00		Vencimentos e Vantagens Fixas - Pessoal Civil	
F. de Recursos..: 621		Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS provenientes do Governo Estadual	
Detalhamento da Fonte de Recursos			
1621.7000 Sem Código de Acompanhamento		1.621,00	
DADOS FINANCEIROS			
402 - Ag. 1568- C/C. 575840076-5-FMS CT SUSCUSTEIOSUS. C/C: 575840076-5		DEBITO EM CONTA 0 1.621,00	
ASSINATURAS			
 FABRICIA DANIELA FAGUNDES SECRETÁRIO MUNICIPAL			
Recebi a importância acima processada			
Credor - Doc. nº :			

Nota de Liquidação

Liquidação de Empenho

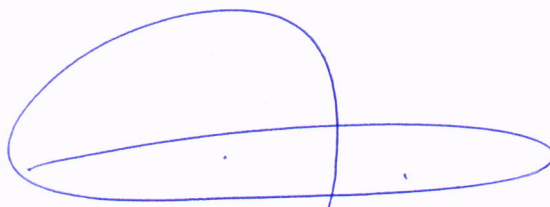
DADOS DA LIQUIDAÇÃO		
Nº da Liquidação:	3	Tipo: Liquidação de Empenho
Nº do Empenho:	953	Data do empenho.....: 2/6/2026
Data.....: 03/06/2026		
DADOS DO CREDOR		
Nome...: 66 - FOLHA DE PAGAMENTO MENSAL - FMS		C.N.P./C.P.F.:07.158.578/0002-09
Endereço:	Cidade:	UF: MS
Telefone...:	FAX.....:	
Banco.....:	Agência:	Conta:
VALORES		
Valor do Empenho.....:		6.484,00
Valor da Nota de Liquidação		1.621,00
Valor a Liquidar.....:		1.621,00
Valor Líquido Liquidado		1.621,00
HISTÓRICO		
Valor que se empenha referente a despesa com pagamento de incentivo dos agentes de combate às endemias - ACE referente ao mês de abril de 2026. CI nº 875/2026.		
DADOS DA DOTAÇÃO		
Cód. Reduzido:	356	
Órg. Unid.....:	06.005	SETOR DE COMBATE AS ENDEMIAS
Função.....:	10	Saúde
Sub-Função....:	305	Vigilância Epidemiológica
Programa.....:	0010	SAÚDE
Proj./Ativ.....:	2178	MANUTENÇÃO DOS VENCIMENTOS DOS AGENTES DE COMBATE ÀS ENDEMIA
El. Despesa.....:	3.1.90.11.00	Vencimentos e Vantagens Fixas - Pessoal Civil
F. de Recursos.:	1621	Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS provenientes do Governo Estadual
Detalhamento da Fonte		
1621.0007000 - Sem Código de Acompanhamento		1.621,00
ASSINATURAS		
 FABRICIA DANIELA FAGUNDES SECRETÁRIO MUNICIPAL		

RECIBO

Eu, **IVAN MOREIRA DE LIMA**, maior, capaz, brasileiro, casado, portador da cédula de Identidade RG nº 365214 SSP/MS, Inscrito no CPF sob nº 390.515.101-44, estabelecido e domiciliado na Rua Dos Custódio, nº 245, Centro, no município de Figueirão – MS; DECLARO que recebi a importância de R\$ 1.621,00(um mil e seiscentos e vinte um reais) referente ao repasse do Incentivo Estadual aos Agentes de Controle de Endemias do mês de abril de 2026, em minha conta corrente nº 520718-5, AG nº 0788-9, Banco Bradesco.

A presente Declaração é a expressão da verdade, para que produza seus efeitos legais.

Figueirão – MS, ____ de ____ de ____.



IVAN MOREIRA DE LIMA
RG nº 365214 SSP/MS



Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	01568 / 2200 / 000575840076-5
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE FIGUEIRAO
CPF/CNPJ:	13.893.544/0001-71

Banco:	237 - BCO BRADESCO S.A. 0000000 - 60746948
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	0788 / 00000520718-5
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	IVAN MOREIRA DE LIMA
CPF/CNPJ:	390.515.101-44
Valor:	R\$ 1.621,00
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	96-PAGAMENTO PRESTADOR E
Histórico:	

Data de débito:	03/06/2026
Data / Hora da operação:	03/06/2026 15:28:31

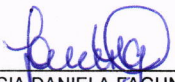
Código da operação:	82905609
Chave de segurança:	F3Q2CH6SJWR4X4JF

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

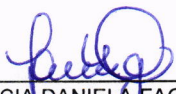
Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Alô CAIXA: 0800 104 0104

ORDEM DE PAGAMENTO Orçamentária

DADOS DA OP	
Tipo: Pagamento de Empenho	Data....: 03/06/2026
Nº do Empenho: 953	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.....:	6.484,00
Valor da Nota de Pagamento referente a parcela nº 2	1.621,00
Valor pago do Empenho (inclui o valor desta nota).....:	3.242,00
Saldo a pagar do Empenho	3.242,00
Líquido a Pagar	1.621,00
HISTÓRICO	
Valor que se empenha referente a despesa com pagamento de incentivo dos agentes de combate às endemias - ACE referente ao mês de abril de 2026. CI nº 875/2026.	
DADOS DA DOTAÇÃO	
Cód. Reduzido: 356	
Órg. Unid.....: 06.005	SETOR DE COMBATE AS ENDEMIAS
Função.....: 10	Saúde
Sub-Função.....: 305	Vigilância Epidemiológica
Programa.....: 0010	SAÚDE
Proj./Ativ.....: 2178	MANUTENÇÃO DOS VENCIMENTOS DOS AGENTES DE COMBATE ÀS ENDEMIAS
El. Despesa.....: 3.1.90.11.00	Vencimentos e Vantagens Fixas - Pessoal Civil
F. de Recursos...: 621	Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS provenientes do Governo Estadual
Detalhamento da Fonte de Recursos	
1621.7000 Sem Código de Acompanhamento	1.621,00
DADOS FINANCEIROS	
402 - Ag. 1568- C/C. 575840076-5-FMS CT SUSCUSTEIOSUS. C/C: 575840076-5	DEBITO EM CONTA 0 1.621,00
ASSINATURAS	
 FABRICIA DANIELA FAGUNDES SECRETÁRIO MUNICIPAL	
Recebi a importância acima processada	
Credor - Doc. nº :	

Nota de Liquidação
Liquidação de Empenho

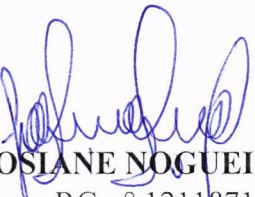
DADOS DA LIQUIDAÇÃO		
Nº da Liquidação:	2	Tipo: Liquidação de Empenho
Nº do Empenho:	953	Data do empenho.....: 2/6/2026
Data.....: 03/06/2026		
DADOS DO CREDOR		
Nome....:	66 - FOLHA DE PAGAMENTO MENSAL - FMS	C.N.P./J/C.P.F:07.158.578/0002-09
Endereço:		Cidade: UF: MS
Telefone...:		FAX.....:
Banco.....:	Agência:	Conta:
VALORES		
Valor do Empenho.....:		6.484,00
Valor da Nota de Liquidação		1.621,00
Valor a Liquidar.....:		3.242,00
Valor Líquido Liquidado		1.621,00
HISTÓRICO		
Valor que se empenha referente a despesa com pagamento de incentivo dos agentes de combate às endemias - ACE referente ao mês de abril de 2026. CI nº 875/2026.		
DADOS DA DOTAÇÃO		
Cód. Reduzido:	356	
Órg. Unid.....:	06.005	SETOR DE COMBATE AS ENDEMIAS
Função.....:	10	Saúde
Sub-Função...:	305	Vigilância Epidemiológica
Programa.....:	0010	SAÚDE
Proj./Ativ.....:	2178	MANUTENÇÃO DOS VENCIMENTOS DOS AGENTES DE COMBATE ÀS ENDEMIA
El. Despesa.....:	3.1.90.11.00	Vencimentos e Vantagens Fixas - Pessoal Civil
F. de Recursos.:	1621	Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS provenientes do Governo Estadual
Detalhamento da Fonte		
1621.0007000 - Sem Código de Acompanhamento		1.621,00
ASSINATURAS		
 FABRICIA DANIELA FAGUNDES SECRETÁRIO MUNICIPAL		

RECIBO

Eu, **JOSIANE NOGUEIRA DE LIMA**, maior, capaz, brasileira, casada, portadora da cédula de Identidade RG nº 1211871 SSP/MS, Inscrita no CPF sob nº 873.748.541-53, estabelecida e domiciliada na Rua Claudio José de Lima, nº 202, Centro, no município de Figueirão – MS; DECLARO que recebi a importância R\$ 1621,00 (um mil seiscientos e vinte um) referente ao repasse do Incentivo Estadual aos Agentes de Combate as Endemias, referente ao mês de abril de 2026, em minha conta corrente nº 6025-9, AG nº 8229-5, Banco do Brasil.

A presente Declaração é a expressão da verdade, para que produza seus efeitos legais.

Figueirão – MS, ____ de ____ de ____.


JOSIANE NOGUEIRA DE LIMA
RG nº 1211871 SSP/MS



Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	01568 / 2200 / 000575840076-5
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE FIGUEIRAO
CPF/CNPJ:	13.893.544/0001-71

Banco:	001 - BCO DO BRASIL S.A. 00000000 - 000000000
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	8229 / 000000006025-9
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	JOSIANE NOGUEIRA DE LIMA
CPF/CNPJ:	873.748.541-53
Valor:	R\$ 1.621,00
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	96-PAGAMENTO PRESTADOR E
Histórico:	

Data de débito:	03/06/2026
Data / Hora da operação:	03/06/2026 15:27:26

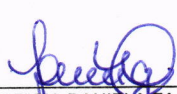
Código da operação:	82980888
Chave de segurança:	7Q4C904JLLJJRW4E

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

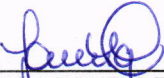
SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Alô CAIXA: 0800 104 0104

ORDEM DE PAGAMENTO Orçamentária

DADOS DA OP	
Tipo: Pagamento de Empenho	Data....: 03/06/2026
Nº do Empenho: 953	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.....:	6.484,00
Valor da Nota de Pagamento referente a parcela nº 1	1.621,00
Valor pago do Empenho (inclui o valor desta nota).....:	1.621,00
Saldo a pagar do Empenho	4.863,00
Líquido a Pagar	1.621,00
HISTÓRICO	
Valor que se empenha referente a despesa com pagamento de incentivo dos agentes de combate às endemias - ACE referente ao mês de abril de 2026. CI nº 875/2026.	
DADOS DA DOTAÇÃO	
Cód. Reduzido: 356	SETOR DE COMBATE AS ENDEMIAS
Órg. Unid.....: 06.005	Saúde
Função.....: 10	Vigilância Epidemiológica
Sub-Função.....: 305	SAÚDE
Programa.....: 0010	MANUTENÇÃO DOS VENCIMENTOS DOS AGENTES DE COMBATE ÀS ENDEMIAS
Proj./Ativ.....: 2178	Vencimentos e Vantagens Fixas - Pessoal Civil
El. Despesa.....: 3.1.90.11.00	Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS provenientes do Governo Estadual
F. de Recursos...: 621	
Detalhamento da Fonte de Recursos	
1621.7000 Sem Código de Acompanhamento	1.621,00
DADOS FINANCEIROS	
402 - Ag. 1568- C/C. 575840076-5-FMS CT SUSCUSTEIOSUS. C/C: 575840076-5	DEBITO EM CONTA 0 1.621,00
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
Nº do Empenho:	953	Data do empenho.....: 2/6/2026
Data.....: 03/06/2026		
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
Telefone...:	FAX.....:	
Banco.....:	Agência:	Conta:
VALORES		
Valor do Empenho.....:		6.484,00
Valor da Nota de Liquidação		1.621,00
Valor a Liquidar.....:		4.863,00
Valor Líquido Liquidado		1.621,00
HISTÓRICO		
Valor que se empenha referente a despesa com pagamento de incentivo dos agentes de combate às endemias - ACE referente ao mês de abril de 2026. CI nº 875/2026.		
DADOS DA DOTAÇÃO		
Cód. Reduzido:	356	
Órg. Unid.....:	06.005	SETOR DE COMBATE AS ENDEMIAS
Função.....:	10	Saúde
Sub-Função...:	305	Vigilância Epidemiológica
Programa.....:	0010	SAÚDE
Proj./Ativ.....:	2178	MANUTENÇÃO DOS VENCIMENTOS DOS AGENTES DE COMBATE ÀS ENDEMIA
El. Despesa.....:	3.1.90.11.00	Vencimentos e Vantagens Fixas - Pessoal Civil
F. de Recursos.:	1621	Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS provenientes do Governo Estadual
Detalhamento da Fonte		
1621.0007000 - Sem Código de Acompanhamento		1.621,00
ASSINATURAS		
 FABRICIA DANIELA FAGUNDES SECRETÁRIO MUNICIPAL		



Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	01568 / 2200 / 000575840076-5
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE FIGUEIRAO
CPF/CNPJ:	13.893.544/0001-71

Banco:	536 - NEON PAGAMENTOS S.A. IP 0000000 - 20855875
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	0655 / 00007459711-6
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	LEONARDO DA SILVA REIS
CPF/CNPJ:	062.751.791-98
Valor:	R\$ 1.621,00
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	96-PAGAMENTO PRESTADOR E
Histórico:	

Data de débito:	03/06/2026
Data / Hora da operação:	03/06/2026 15:26:16

Código da operação:	83078212
Chave de segurança:	6ST3CTY76P4ZP37V

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Alô CAIXA: 0800 104 0104



**MUNICÍPIO
DE 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 875/2026/SMS/PMF

Figueirópolis-MS, 01 de junho de 2026.

À

Secretaria de Planejamento, Administração e Finanças
A/C Lorenzo Hendges

CÓDIGO Nº 78397
PROTOCOLO Nº 2820/2026
RECEBI EM 02/06/2026
ASS: Kryslaine

Assunto: Pagamento dos Repasses de Incentivo Estadual para os ACE

Prezado(a) Senhor(a),

Solicito que seja efetuado o pagamento relativo ao Repasse do Incentivo Financeiro Estadual aos ACE, lotados nesta Secretaria, com fundamento na Lei Estadual nº 4.841 de 14/04/2016, Resolução n. 017/CIB/SES/MS, de 30 de junho de 2016, referente à competência de **abril** de 2026.

Conforme demonstrativos de produção e ordens de pagamento do Estado abaixo:

Agentes de Combata às Endemias – ACE – Relação e valores por produção

Ordem	Nome do (a) Servidor (a)	Matricula Funcional	Competência	Valor Total Repasse (R\$)
			ABRIL/2026	
001	Ivan Moreira de Lima	00.799	R\$ 1.621,00	1.621,00
002	Josiane Nogueira de Lima	00.804	R\$ 1.621,00	1.621,00
003	Leonardo da Silva Reis	01.812	R\$ 1.621,00	1.621,00
004	Raisa dos Santos Trefzger de Mello	01.267	R\$ 1.621,00	1.621,00
			TOTAL: 6.484,00	

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

Dotação	Natureza da Despesa	Fonte Recurso
356	06.005 - 10.305.0010.2178 - 3.1.90.11.00.00	1621.0007000

Os repasses mencionado acima deverão serem quitados com recursos da conta corrente, abaixo:

Banco	Fonte	Agência	Conta Corrente
Caixa Econômica Federal	1621.0007000	1568	575840076-5

Respeitosamente,

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

Nota de Empenho

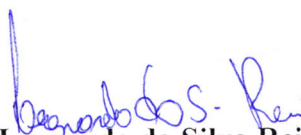
DADOS DO EMPENHO		
N.º Empenho...: 953	Tipo...: Estimativo	Data.: 2/6/2026
DADOS DO CREDOR		
Nome.....: 66 - FOLHA DE PAGAMENTO MENSAL - FMS	C.N.P.J/C.P.F....: 07.158.578/0002-09	
Endereço.....:	Cidade:	UF. MS
Telefone.....:	FAX.....:	
Banco.....:	Agência:	Conta:
Gênero Despesa....: FOLHA DE PAGAMENTO		
VALOR		
6.484,00 (Seis Mil, Quatrocentos e Oitenta e Quatro Reais.)		
HISTÓRICO		
Valor que se empenha referente a despesa com pagamento de incentivo dos agentes de combate às endemias - ACE referente ao mês de abril de 2026. CI nº 875/2026.		
DADOS DA DOTAÇÃO		
Cód Reduzido.: 356		
Órg. Unid.....: 06.005	SETOR DE COMBATE AS ENDEMIAS	
Função.....: 10	Saúde	
Sub-Função.....: 305	Vigilância Epidemiológica	
Programa.....: 0010	SAÚDE	
Proj./Ativ.....: 2178	MANUTENÇÃO DOS VENCIMENTOS DOS AGENTES DE COMBATE ÀS ENDEMIA	
El. Despesa.....: 3.1.90.11.00	Vencimentos e Vantagens Fixas - Pessoal Civil	
SubElemento....: 99	OUTRAS DESPESAS FIXAS - PESSOAL CIVIL	
F. de Recursos.: 1621	Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS provenientes do Governo Estadual	
DETALHAMENTO DA FONTE		
1621.0007000 - Sem Código de Acompanhamento		6.484,00
VALORES DA DOTAÇÃO		
Saldo Anterior.....: 7.971,80	Lanç. Empenho...: 6.484,00	Saldo Atual.....: 1.487,80
ASSINATURA		ORDENADOR DA DESPESA
 LORENZO MENDES MIRANDA CONTADOR		 FABRICIA DANIELA FAGUNDES SECRETÁRIO MUNICIPAL

RECIBO

Eu, **Leonardo da Silva Reis**, maior, capaz, brasileiro, casado, portador da cédula de Identidade RG nº 2177913 SSP/MS, Inscrito no CPF sob nº 062.751.791-98, estabelecido e domiciliado na Rua Murici, quadra 3 lote 13, Bairro Figueira, no município de Figueirão – MS; DECLARO que recebi a importância de R\$ 1.621,00(um mil e seiscentos e vinte um reais) referente ao repasse do Incentivo Estadual aos Agentes de Controle de Endemias do mês de abril, em minha conta corrente nº 7459711-6, AG nº 0655, Neon pagamentos-536.

A presente Declaração é a expressão da verdade, para que produza seus efeitos legais.

Figueirão – MS, ____ de ____ de ____.


Leonardo da Silva Reis
RG nº 2177913 SSP/MS

ORDEM DE PAGAMENTO Orçamentária

DADOS DA OP

Tipo: Pagamento de Empenho Data....: 03/06/2026
Nº do Empenho: 930 Data do empenho....: 02/06/2026

DADOS DO CREDOR

Nome....: 934 - FALSIO PIMENTA CUSTÓDIO C.N.P.J/C.P.F.: 356.689.461-34
Endereço: Rua SUCURI,226 CASA Cidade: Figueirão UF MS
Banco.....: Agência: Conta:
Telefone.: Fax.....:

VALORES

Valor do Empenho.....: 204,80
Valor da Nota de Pagamento referente a parcela nº 1: 204,80
Valor pago do Empenho (inclui o valor desta nota).....: 204,80
Saldo a pagar do Empenho: 0,00
Líquido a Pagar: 204,80

HISTÓRICO

Valor que se empenha referente a despesa com translado remoção de pacientes para Costa Rica/MS, no dia 29/05/2026. Correspondente a 02 (duas) remoções. Prontuários nº 11855 e 1350. Cls nº 869 e 871/2026.

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 204,80

DADOS FINANCEIROS

248 - Ag. 82295- C/C. 10.202-4-PREF. MUNIC DE FIGUEIRÃO - FMS C/C 10.202- DEBITO EM CONTA 0 204,80

ASSINATURAS


FABRICIA DANIELA FAGUNDES
SECRETÁRIO MUNICIPAL

Recebi a importância acima processada

Credor - Doc. nº :

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
03/06/2026 - AUTOATENDIMENTO - 14.22.47
8229508229 0001

Comprovante Pix

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

SOBRE A TRANSACAO

ID: E000000020260603142358615106902
CNPJ DO PAGADOR: 7.158.578/0001-10
VALOR: R\$204,80
TARIFA: R\$2,02
DATA: 03/06/2026 - 14:20:09

PAGO PARA: Falsio P Custodio
CPF: ***.689.461-**
CHAVE PIX: 35668946134
INSTITUICAO: 60746948 BCO BRADESCO S.A.
AGENCIA: 0788 - CONTA: 000000000005200296
TIPO DE CONTA: Conta Corrente

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

Notificacao enviada em: 03/06/2026 - 14:20:10
=====

DOCUMENTO: 060315
AUTENTICACAO SISBB: 9.3F9.724.10B.F02.4FF
=====

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.

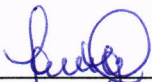
Atendimento a deficientes auditivos ou fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de cartao
e outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Transação efetuada com sucesso por: JE677115 JUVENAL CONSOLARO.

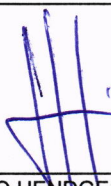
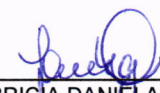
Docspaper - https://pmtiguietacao.legisjssuper.com.br/validatedoc/signature/7cf24497-3b04-45bb-83b8-04d0f1cbbff0

Nota de Liquidação

Liquidação de Empenho

DADOS DA LIQUIDAÇÃO	
Nº da Liquidação: 1	Tipo: Liquidação de Empenho
Nº do Empenho: 930	Data do empenho....: 2/6/2026
Data....: 03/06/2026	
DADOS DO CREDOR	
Nome....: 934 - FALSIO PIMENTA CUSTÓDIO	C.N.P./J/C.P.F:356.689.461-34
Endereço: Rua SUCURI,226 CASA	Cidade: Figueirão UF: MS
Telefone...:	FAX....:
Banco.....: Agência: Conta:	
VALORES	
Valor do Empenho.....:	204,80
Valor da Nota de Liquidação	204,80
Valor a Liquidar.....:	0,00
Valor Líquido Liquidado	204,80
Diaria	
Nº Diária....: 487	
Data Doc.: 02/06/2026	Data Saída: 29/05/2026
Data Retorno: 29/05/2026	Qtd: 2
Destino....: COSTA RICA	Valor: 204,80
Objetivo...:	Valor que se empenha referente a despesa com translado remoção de pacientes para Costa Rica/MS, no dia 29/05/2026. Correspondente a 02 (duas) remoções. Prontuários nº 11855 e 1350. CIs nº 869 e 871/2026.
HISTÓRICO	
Valor que se empenha referente a despesa com translado remoção de pacientes para Costa Rica/MS, no dia 29/05/2026. Correspondente a 02 (duas) remoções. Prontuários nº 11855 e 1350. CIs nº 869 e 871/2026.	
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	204,80
ASSINATURAS	
 FABRICIA DANIELA FAGUNDES SECRETÁRIO MUNICIPAL	

Nota de Empenho

DADOS DO EMPENHO		
N.º Empenho...: 930	Tipo...: Ordinário	Data.: 2/6/2026
DADOS DO CREDOR		
Nome.....: 934 - FALSIO PIMENTA CUSTÓDIO	C.N.P.J/C.P.F....: 356.689.461-34	
Endereço.....: Rua SUCURI,226 CASA	Cidade: Figueirão	UF. MS
Telefone.....:	FAX.....:	
Banco.....:	Agência:	Conta:
Gênero Despesa....: REMOÇÃO DE PACIENTE		
VALOR		
204,80 (Duzentos e Quatro Reais e Oitenta Centavos.)		
HISTÓRICO		
Valor que se empenha referente a despesa com traslado remoção de pacientes para Costa Rica/MS, no dia 29/05/2026. Correspondente a 02 (duas) remoções. Prontuários nº 11855 e 1350. CIs nº 869 e 871/2026.		
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		204,80
VALORES DA DOTAÇÃO		
Saldo Anterior....: 107.547,74	Lanç. Empenho...: 204,80	Saldo Atual.....: 107.342,94
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 869/2026/SMS/PMF

Figueirão, Mato Grosso do Sul, 01 de junho, 2026.

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

CODIGO Nº 78377.
PROTOCOLO Nº 2800/2026.
RECEBI EM 02/06/2026.
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\$
Falsio Pimenta Custódio Cargo: Motorista	01.086	Costa Rica/MS	Ambulância Placa RWJ2C31	Remoção de paciente	29/05/2026	R\$ 102,40
Francieli Simões Siqueira Cargo: Técnica em Enfermagem	01.107					R\$ 102,40
TOTAL						R\$ 204,80

2. Os servidores deslocaram-se a serviço conduzindo veículo e prestando assistência durante a remoção Inter hospitalar da paciente I.S.A.G, prontuário 11855, para a Fundação Hospitalar de 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

#4508

DESTINO: COSTA RICA

MOTORISTA: FALSIO PIMENTA CUSTODIO

DATA DE SAÍDA: 29/05/26 10:41

OBSERVAÇÃO:

PLACA: RWJ2C31

VEÍCULO: AMBULÂNCIA RENAUT/MASTER

DATA DE CHEGADA: _____

PACIENTES: 1

ACOMPANHANTES: 1

2

SEQ.	NOME DA PESSOA	IDADE	DOCUMENTO	TELEFONE	EMBARQUE
1	Ingyrd De Souza Amorim Garcia	29	2206347	67984796095 (67) 9 8479-6095	10:41

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

DESTINO: Fundação Hospitalar - AV. JOSÉ FERREIRA DA COSTA, 2222
HORA: 10:41 PROC: Ultrassonografia De Urgência

ACOMPANHANTES: RG: 001830491 - FRANCIELI SIMOES SIQUEIRA (TÉCNICA DE ENFERMAGEM) - DOCUMENTO: 001830491
OBSERVAÇÕES: VENHO POR MEIO DESTE SOLICITAR O PAGAMENTO DA REMOÇÃO DOS SERVIDORES NA QUAL EFETUARAM O
ACESSÓRIOS: TRANSLADO DA PACIENTE PARA REALIZAR O EXAME DE ULTRASSONOGRRAFIA. PRONTUÁRIO 11855.



Identificação do Requerente:					
☐ Prefeito ☐ Vice-prefeito ☐ Secretários Municipais, Procurador Jurídico e Chefe de Gabinete. ☒ Demais Servidores					
Nome Completo:	FALSIO PIMENTA CUSTÓDIO	CPF:	356.689.461-34	Cargo:	MOTORISTA
Dados Bancários:	Pix	CPF: 356.689.461-34			

Objetivo da Viagem:

O servidor deslocou-se a serviço conduzindo veículo durante a remoção Inter hospitalar da paciente I.S.A.G, prontuário 11855, para a Fundação Hospitalar de Costa Rica/MS. Segue em anexo Listagem de Viagem. Veículo: Ambulância Placa RWJ2C31.

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:	29/05/2026	Final da Permanência:	29/05/2026
Identificação do Valor da Remoção:			
Quantidade:	2	Valor UFFIG:	R\$ 51,20
		Valor total:	R\$ 102,40

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

Data:	01/06/2026	Assinatura do Requerente: Falsio Pimenta Custódio - matrícula n. 01.086
Aprovação		
Data:	01/06/2026	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:	Falsio Pimenta Custodio		Matrícula:	01 086	Cargo: Motorista
Local de Origem:	Figueirópolis - MS		Local de Destino:	Costa Rica - MS	
Início da Permanência:	29/05/2026		Final da Permanência:	29/05/2026	

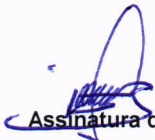
Identificação do Valor da Remoção:					
Quantidade:	2	Valor UFFIG:	R\$ 51,20	Valor total:	R\$ 102,40

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

Relatório da Viagem:

* REMOÇÃO COM PACIENTE NA FUNDAÇÃO PARA REALIZAR EXAMES.

Figueirópolis-MS, 02 de JULHO de 2026


Assinatura do Requerente



Comunicação Interna nº 871/2026/SMS/PMF

Figueirão, Mato Grosso do Sul, 01 de junho, 2026.

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

CODIGO Nº 78378
PROTOCOLO Nº 2804/2026
RECEBI EM 02/06/2026
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\$
Falsio Pimenta Custódio Cargo: Motorista	01.086	Costa Rica/MS	Ambulância Placa RWJ2C31	Remoção de paciente	29/05/2026	R\$ 102,40
Francieli Simões Siqueira Cargo: Técnica em Enfermagem	01.107					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 J.M.O, prontuário 1350, para a Fundação Hospitalar de 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

#4510

DESTINO: COSTA RICA

MOTORISTA: FALSIO PIMENTA CUSTODIO

DATA DE SAÍDA: 29/05/26 14:30

OBSERVAÇÃO:

PLACA: RWJ2C31

VEÍCULO: AMBULÂNCIA RENAUT/MASTER

DATA DE CHEGADA: _____

PACIENTES: 1

ACOMPANHANTES: 1

2

SEQ.	NOME DA PESSOA	IDADE	DOCUMENTO	TELEFONE	EMBARQUE
1	Jose Marques De Oliveira	63	2122403.GO.	67984172259 (67) 9 8417-2259	14:30

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

DESTINO: Fundação Hospitalar - AV. JOSÉ FERREIRA DA COSTA, 2222
HORA: 14:30 PROC: Tomografia

ACOMPANHANTES: 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
ACESSÓRIOS: TRANSLADO DO PACIENTE PARA REALIZAR EXAME DE TOMOGRAFIA. PRONTUÁRIO 1350.



Identificação do Requerente:					
☐ Prefeito ☐ Vice-prefeito ☐ Secretários Municipais, Procurador Jurídico e Chefe de Gabinete. ☒ Demais Servidores					
Nome Completo:	FALSIO PIMENTA CUSTÓDIO	CPF:	356.689.461-34	Cargo:	MOTORISTA
Dados Bancários:	Pix	CPF: 356.689.461-34			

Objetivo da Viagem:
O servidor deslocou-se a serviço conduzindo veículo durante a remoção Inter hospitalar do paciente J.M.O, prontuário 1350, para a Fundação Hospitalar de Costa Rica/MS. Segue em anexo Listagem de Viagem.Veículo: Ambulância Placa RWJ2C31.

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:	29/05/2026	Final da Permanência:	29/05/2026
Identificação do Valor da Remoção:			
Quantidade:	2	Valor UFFIG:	R\$ 51,20
		Valor total:	R\$ 102,40

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

Data: 01/06/2026	 Assinatura do Requerente: Falsio Pimenta Custódio - matricula n. 01.086
Aprovação	
Data: 01/06/2026	 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:	Falsio Pimenta Custodio		Matrícula:	01 086	Cargo:	Motorista
Local de Origem:	Figueirão - MS		Local de Destino:	Costa Rica - MS		
Início da Permanência:	29/05/2026		Final da Permanência:	29/05/2026		

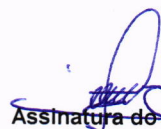
Identificação do Valor da Remoção:					
Quantidade:	2	Valor UFFIG:	R\$ 51,20	Valor total:	R\$ 102,40

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

Relatório da Viagem:

* REMOÇÃO COM PACIENTE PARA REALIZAR EXAME NA FUNDACAO

Figueirão-MS, 02 de JULHO de 2026


Assinatura do Requerente

ORDEN DE PAGAMENTO Orçamentária

DADOS DA OP

Tipo: Pagamento de Empenho Data....: 03/06/2026
Nº do Empenho: 964 Data do empenho....: 03/06/2026

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
Banco.....: Agência: Conta:
Telefone.: (679) 8483-1376 Fax.....:

VALORES

Valor do Empenho.....: 325,00
Valor da Nota de Pagamento referente a parcela nº 1: 325,00
Valor pago do Empenho (inclui o valor desta nota).....: 325,00
Saldo a pagar do Empenho: 0,00
Líquido a Pagar: 325,00

HISTÓRICO

Valor que se empenha referente a despesa com traslado de pacientes para Coxim/MS, Campo Grande/MS e Costa Rica/MS, nos dias 28, 29 e 30/05/2026.
Correspondente a 03 (três) diárias sem pernoite. CIs nº 865, 873 e 881/2026.

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

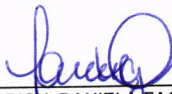
Detalhamento da Fonte de Recursos

1500.1002(Identificação das despesas com ações e serviços públicos de saúde 325,00

DADOS FINANCEIROS

248 - Ag. 82295- C/C. 10.202-4-PREF. MUNIC DE FIGUEIRÃO - FMS C/C 10.202- DEBITO EM CONTA 0 325,00

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 THIEGO MARTINS
Agência 8229-5
Conta corrente 6162-X
Valor 325,00
Destinação 0
Data Nesta data

Assinada por	JJ172940 THIAGO INACIO D PAULA FURTADO	03/06/2026 13:50:16
	JE677115 JUVENAL CONSOLARO	03/06/2026 14:03:24

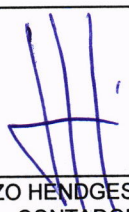
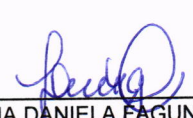
Transação efetuada com sucesso.

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: 964	Data do empenho....: 3/6/2026
Data....: 03/06/2026	
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.....:	325,00
Valor da Nota de Liquidação	325,00
Valor a Liquidar.....:	0,00
Valor Líquido Liquidado	325,00
Diaria	
Nº Diária...: 502	
Data Doc.: 03/06/2026	Data Saída: 28/05/2026
Data Retorno: 30/05/2026	Qtd: 3
Destino...: CAMPO GRANDE	Valor: 325,00
Objetivo...: Valor que se empenha referente a despesa com traslado de pacientes para Coxim/MS, Campo Grande/MS e Costa Rica/MS, nos dias 28, 29 e 30/05/2026. Correspondente a 03 (três) diárias sem pernoite. Cls nº 865, 873 e 881/2026.	
HISTÓRICO	
Valor que se empenha referente a despesa com traslado de pacientes para Coxim/MS, Campo Grande/MS e Costa Rica/MS, nos dias 28, 29 e 30/05/2026. Correspondente a 03 (três) diárias sem pernoite. Cls nº 865, 873 e 881/2026.	
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	325,00
ASSINATURAS	
	
FABRICIA DANIELA FAGUNDES SECRETÁRIO MUNICIPAL	

Nota de Empenho

DADOS DO EMPENHO		
N.º Empenho...: 964	Tipo...: Ordinário	Data.: 3/6/2026
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		
325,00 (Trezentos e Vinte e Cinco Reais.)		
HISTÓRICO		
Valor que se empenha referente a despesa com traslado de pacientes para Coxim/MS, Campo Grande/MS e Costa Rica/MS, nos dias 28, 29 e 30/05/2026. Correspondente a 03 (três) diárias sem pernoite. Cls nº 865, 873 e 881/2026.		
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		325,00
VALORES DA DOTAÇÃO		
Saldo Anterior.....: 102.467,44	Lanç. Empenho...: 325,00	Saldo Atual.....: 102.142,44
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 865/2026

Figueirão/MS, 01 de junho de 2026.

À Secretaria de Planejamento, Administração e Finanças.

Ao Setor de Contabilidade.

Assunto: Solicitação de Diária

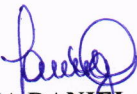
CÓDIGO Nº 78388
PROTOCOLO Nº 2811/2026
RECEBI EM 02/06/2026
ASS: Kryslaine

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.



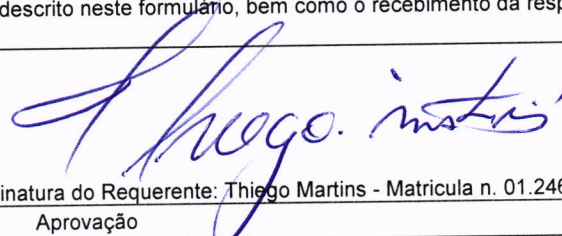
Identificação do Requerente:					
☐ Prefeito ☐ Vice-prefeito ☐ Secretários Municipais, Procurador Jurídico e Chefe de Gabinete.				☒ Demais Servidores	
Nome Completo:	Thiago Martins		CPF:	013.567.091-84	Cargo: Motorista
Dados Bancários:	Banco:	Brasil	Agência:	8229-5	Conta: 6162 - X

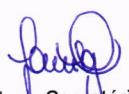
Identificação do Afastamento:	
Tipo de Viagem:	☐ Com Pernoite ☒ Sem Pernoite
Localização:	☐ Fora do Estado ☐ Capital do Estado e Demais Municípios ☒ Municípios Limitrofes
Objetivo da Viagem: O servidor faz jus a diária pois deslocou-se a serviço, conduzindo veículo desta Secretaria, para levar/buscar pacientes/acompanhantes para exames/consultas/cirurgias/altas ou tratamentos, em 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:	28/05/2026	Final da Permanência:	28/05/2026

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: 01/06/2026	 Assinatura do Requerente: Thiago Martins - Matrícula n. 01.246

Data: 01/06/2026	 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:	Thiago Martins	Matrícula:	1.246	Cargo:	Motorista
Local de Origem:	Figueirópolis/MS	Local de Destino:	Coxim/MS		
Início da Permanência:	28/05/2026	Final da Permanência:	28/05/2026		

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:

*

Fudo fangueo etms viage

Figueirópolis-MS,

de

de

Thiago Martins
Assinatura do Requerente



LISTAGEM DE VIAGEM

#4487

DESTINO: COXIM
MOTORISTA: THIAGO MARTINS
DATA DE SAÍDA: 28/05/26 05:00
OBSERVAÇÃO: LEVAR PACIENTE RETORNO CIRURGICO

PLACA: QAV2I05
VEÍCULO: HILUX

PACIENTES: 2
ACOMPANHANTES: 1
3

SEQ.	NOME DA PESSOA	IDADE	DOCUMENTO	TELEFONE	EMBARQUE
1	Marlon Cesar Ironio Junior	20	-	67998123772 (67) 9 9812-3772	05:00

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

DESTINO: Hospital Regional Dr. Alvaro Fontoura Silva - AV GASPAS RIES COELHO, 361
HORA: 07:00 PROC: Retorno Cirúrgico

ACOMPANHANTES:
OBSERVAÇÕES:
ACESSÓRIOS:

2	Sarah Cristina Soares Da Silva	21	]]] MS	67981270807 (67) 9 8127-0807	05:00
---	--------------------------------	----	--------	---------------------------------	-------

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

DESTINO: Hospital Regional Dr. Alvaro Fontoura Silva - AV GASPAS RIES COELHO, 361
HORA: 07:00 PROC: Consulta

ACOMPANHANTES: RG: null - ACOMPANHANTE (ESPOSO) - DOCUMENTO: -
OBSERVAÇÕES: VAI ESTAR EM FRENTE A SANTA GULA
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 873/2026

Figueirão/MS, 01 de junho de 2026.

À Secretaria de Planejamento, Administração e Finanças.
Ao Setor de Contabilidade.

Assunto: Solicitação de Diária

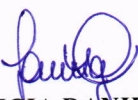
CODIGO Nº 78 386.
PROTOCOLO Nº 2809/2026.
RECEBI EM 02/06/2026.
ASS: Kryslaine

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:	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 Campo Grande/MS. Veículo: Micro Onibus. Placa: QAXOF76.

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:	29/05/2026	Final da Permanência:	29/05/2026

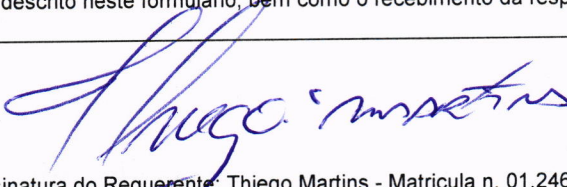
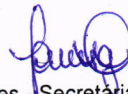
Identificação do Valor do Quilômetro Rodado (Veículo Próprio):

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:	01/06/2026	 Assinatura do Requerente: Thiago Martins - Matrícula n. 01.246 Aprovação
Data:	01/06/2026	 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:	29/05/2026	Final da Permanência:	29/05/2026		

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:

*

Fudo trsnqulo ota usgr.

Figueirópolis-MS,

de

de

Assinatura do Requerente

Thiego Martins



LISTAGEM DE VIAGEM

#4495

DESTINO: CAMPO GRANDE

MOTORISTA: THIAGO MARTINS

DATA DE SAÍDA: 29/05/26 01:20

OBSERVAÇÃO: LEVAR PACIENTE PARA CONSULTA EXAMES

PLACA: QAXOF76

VEÍCULO: MICRO ÔNIBUS

DATA DE CHEGADA: 29/05/26

PACIENTES: 7

ACOMPANHANTES: 4

11

SEQ.	NOME DA PESSOA	IDADE	DOCUMENTO	TELEFONE	EMBARQUE
1	Alexsandra Da Silva Ferreira	42	26508958	67998923097 (67) 9 9892-3097	01:20

LOCAL DE SAÍDA: HOSPITAL MARIANA SILVÉRA FURTADO
TIPO: Ida

DESTINO: Clinica Particular - ,
HORA: 17:00 PROC: Consulta

ACOMPANHANTES:
OBSERVAÇÕES:
ACESSÓRIOS:

2	Gabrielly Aparecida Alves Da Cruz	15	DNV	67984474553 (67) 9 8447-4553	01:20
---	-----------------------------------	----	-----	---------------------------------	-------

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

DESTINO: Clinica Anhanguera - NOVA ERA, 480
HORA: 09:00 PROC: Consulta

ACOMPANHANTES: RG: 1098551MS EXP:5/8/15 - ELIANE ALVES DA CRUZ (MAE) - DOCUMENTO: 1098551MS EXP:5/8/15
OBSERVAÇÕES:
ACESSÓRIOS:

3	Julia Menezes Malaquias	16	377216 MS	67981270820 (67) 9 8127-0820	01:20
---	-------------------------	----	-----------	---------------------------------	-------

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

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

ACOMPANHANTES: RG: 1211759MSEXP.22/8/11 - ARIADYNE MENEZES RECALDES (MAE) - DOCUMENTO: 1211759MSEXP.22/8/11
OBSERVAÇÕES:
ACESSÓRIOS:

4	Marcelo Umbelino Cintra	41	36677221	67996847909 (67) 9 9684-7909	01:20
---	-------------------------	----	----------	---------------------------------	-------

LOCAL DE SAÍDA: HOSPITAL MARIANA SILVÉRA FURTADO
TIPO: Ida

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

ACOMPANHANTES:

LISTAGEM DE VIAGEM

#4495

DESTINO: CAMPO GRANDE
MOTORISTA: THIEGO MARTINS
DATA DE SAÍDA: 29/05/26 01:20
OBSERVAÇÃO: LEVAR PACIENTE PARA CONSULTA EXAMES

PLACA: QAXOF76
VEÍCULO: MICRO ÔNIBUS
DATA DE CHEGADA: 29/05/26

PACIENTES: 7
ACOMPANHANTES: 4
11

SEQ.	NOME DA PESSOA	IDADE	DOCUMENTO	TELEFONE	EMBARQUE
OBSERVAÇÕES:					
ACESSÓRIOS:					
5	Joel Luis Menna Barreto	66	000803 SSP/MS	67981336737 (67) 9 8133-6737	01:20
LOCAL DE SAÍDA: MERCEARIA SILVA/IGREJA MATRIZ					
TIPO: Ida e Volta					
DESTINO: Rua 15 De Novembro - RUA 15 DE NOVENBRO, 1174					
HORA: 14:00 PROC: Consulta					
ACOMPANHANTES: RG: 391769 MSEX.15/6/88 - LUZINETE DAS NEVES DE LIMA BARRETO (ESPOSA) - DOCUMENTO: 391769 MSEX.15/6/88					
OBSERVAÇÕES: SIM CASA					
ACESSÓRIOS:					
6	Maria Auxiliadora Mariano Da Silva	42	1583277MSEX	67984127772 (67) 9 8412-7772	01:20
LOCAL DE SAÍDA: NA CASA DE APOIO					
TIPO: Volta					
DESTINO: Casa De Apoio - DOM AQUINO, 272					
HORA: 13:00 PROC: Volta Consulta					
ACOMPANHANTES:					
OBSERVAÇÕES:					
ACESSÓRIOS:					
7	Carlito Coimbra Furtado	56	929563MSEX.	6784240584 (67) 8424-0584	01:20
LOCAL DE SAÍDA: NOVA CONQUISTA COMPRAS					
TIPO: Ida e Volta					
DESTINO: Hospital Cassems - PRINCIPE RANIER, 48					
HORA: 14:00 PROC: Consulta					
ACOMPANHANTES: RG: 1363823 MSEX.15/5/18 - SELMA RABELO ALVES (MAE) - DOCUMENTO: 1363823 MSEX.15/5/18					
OBSERVAÇÕES: SIM PARA CASA DE APOIO					
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 881/2026

Figueirópolis/MS, 02 de junho de 2026.

À Secretaria de Planejamento, Administração e Finanças.

Ao Setor de Contabilidade.

Assunto: Solicitação de Diária

CODIGO Nº 78392.
PROTOCOLO Nº 2815/2026.
RECEBI EM 02/06/2026.
ASS: Kryshaine

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 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:	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 ☒ Sem Pernoite
Localização: ☐ Fora do Estado ☐ 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 Costa Rica/MS. Veículo: Cronos. Placa: SMJ0156.

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:	30/05/2026	Final da Permanência:	30/05/2026

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: 02/06/2026
Assinatura do Requerente: Thiago Martins - Matrícula n. 01.246

Aprovação

Data: 02/06/2026
Assinatura e Carimbo (Ordenador de Despesa):
Fabricia Daniela Fagundes - Secretária Municipal de Saúde - Decreto P/n. 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	Matrícula:	1.246	Cargo:	Motorista
Local de Origem:	Figueirópolis/MS	Local de Destino:	Costa Rica/MS		
Início da Permanência:	30/05/2026	Final da Permanência:	30/05/2026		

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:

*

Tudo conforme com viagem

Figueirópolis-MS,

de

de

Thiego Martins

Assinatura do Requerente



LISTAGEM DE VIAGEM

#4501

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

PLACA: SMJ0156
VEÍCULO: FIAT CRONOS
DATA DE CHEGADA: 30/05/26 _____

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:					

ORDEM DE PAGAMENTO Orçamentária

DADOS DA OP

Tipo: Pagamento de Empenho Data....: 03/06/2026
Nº do Empenho: 922 Data do empenho....: 01/06/2026

DADOS DO CREDOR

Nome...: 2555 - Christopher 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
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
L í q u i d o a P a g a r: 243,75

HISTÓRICO

Valor que se empenha referente a despesa com traslado de pacientes para Costa Rica/MS e Campo Grande/MS, nos dias 27 e 28/05/2026. Correspondente a 02 (duas) diárias sem pernoite. CIs nº 854 e 855/2026.

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

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 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	03/06/2026 11:26:42
	JE677115 JUVENAL CONSOLARO	03/06/2026 14:16:30

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		Data....: 03/06/2026
Nº do Empenho: 922		Data do empenho....: 1/6/2026		
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....: 481				
Data Doc.: 01/06/2026		Data Saída: 27/05/2026	Data Retorno: 28/05/2026	Qtd: 2 Valor: 243,75
Destino....: CAMPO GRANDE				
Objetivo...: Valor que se empenha referente a despesa com traslado de pacientes para Costa Rica/MS e Campo Grande/MS, nos dias 27 e 28/05/2026. Correspondente a 02 (duas) diárias sem pernoite. CIs nº 854 e 855/2026.				
HISTÓRICO				
Valor que se empenha referente a despesa com traslado de pacientes para Costa Rica/MS e Campo Grande/MS, nos dias 27 e 28/05/2026. Correspondente a 02 (duas) diárias sem pernoite. CIs nº 854 e 855/2026.				
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.: 922	Tipo.: Ordinário	Data.: 1/6/2026
DADOS DO CREDOR		
Nome.....: 2555 - Christopher 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 traslado de pacientes para Costa Rica/MS e Campo Grande/MS, nos dias 27 e 28/05/2026. Correspondente a 02 (duas) diárias sem pernoite. CIs nº 854 e 855/2026.		
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.....: 108.559,49	Lanç. Empenho...: 243,75	Saldo Atual.....: 108.315,74
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 854/2026

Figueirão/MS, 29 de maio de 2026.

À Secretaria de Planejamento, Administração e Finanças.
Ao Setor de Contabilidade.

Assunto: Solicitação de Diária

CÓDIGO Nº 78358.
PROTOCOLO Nº 2781/2026.
RECEBI EM 01/06/2026.
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

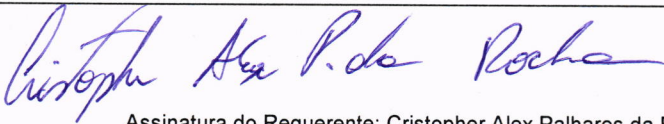
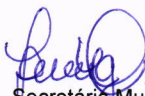
Identificação do Afastamento:					
Tipo de Viagem:	☐ Com Pernoite	Localização:	☐ Fora do Estado		
	☒ Sem Pernoite		☐ Capital do Estado e Demais Municípios		
			☒ Municípios Limitrofes		

Objetivo da Viagem:
O servidor faz jus a diária pois, deslocou-se a serviço conduzindo veículo desta Secretaria para levar pacientes/acompanhantes para exames/consultas ou tratamentos, em Costa Rica/MS. Carro: Spin. Placa: RWE9G51.

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:	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\$ 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:	29/05/2026	 Assinatura do Requerente: Cristopher Alex Palhares da Rocha; Matrícula: 01.227
Aprovação		
Data:	29/05/2026	 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 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 855/2026

Figueirópolis/MS, 29 de maio de 2026.

À Secretaria de Planejamento, Administração e Finanças.

Ao Setor de Contabilidade.

Assunto: Solicitação de Diária

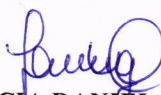
CÓDIGO Nº 78354
PROTOCOLO Nº 2780/2026
RECEBI EM 01/06/2026
ASS: Kryslaine

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

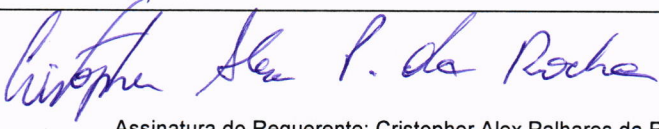
Identificação do Afastamento:	
Tipo de Viagem:	☐ Com Pernoite ☒ Sem Pernoite
Localização:	☐ Fora do Estado ☒ Capital do Estado e Demais Municípios ☐ Municípios Limitrofes

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 Campo Grande/MS. Carro: Van. Placa: RWE8D69.

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:	28/05/2026	Final da Permanência:	28/05/2026

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: 29/05/2026	 Assinatura do Requerente: Cristopher Alex Palhares da Rocha; Matrícula: 01.227 Aprovação
Data: 29/05/2026	 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
-------------	--	--------------------------------



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:	28/05/2026	Final da Permanência:	28/05/2026		

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:

Levar pacientes 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

#4485

DESTINO: CAMPO GRANDE

MOTORISTA: CRISTOPHER ALEX PALHARES DA ROCHA

DATA DE SAÍDA: 28/05/26 01:20

OBSERVAÇÃO: LEVAR PACIENTES PARA CONSULTAS E EXAMES

PLACA: RWE8D69

VEÍCULO: VAN 1

DATA DE CHEGADA: 28/05/26

PACIENTES: 7

ACOMPANHANTES: 2

9

SEQ.	NOME DA PESSOA	IDADE	DOCUMENTO	TELEFONE	EMBARQUE
1	Joaquim Gomes Da Silva	67	015799 (CNH)	67984322892 (67) 9 8432-2892	01:20

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

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

ACOMPANHANTES:
OBSERVAÇÕES:
ACESSÓRIOS:

2	Maria Auxiliadora Mariano Da Silva	42	1583277MSEXP.	67984127772 (67) 9 8412-7772	01:20
---	------------------------------------	----	---------------	---------------------------------	-------

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

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

ACOMPANHANTES:
OBSERVAÇÕES:
ACESSÓRIOS:

3	Neliane Ferreira Dos Santos	40	1142517 SSP/MS	67984745129 (67) 9 8474-5129	01:20
---	-----------------------------	----	----------------	---------------------------------	-------

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

DESTINO: Clinica Particular - ,
HORA: 10:30 PROC: Consulta

ACOMPANHANTES:
OBSERVAÇÕES: SIM PARA CASA DE APOIO
ACESSÓRIOS:

4	Neurivania Ferreira Dos Santos	36	1171632MSEXP.	6784744335 (67) 8474-4335	01:20
---	--------------------------------	----	---------------	------------------------------	-------

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

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

ACOMPANHANTES:

LISTAGEM DE VIAGEM

#4485

DESTINO: CAMPO GRANDE

MOTORISTA: CRISTOPHER ALEX PALHARES DA ROCHA

DATA DE SAÍDA: 28/05/26 01:20

OBSERVAÇÃO: LEVAR PACIENTES PARA CONSULTAS E EXAMES

PLACA: RWE8D69

VEÍCULO: VAN 1

DATA DE CHEGADA: 28/05/26

PACIENTES: 7

ACOMPANHANTES: 2

9

SEQ.	NOME DA PESSOA	IDADE	DOCUMENTO	TELEFONE	EMBARQUE
OBSERVAÇÕES:					
ACESSÓRIOS:					
5	Veronica Barbosa Oliveira	20		67984767553 (67) 9 8476-7553	01:20
LOCAL DE SAÍDA: HOSPITAL MARIANA SILVÉRA FURTADO					
TIPO: Ida e Volta					
DESTINO: Alfa Care - R. PADRE JOÃO CRIPPA, 2665					
HORA: 13:00 PROC: Consulta					
ACOMPANHANTES: RG: 001202346SSP/MS EXP24/03/98 - MARIA ABADIA JUSTINA DE OLIVEIRA (MAE) - DOCUMENTO: 001202346SSP/MS EXP24/03/98					
OBSERVAÇÕES: SIM PARA CASA DE APOIO					
ACESSÓRIOS:					
6	Lauanny Belquo Perius	3	-	67984111580 (67) 9 8411-1580	01:20
LOCAL DE SAÍDA: NOVA CONQUISTA COMPRAS					
TIPO: Ida e Volta					
DESTINO: Hospital Regional - AV. ENG. LUTERO LOPES, 36					
HORA: 07:00 PROC: Consulta					
ACOMPANHANTES: RG: 364789 MSEXP.12/8/85 - ZILMA PEREIRA DE LIMA (AVO) - DOCUMENTO: 364789 MSEXP.12/8/85					
OBSERVAÇÕES: SIM PARA CASA DE APOIO					
ACESSÓRIOS:					
7	Larisse Rocha Nascimento	39	1254374809 BA	67984733859 (67) 9 8473-3859	01:20
LOCAL DE SAÍDA: PRIME CONVENIÊNCIA					
TIPO: Ida e Volta					
DESTINO: Hospital São Julião - RUA LINO VILLACHA, 1250					
HORA: 09:00 PROC: Consulta					
ACOMPANHANTES:					
OBSERVAÇÕES: SIM PARA CASA DE APOIO					
ACESSÓRIOS:					



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:	Costa Rica/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\$ 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:

Levar pacientes para Consultas e Exames em Costa Rica, MS.

Figueirópolis-MS, 03 de

Julho

de

2026

Cristopher Alex P. da Rocha

Assinatura do Requerente



LISTAGEM DE VIAGEM

#4480

DESTINO: COSTA RICA
MOTORISTA: CRISTOPHER ALEX PALHARES DA ROCHA
DATA DE SAÍDA: 27/05/26 12:00
OBSERVAÇÃO: LEVAR MÃES ATÍPICAS
PLACA: RWE9G51
VEÍCULO: SPIN SAÚDE
DATA DE CHEGADA: 27/05/26

PACIENTES: 3
ACOMPANHANTES: 3
6

SEQ.	NOME DA PESSOA	IDADE	DOCUMENTO	TELEFONE	EMBARQUE
1	Gilmar Henrique Mendonça	13		6798572330 (67) 9857-2330	12:00
LOCAL DE SAÍDA: BUSCAR NA CASA DO PACIENTE					
TIPO: Ida e Volta					
DESTINO: Clínica De Especialidades - AMBROSINA PAES COELHO, 1337					
HORA: 13:00 PROC: Consulta					
ACOMPANHANTES: RG: 14411210 SSP/MS EXP 11/11/2015 - LUCELIA MENDONÇA DA SILVA (MAE) - DOCUMENTO: 14411210 SSP/MS EXP 11/11/2015					
OBSERVAÇÕES:					
ACESSÓRIOS:					
2	Nicole Dos Santos Silva	14	RN3805 MS	67984216541 (67) 9 8421-6541	12:00
LOCAL DE SAÍDA: BUSCAR NA CASA DO PACIENTE					
TIPO: Ida e Volta					
DESTINO: Clínica De Especialidades - AMBROSINA PAES COELHO, 1337					
HORA: 14:00 PROC: Consulta					
ACOMPANHANTES: RG: 1186259 MS - SANDRA REGINA DOS SANTOS (MAE) - DOCUMENTO: 1186259 MS					
OBSERVAÇÕES:					
ACESSÓRIOS:					
3	Nicollas Gabriel Ferreira Matos	7	DNV30-	67984545952 (67) 9 8454-5952	12:00
LOCAL DE SAÍDA: BUSCAR NA CASA DO PACIENTE					
TIPO: Ida e Volta					
DESTINO: Clínica De Especialidades - AMBROSINA PAES COELHO, 1337					
HORA: 15:00 PROC: Consulta					
ACOMPANHANTES: RG: 001.660.784 - NEURILENE FERREIRA DOS SANTOS (MAE) - DOCUMENTO: 001.660.784					
OBSERVAÇÕES:					
ACESSÓRIOS:					

ORDEM DE PAGAMENTO Orçamentária

DADOS DA OP

Tipo: Pagamento de Empenho Data....: 03/06/2026
Nº do Empenho: 963 Data do empenho....: 03/06/2026

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.....: 325,00
Valor da Nota de Pagamento referente a parcela nº 1: 325,00
Valor pago do Empenho (inclui o valor desta nota).....: 325,00
Saldo a pagar do Empenho: 0,00
Líquido a Pagar: 325,00

HISTÓRICO

Valor que se empenha referente a despesa com traslado de pacientes para Campo Grande/MS, nos dias 28 e 29/05/2026. Correspondente a 02 (duas) diárias sem pernoite. CIs nº 866 e 880/2026.

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 325,00

DADOS FINANCEIROS

248 - Ag. 82295- C/C. 10.202-4-PREF. MUNIC DE FIGUEIRÃO - FMS C/C 10.202- DEBITO EM CONTA 0 325,00

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 CLAUDINEY P FERREIRA
Agência 8229-5
Conta corrente 5709-6
Valor 325,00
Destinação 0
Data Nesta data

Assinada por	JJ172940 THIAGO INACIO D PAULA FURTADO	03/06/2026 13:50:33
	JE677115 JUVENAL CONSOLARO	03/06/2026 14:02:35

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

Data....: 03/06/2026

Nº do Empenho: 963

Data do empenho....: 3/6/2026

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.....: 325,00

Valor da Nota de Liquidação: 325,00

Valor a Liquidar.....: 0,00

Valor Líquido Liquidado: 325,00

Diaria

Nº Diária...: 501

Data Doc.: 03/06/2026

Data Saída: 28/05/2026

Data Retorno: 29/05/2026

Qtd: 2

Valor: 325,00

Destino...: CAMPO GRANDE

Objetivo...: Valor que se empenha referente a despesa com traslado de pacientes para Campo Grande/MS, nos dias 28 e 29/05/2026. Correspondente a 02 (duas) diárias sem pernoite. CIs nº 866 e 880/2026.

HISTÓRICO

Valor que se empenha referente a despesa com traslado de pacientes para Campo Grande/MS, nos dias 28 e 29/05/2026. Correspondente a 02 (duas) diárias sem pernoite. CIs nº 866 e 880/2026.

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

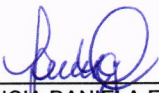
Recursos não Vinculados de Impostos

Detalhamento da Fonte

1500.1002000 - Identificação das despesas com ações e serviços públicos de saúde

325,00

ASSINATURAS



FABRICIA DANIELA FAGUNDES

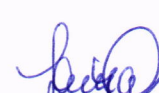
SECRETÁRIO MUNICIPAL

Quality Sistemas - Soluções Inovadoras para Gestão Pública. v.3.1.60.12-691.8 6.3.10.41-26

Usuário: ALTAMIRO

Página 1 de 1

Nota de Empenho

DADOS DO EMPENHO		
N.º Empenho...: 963	Tipo...: Ordinário	Data.: 3/6/2026
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		
325,00 (Trezentos e Vinte e Cinco Reais.)		
HISTÓRICO		
Valor que se empenha referente a despesa com traslado de pacientes para Campo Grande/MS, nos dias 28 e 29/05/2026. Correspondente a 02 (duas) diárias sem pernoite. Cls nº 866 e 880/2026.		
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		325,00
VALORES DA DOTAÇÃO		
Saldo Anterior....: 102.792,44	Lanç. Empenho...: 325,00	Saldo Atual.....: 102.467,44
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 866/2026

Figueirão/MS, 01 de junho de 2026.

À Secretaria de Planejamento, Administração e Finanças.

Ao Setor de Contabilidade.

Assunto: Solicitação de Diária

CODIGO Nº 78389
PROTOCOLO Nº 28121/2026
RECEBI EM 02/06/2026
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 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:	Claudiney Paniago Ferreira		CPF:	835910521-91	Cargo: Motorista
Dados Bancários:	Banco:	Banco do Brasil	Agência:	8229-5	Conta: 5709-6

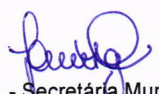
Identificação do Afastamento:	
Tipo de Viagem:	☐ Com Pernoite Localização: ☐ Fora do Estado
	☒ Sem Pernoite ☒ Capital do Estado e Demais Municípios
	☐ Municípios Limítrofes

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: Ranger. Placa: SMI8125.

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:	28/05/2026	Final da Permanência:	28/05/2026

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\$ 162,50
		Valor total:	R\$ 162,50

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

Data: 01/06/2026	 Assinatura do Requerente: Claudiney Paniago Ferreira - Matrícula 01.245 Aprovação
Data: 01/06/2026	 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:	28/05/2026	Final da Permanência:	28/05/2026		
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: <i>TRANSPORTE: PACIENTE PARA CONSULTA e EXAMES MÉDICOS</i>					

Figueirão-MS, 29 de MAIO de 2026

Claudiney Paniago Ferreira
Assinatura do Requerente



LISTAGEM DE VIAGEM

#4486

DESTINO: CAMPO GRANDE

MOTORISTA: CLAUDINEY PANIAGO FERREIRA

DATA DE SAÍDA: 28/05/26 03:00

OBSERVAÇÃO: LEVAR PACIENTE PARA CONSULTA

PLACA: SM18125

VEÍCULO: FOR RANGER UBS

DATA DE CHEGADA: 28/05/26

PACIENTES: 2

ACOMPANHANTES: 3

5

SEQ.	NOME DA PESSOA	IDADE	DOCUMENTO	TELEFONE	EMBARQUE
1	Jeise Kelly Vieira Garcia	18	3670F056L006	67981471339 (67) 9 8147-1339	03:00
LOCAL DE SAÍDA: BUSCAR NA CASA DO PACIENTE					
TIPO: Ida e Volta					
DESTINO: Hospital Universitário - SEN. FILINTO MULER, 355					
HORA: 06:30 PROC: Consulta					
ACOMPANHANTES: RG: null - KEVIN VIEIRA DA SILVA (FILHO) - DOCUMENTO: 13092892127					
RG: null - ACOMPANHANTE (ACOMPANHANTE) - DOCUMENTO: -					
OBSERVAÇÕES:					
ACESSÓRIOS:					
2	Jaqueline Da Silva Custodio	28	2.206.362MSEXP.	67981328081 (67) 9 8132-8081	01:20
LOCAL DE SAÍDA: HOSPITAL MARIANA SILVÉRA FURTADO					
TIPO: Ida e Volta					
DESTINO: Hospital Universitário - SEN. FILINTO MULER, 355					
HORA: 13:00 PROC: Consulta					
ACOMPANHANTES: RG: null - ACOMPANHANTE (ACOMPANHANTE) - DOCUMENTO: -					
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 880/2026

Figueirão/MS, 02 de junho de 2026.

À Secretaria de Planejamento, Administração e Finanças.

Ao Setor de Contabilidade.

Assunto: Solicitação de Diária

CODIGO Nº 78393.
PROTOCOLO Nº 28161/2026.
RECEBI EM 02/06/2026.
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

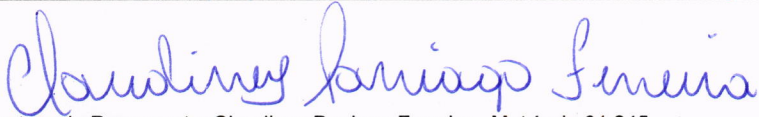
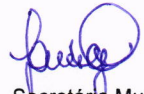
Identificação do Afastamento:	
Tipo de Viagem:	☐ Com Pernoite Localização: ☐ Fora do Estado
	☒ Sem Pernoite ☒ Capital do Estado e Demais Municípios
	☐ Municípios Limítrofes

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: Ranger. Placa: SMI8I25.

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:	29/05/2026	Final da Permanência:	29/05/2026

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\$ 162,50
		Valor total:	R\$ 162,50

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

Data: 02/06/2026	 Assinatura do Requerente: Claudiney Paniago Ferreira - Matrícula 01.245 Aprovação
Data: 02/06/2026	 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:	Campo Grande/MS		
Início da Permanência:	29/05/2026	Final da Permanência:	29/05/2026		

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, 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: *TRANSPORTE: PACIENTE PARA CONSULTA E EXAMES MÉDICOS.*

Figueirópolis-MS, 30 de Maio de 2026

Claudiney Paniago Ferreira
Assinatura do Requerente



LISTAGEM DE VIAGEM

#4496

DESTINO: COSTA RICA

MOTORISTA: CLAUDINEY PANIAGO FERREIRA

DATA DE SAÍDA: 29/05/26 06:30

OBSERVAÇÃO: LEVAR PACIENTE PARA EXAMES

PLACA: SMI8I25

VEÍCULO: FOR RANGER UBS

DATA DE CHEGADA: 29/05/26

PACIENTES: 3

ACOMPANHANTES: 1

4

SEQ.	NOME DA PESSOA	IDADE	DOCUMENTO	TELEFONE	EMBARQUE
1	Joao Vitor Valenzuela Brito	5	-	6791773253 (67) 9177-3253	06:30
LOCAL DE SAÍDA: BUSCAR NA CASA DO PACIENTE					
TIPO: Ida e Volta					
DESTINO: Laboratorio São Camilo - ,					
HORA: 07:00 PROC: Exame					
ACOMPANHANTES: RG: null - ANAIR VALENZUELA DELGADO (MAE) - DOCUMENTO: 05288830118					
OBSERVAÇÕES:					
ACESSÓRIOS:					
2	Joselaine Dos Santos	39	1567602 MS	6784331529 (67) 8433-1529	07:00
LOCAL DE SAÍDA: BUSCAR NA CASA DO PACIENTE					
TIPO: Ida e Volta					
DESTINO: Laboratorio São Camilo - ,					
HORA: 07:00 PROC: Exame					
ACOMPANHANTES:					
OBSERVAÇÕES:					
ACESSÓRIOS:					
3	Pauliana Aparecida Levati De	27	-	67996130428 (67) 9 9613-0428	06:30
LOCAL DE SAÍDA: BUSCAR NA CASA DO PACIENTE					
TIPO: Ida e Volta					
DESTINO: Fundação Hospitalar - AV. JOSÉ FERREIRA DA COSTA, 2222					
HORA: 10:00 PROC: Consulta					
ACOMPANHANTES:					
OBSERVAÇÕES:					
ACESSÓRIOS:					

ORDEM DE PAGAMENTO Orçamentária

DADOS DA OP

Tipo: Pagamento de Empenho Data....: 03/06/2026
Nº do Empenho: 957 Data do empenho....: 03/06/2026

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
Banco.....: Agência: Conta:
Telefone.: (679) 9277-1728 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 pacientes para Costa Rica/MS, no dia 29/05/2026. Correspondente a 01 (uma) diária sem pernoite. CI nº 867/2026.

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 :



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 81,25
Destinação 0
Data Nesta data

Assinada por	JJ172940 THIAGO INACIO D PAULA FURTADO	03/06/2026 13:51:31
	JE677115 JUVENAL CONSOLARO	03/06/2026 14:01:41

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: 957	Data.....: 03/06/2026
Data do empenho.....: 3/6/2026	
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.....:	81,25
Valor da Nota de Liquidação	81,25
Valor a Liquidar.....:	0,00
Valor Líquido Liquidado	81,25
Diaria	
Nº Diária...: 496	
Data Doc.: 03/06/2026	Data Saída: 29/05/2026
Data Retorno: 29/05/2026	Qtd: 1
Destino...: COSTA RICA	Valor: 81,25
Objetivo...: Valor que se empenha referente a despesa com traslado de pacientes para Costa Rica/MS, no dia 29/05/2026. Correspondente a 01 (uma) diária sem pernoite. CI nº 867/2026.	
HISTÓRICO	
Valor que se empenha referente a despesa com traslado de pacientes para Costa Rica/MS, no dia 29/05/2026. Correspondente a 01 (uma) diária sem pernoite. CI nº 867/2026.	
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	

Nota de Empenho

DADOS DO EMPENHO		
N.º Empenho.: 957	Tipo.: Ordinário	Data.: 3/6/2026
DADOS DO CREDOR		
Nome.....: 2555 - Christopher 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		
81,25 (Oitenta e Um Reais e Vinte e Cinco Centavos.)		
HISTÓRICO		
Valor que se empenha referente a despesa com traslado de pacientes para Costa Rica/MS, no dia 29/05/2026. Correspondente a 01 (uma) diária sem pernoite. CI nº 867/2026.		
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....: 105.067,44	Lanç. Empenho...: 81,25	Saldo Atual.....: 104.986,19
ASSINATURA		ORDENADOR DA DESPESA
 LORENZO MENDES 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 867/2026

Figueirão/MS, 01 de junho de 2026.

À Secretaria de Planejamento, Administração e Finanças.

Ao Setor de Contabilidade.

Assunto: Solicitação de Diária

CÓDIGO Nº 78387.
PROTOCOLO Nº 2810/2026.
RECEBI EM 02/06/2026.
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.



LISTAGEM DE VIAGEM

#4499

DESTINO: COSTA RICA
MOTORISTA: CRISTOPHER ALEX PALHARES DA ROCHA
DATA DE SAÍDA: 29/05/26 12:00
OBSERVAÇÃO: LEVAR AS MÃES ATÍPICAS
PLACA: RWE9G51
VEÍCULO: SPIN SAÚDE
DATA DE CHEGADA: 29/05/26

PACIENTES: 3
ACOMPANHANTES: 2
5

SEQ.	NOME DA PESSOA	IDADE	DOCUMENTO	TELEFONE	EMBARQUE
1	Gilmar Henrique Mendonça	13		6798572330 (67) 9857-2330	12:00

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

DESTINO: Clínica De Especialidades - AMBROSINA PAES COELHO, 1337
HORA: 13:00 PROC: Consulta

ACOMPANHANTES: RG: 14411210 SSP/MS EXP 11/11/2015 - LUCELIA MENDONÇA DA SILVA (MAE) - DOCUMENTO: 14411210 SSP/MS EXP 11/11/2015

OBSERVAÇÕES:
ACESSÓRIOS:

2	Lucia Aparecida Alves De Lima	57	000454778	67984223246 (67) 9 8422-3246	12:00
---	-------------------------------	----	-----------	---------------------------------	-------

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

DESTINO: Clínica De Especialidades - AMBROSINA PAES COELHO, 1337
HORA: 13:00 PROC: Consulta

ACOMPANHANTES: RG: 1806214MSEXP.16/7/18 - RONDINELLI ALVES DE LIMA (FILHO) - DOCUMENTO: 1806214MSEXP.16/7/18

OBSERVAÇÕES:
ACESSÓRIOS:

3	Pauliana Aparecida Levati De	27	-	67996130428 (67) 9 9613-0428	12:00
---	------------------------------	----	---	---------------------------------	-------

LOCAL DE SAÍDA: COMBINAR COM MOTORISTA LOCAL E HORÁRIO DE EMBARQUE.
TIPO: Volta

DESTINO: Clínica De Especialidades - AMBROSINA PAES COELHO, 1337
HORA: 14:30 PROC: Dentista

ACOMPANHANTES:
OBSERVAÇÕES:
ACESSÓRIOS:



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	Localização:	☐ Fora do Estado		
	☒ Sem Pernoite		☐ Capital do Estado e Demais Municípios		
			☒ Municípios Limitrofes		

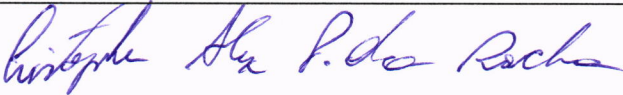
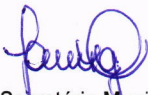
Objetivo da Viagem:

O servidor faz jus a diária pois, deslocou-se a serviço conduzindo veículo desta Secretaria para levar pacientes/acompanhantes para exames/consultas ou tratamentos, em Costa Rica/MS. Carro: Spin. Placa: RWE9G51.

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:	29/05/2026	Final da Permanência:	29/05/2026

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:	01/06/2026	
Assinatura do Requerente: Cristopher Alex Palhares da Rocha; Matrícula; 01.227		
Aprovação		
Data:	01/06/2026	
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:	Costa Rica/MS		
Início da Permanência:	29/05/2026	Final da Permanência:	29/05/2026		

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:

deslocação para consultas e exames em Costa Rica, MS.

Figueirópolis-MS,

03

de

Julho

de

2026

Cristopher Alex P. da Rocha

Assinatura do Requerente

ORDEM DE PAGAMENTO Orçamentária

DADOS DA OP

Tipo: Pagamento de Empenho Data....: 03/06/2026
Nº do Empenho: 932 Data do empenho....: 02/06/2026

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.....: 256,00
Valor da Nota de Pagamento referente a parcela nº 1: 256,00
Valor pago do Empenho (inclui o valor desta nota).....: 256,00
Saldo a pagar do Empenho: 0,00
L í q u i d o a P a g a r: 256,00

HISTÓRICO

Valor que se empenha referente a despesa com acompanhamento remoção de pacientes para Campo Grande/MS, no dia 17/05/2026. Correspondente a 01 (uma) remoção. Prontuário nº 15086. CI nº 851/2026.

DADOS DA DOTAÇÃO

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

Detalhamento da Fonte de Recursos

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

DADOS FINANCEIROS

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

ASSINATURAS

FABRICIA DANIELA FAGUNDES
SECRETÁRIO MUNICIPAL

Recebi a importância acima processada

Credor - Doc. nº :



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 256,00
Destinação 0
Data Nesta data

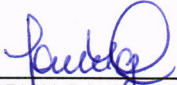
Assinada por	JJ172940 THIAGO INACIO D PAULA FURTADO	03/06/2026 11:27:57
	JE677115 JUVENAL CONSOLARO	03/06/2026 14:13:36

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		Data....: 03/06/2026
Nº do Empenho: 932		Data do empenho....: 2/6/2026		
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.....:				256,00
Valor da Nota de Liquidação				256,00
Valor a Liquidar.....:				0,00
Valor Líquido Liquidado				256,00
Diaria				
Nº Diária...: 489				
Data Doc.: 02/06/2026	Data Saída: 17/05/2026	Data Retorno: 17/05/2026	Qtd: 1	Valor: 256,00
Destino...: CAMPO GRANDE				
Objetivo...: Valor que se empenha referente a despesa com acompanhamento remoção de pacientes para Campo Grande/MS, no dia 17/05/2026. Correspondente a 01 (uma) remoção. Prontuário nº 15086. CI nº 851/2026.				
HISTÓRICO				
Valor que se empenha referente a despesa com acompanhamento remoção de pacientes para Campo Grande/MS, no dia 17/05/2026. Correspondente a 01 (uma) remoção. Prontuário nº 15086. CI nº 851/2026.				
DADOS DA DOTAÇÃO				
Cód. Reduzido: 51				
Órg. Unid.....: 06.002	UNIDADE BASICA DE SAUDE			
Função.....: 10	Saúde			
Sub-Função...: 122	Administração Geral			
Programa.....: 0010	SAÚDE			
Proj./Ativ.....: 2031	OPERAÇÃO E MANUTENÇÃO DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE			
El. Despesa....: 3.3.90.14.00	Diárias - Civil			
F. de Recursos.: 1500	Recursos não Vinculados de Impostos			
Detalhamento da Fonte				
1500.1002000 - Identificação das despesas com ações e serviços públicos de saúde				256,00
ASSINATURAS				
 FABRICIA DANIELA FAGUNDES SECRETÁRIO MUNICIPAL				

Nota de Empenho

DADOS DO EMPENHO		
N.º Empenho.: 932	Tipo.: Ordinário	Data.: 2/6/2026
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		
256,00 (Duzentos e Cinquenta e Seis Reais.)		
HISTÓRICO		
Valor que se empenha referente a despesa com acompanhamento remoção de pacientes para Campo Grande/MS, no dia 17/05/2026. Correspondente a 01 (uma) remoção. Prontuário nº 15086. CI nº 851/2026.		
DADOS DA DOTAÇÃO		
Cód Reduzido.: 51		
Órg. Unid.....: 06.002	UNIDADE BASICA DE SAUDE	
Função.....: 10	Saúde	
Sub-Função.....: 122	Administração Geral	
Programa.....: 0010	SAÚDE	
Proj./Ativ.....: 2031	OPERAÇÃO E MANUTENÇÃO DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE	
El. Despesa.....: 3.3.90.14.00	Diárias - Civil	
SubElemento....: 14	DIÁRIAS NO PAÍS	
F. de Recursos.: 1500	Recursos não Vinculados de Impostos	
DETALHAMENTO DA FONTE		
1500.1002000 - Identificação das despesas com ações e serviços públicos de saúde		256,00
VALORES DA DOTAÇÃO		
Saldo Anterior....: 106.728,54	Lanç. Empenho...: 256,00	Saldo Atual.....: 106.472,54
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

CÓDIGO Nº 78373.
PROTOCOLO Nº 2796/2026.
RECEBI EM 02/06/2026.
ASS: Kryslaine

Comunicação Interna nº 851/2026/SMS/PMF

Figueirão, Mato Grosso do Sul, 28 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.**

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\$
Antonio Aparecido Barbosa Cargo: Motorista	01.122	Campo Grande/MS	Ambulância Placa RWJ2C16	Remoção de paciente	17/05/2026	R\$ 256,00
Neuraci dos Santos Ferreira Cargo: Enfermeira	01.176					R\$ 256,00
Francieli Simões Siqueira Cargo: Técnica de Enfermagem	01.107					R\$ 256,00
TOTAL						R\$ 768,00

2. Os servidores deslocaram-se a serviço conduzindo veículo e prestando assistência durante a remoção Inter hospitalar da paciente D.P, prontuário 15086, para o Hospital Regional de Campo Grande/MS. Segue em anexo Listagem de Viagem.

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

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

Atenciosamente,

Fabricia Daniela Fagundes

Secretária Municipal de Saúde

Decreto P/nº. 025, de 06/02/2026.



#4493

PLACA: RWJ2C16
VEÍCULO: UTI MERCEDES BENZ
DATA DE CHEGADA:

PACIENTES:	1
ACOMPANHANTES:	2
	<u>3</u>

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

DESTINO: Hospital Regional - AV. ENG. LUTERO LOPES, 36
HORA: 13:50 **PROC:** Cardiologista

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
ACESSÓRIOS: TRANSLADO DA PACIENTE PARA O HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO GRANDE/MS. PRONTUÁRIO 15086.



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

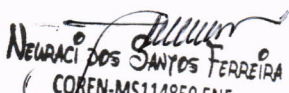
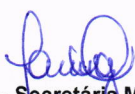
Objetivo da Viagem:

A servidora deslocou-se a serviço prestando assistência durante a remoção Inter hospitalar da paciente D.P, prontuário 15086, para o Hospital Regional de Campo Grande/MS. Segue em anexo Listagem de Viagem.Veículo: Ambulância Placa RWJ2C16.

Meio de Transporte:	☒ Veículo Oficial	☐ Veículo Próprio	☐ Transporte Rodoviário
	☐ Transporte Aéreo		
Local de Origem:	FIGUEIRÃO/MS	Local de Destino:	CAMPO GRANDE/MS
Início da Permanência:	17/05/2026	Final da Permanência:	17/05/2026

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

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

Data:	29/05/2026	 Assinatura do Requerente: Neuraci dos Santos Ferreira - Matricula n. 01.176
Aprovação		
Data:	29/05/2026	 Fabricia daniela Fagundes - Secretária Municipal de Saúde - Decreto P/n. 025, de 06/02/2026 Assinatura e Carimbo (Ordenador de Despesa):

COPIA DE CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO
CORREIO-MUNICÍPIO DE SÃO CARLOS



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:	Figueirão - MS	Local de Destino:	Campo Grande - MS		
Início da Permanência:	17/05/2026	Final da Permanência:	17/05/2026		

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

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

Relatório da Viagem:

* Acompanhei paciente em remeio inter hospitalar, sem intercorrência no período.

NEURACI DOS SANTOS FERREIRA
COREN-MS114850 ENF

Figueirão-MS, de de de

NEURACI DOS SANTOS FERREIRA
COREN-MS114850 ENF

Assinatura do Requerente

COPIA DO ORIGINAL
COPIA DO ORIGINAL

COPIA DO ORIGINAL
COPIA DO ORIGINAL

ORDEM DE PAGAMENTO Orçamentária

DADOS DA OP

Tipo: Pagamento de Empenho Data....: 03/06/2026
Nº do Empenho: 929 Data do empenho....: 02/06/2026

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
Banco.....: Agência: Conta:
Telefone.: Fax.....:

VALORES

Valor do Empenho.....: 102,40
Valor da Nota de Pagamento referente a parcela nº 1: 102,40
Valor pago do Empenho (inclui o valor desta nota).....: 102,40
Saldo a pagar do Empenho: 0,00
L í q u i d o a P a g a r: 102,40

HISTÓRICO

Valor que se empenha referente a despesa com traslado remoção de paciente para Costa Rica/MS, no dia 28/05/2026. Correspondente a 01 (uma) remoção. Prontuário nº 8742. CI nº 863/2026.

DADOS DA DOTAÇÃO

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

Detalhamento da Fonte de Recursos

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

DADOS FINANCEIROS

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

ASSINATURAS


FABRICIA DANIELA FAGUNDES
SECRETÁRIO MUNICIPAL

Recebi a importância acima processada

Credor - Doc. nº :



Transferência entre contas diversas

Debitado

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

Creditado

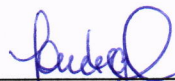
Nome FELIPE DE SOUZA ROGERIO
Agência 8229-5
Conta corrente 7149-8
Valor 102,40
Destinação 0
Data Nesta data

Assinada por	JJ172940 THIAGO INACIO D PAULA FURTADO	03/06/2026 11:27:17
	JE677115 JUVENAL CONSOLARO	03/06/2026 14:15:03

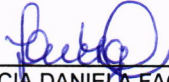
Transação efetuada com sucesso.

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: 929	Data do empenho....: 2/6/2026
Data....: 03/06/2026	
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:	
VALORES	
Valor do Empenho.....:	102,40
Valor da Nota de Liquidação	102,40
Valor a Liquidar.....:	0,00
Valor Líquido Liquidado	102,40
Diaria	
Nº Diária...: 486	
Data Doc.: 02/06/2026	Data Saída: 28/05/2026
Data Retorno: 28/05/2026	Qtd: 1
Destino...: COSTA RICA	Valor: 102,40
Objetivo...:	Valor que se empenha referente a despesa com traslado remoção de paciente para Costa Rica/MS, no dia 28/05/2026. Correspondente a 01 (uma) remoção. Prontuário nº 8742. CI nº 863/2026.
HISTÓRICO	
Valor que se empenha referente a despesa com traslado remoção de paciente para Costa Rica/MS, no dia 28/05/2026. Correspondente a 01 (uma) remoção. Prontuário nº 8742. CI nº 863/2026.	
DADOS DA DOTAÇÃO	
Cód. Reduzido: 51	
Órg. Unid.....: 06.002	UNIDADE BASICA DE SAUDE
Função.....: 10	Saúde
Sub-Função...: 122	Administração Geral
Programa.....: 0010	SAÚDE
Proj./Ativ.....: 2031	OPERAÇÃO E MANUTENÇÃO DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE
El. Despesa....: 3.3.90.14.00	Diárias - Civil
F. de Recursos.: 1500	Recursos não Vinculados de Impostos
Detalhamento da Fonte	
1500.1002000 - Identificação das despesas com ações e serviços públicos de saúde	102,40
ASSINATURAS	
 FABRÍCIA DANIELA FAGUNDES SECRETÁRIO MUNICIPAL	

Nota de Empenho

DADOS DO EMPENHO		
N.º Empenho...: 929	Tipo...: Ordinário	Data.: 2/6/2026
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		
102,40 (Cento e Dois Reais e Quarenta Centavos.)		
HISTÓRICO		
Valor que se empenha referente a despesa com traslado remoção de paciente para Costa Rica/MS, no dia 28/05/2026. Correspondente a 01 (uma) remoção. Prontuário nº 8742. CI nº 863/2026.		
DADOS DA DOTAÇÃO		
Cód Reduzido.: 51		
Órg. Unid.....: 06.002	UNIDADE BASICA DE SAUDE	
Função.....: 10	Saúde	
Sub-Função.....: 122	Administração Geral	
Programa.....: 0010	SAÚDE	
Proj./Ativ.....: 2031	OPERAÇÃO E MANUTENÇÃO DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE	
El. Despesa.....: 3.3.90.14.00	Diárias - Civil	
SubElemento....: 14	DIÁRIAS NO PAÍS	
F. de Recursos.: 1500	Recursos não Vinculados de Impostos	
DETALHAMENTO DA FONTE		
1500.1002000 - Identificação das despesas com ações e serviços públicos de saúde		102,40
VALORES DA DOTAÇÃO		
Saldo Anterior....: 107.650,14	Lanç. Empenho...: 102,40	Saldo Atual.....: 107.547,74
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 863/2026/SMS/PMF

Figueirão, Mato Grosso do Sul, 29 de maio, 2026.

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

CÓDIGO Nº 78376.
PROTOCOLO Nº 2799/2026.
RECEBI EM 02/06/2026.
ASS: Kryslame

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	Costa Rica/MS	Ambulância Placa RWI6B17	Remoção de paciente	28/05/2026	R\$ 102,40
Marcos Antonio Silva Ribeiro Cargo: Técnico de Enfermagem	01.291					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 E.S.L, prontuário 8742, para a Fundação Hospitalar de 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

#4506

DESTINO: COSTA RICA

MOTORISTA: FELIPE DE SOUZA ROGERIO

DATA DE SAÍDA: 28/05/26 12:10

OBSERVAÇÃO:

PLACA: RWI6B17

VEÍCULO: AMBULÂNCIA/ MASTER 02

DATA DE CHEGADA: _____

PACIENTES: 1

ACOMPANHANTES: 1

2

SEQ.	NOME DA PESSOA	IDADE	DOCUMENTO	TELEFONE	EMBARQUE
1	Elias Da Silva Lima	38	1732919MS	19987192246 (19) 9 8719-2246	12:10

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

DESTINO: Fundação Hospitalar - AV. JOSÉ FERREIRA DA COSTA, 2222
HORA: 12:10 PROC: Tomografia

ACOMPANHANTES: RG: null - MARCOS ANTONIO SILVA RIBEIRO (Técnico de Enfermagem) - DOCUMENTO: 03829158106
OBSERVAÇÕES: VENHO POR MEIO DESTE SOLICITAR O PAGAMENTO DA REMOÇÃO DOS SERVIDORES NA QUAL EFETUARAM O
ACESSÓRIOS: TRANSLADO DO PACIENTE PARA REALIZAR O EXAME DE TOMOGRAFIA. PRONTUÁRIO 8742.



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 E.S.L, prontuário 8742, para a Fundação Hospitalar de Costa Rica/MS. Segue em anexo Listagem de Viagem.Veículo: Ambulância Placa RWI6B17.

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:	28/05/2026	Final da Permanência:	28/05/2026
------------------------	------------	-----------------------	------------

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:	29/05/2026	Assinatura do Requerente: Felipe de Souza Rogério - Matrícula n. 01.266
-------	------------	---

Aprovação

Data:	29/05/2026	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:	Felipe de Souza Rogério	Matrícula:	1.266	Cargo:	Motorista
Local de Origem:	Figueirópolis - MS	Local de Destino:	Costa Rica - MS		
Início da Permanência:	28/05/2026	Final da Permanência:	28/05/2026		

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

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

Relatório da Viagem: *Remoção*

*

Figueirópolis-MS, de de

[Assinatura]
Assinatura do Requerente

ORDEM DE PAGAMENTO Orçamentária

DADOS DA OP

Tipo: Pagamento de Empenho Data.....: 03/06/2026
Nº do Empenho: 956 Data do empenho.....: 03/06/2026

DADOS DO CREDOR

Nome....: 2663 - Fabricia Daniela Fagundes C.N.P./J/C.P.F.: 392.264.018-45
Endereço: Rua Independencia,280 Cidade: Figueirão UF MS
Banco.....: Agência: Conta:
Telefone.: Fax.....:

VALORES

Valor do Empenho.....: 227,50
Valor da Nota de Pagamento referente a parcela nº 1: 227,50
Valor pago do Empenho (inclui o valor desta nota).....: 227,50
Saldo a pagar do Empenho: 0,00
Líquido a Pagar: 227,50

HISTÓRICO

Valor que se empenha referente a despesa com traslado para Campo Grande/MS para resolver assuntos da Secretaria de Saúde de Figueirão/MS, no dia 03/06/2026. Correspondente a 01 (uma) diária sem pernoite. CI nº 868/2026.

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 227,50

DADOS FINANCEIROS

248 - Ag. 82295- C/C. 10.202-4-PREF. MUNIC DE FIGUEIRÃO - FMS C/C 10.202- DEBITO EM CONTA 0 227,50

ASSINATURAS

FABRICIA DANIELA FAGUNDES
SECRETÁRIO MUNICIPAL

Recebi a importância acima processada

Credor - Doc. nº :



Aplicação em poupança

Debitado

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

Creditado

Nome	FABRICIA DANIELA FAGUNDES
Agência	4018-5
Conta corrente	510022366-5
Variação	51
Valor	227,50
Destinação	0
Data	Nesta data

Assinada por	JJ172940 THIAGO INACIO D PAULA FURTADO	03/06/2026 13:51:58
	JE677115 JUVENAL CONSOLARO	03/06/2026 14:00:54

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: 956	Data do empenho....: 3/6/2026
DADOS DO CREDOR	
Nome....: 2663 - Fabricia Daniela Fagundes	C.N.P.J/C.P.F:392.264.018-45
Endereço: Rua Independencia,280	Cidade: Figueirão UF: MS
Telefone...:	FAX....:
Banco.....: Agência: Conta:	
VALORES	
Valor do Empenho.....:	227,50
Valor da Nota de Liquidação	227,50
Valor a Liquidar.....:	0,00
Valor Líquido Liquidado	227,50
Diaria	
Nº Diária....: 495	
Data Doc.: 03/06/2026	Data Saída: 03/06/2026
Data Retorno: 03/06/2026	Qtd: 1
Destino....: CAMPO GRANDE	Valor: 227,50
Objetivo...: Valor que se empenha referente a despesa com traslado para Campo Grande/MS para resolver assuntos da Secretaria de Saúde de Figueirão/MS, no dia 03/06/2026. Correspondente a 01 (uma) diária sem pernoite. CI nº 868/2026.	
HISTÓRICO	
Valor que se empenha referente a despesa com traslado para Campo Grande/MS para resolver assuntos da Secretaria de Saúde de Figueirão/MS, no dia 03/06/2026. Correspondente a 01 (uma) diária sem pernoite. CI nº 868/2026.	
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	227,50
ASSINATURAS	
 FABRICIA DANIELA FAGUNDES SECRETÁRIO MUNICIPAL	

Nota de Empenho

DADOS DO EMPENHO		
N.º Empenho.: 956	Tipo.: Ordinário	Data.: 3/6/2026
DADOS DO CREDOR		
Nome.....: 2663 - Fabricia Daniela Fagundes	C.N.P.J/C.P.F....: 392.264.018-45	
Endereço....: Rua Independencia,280	Cidade: Figueirão	UF. MS
Telefone.....:	FAX.....:	
Banco.....:	Agência:	Conta:
Gênero Despesa....: DIARIAS		
VALOR		
227,50 (Duzentos e Vinte e Sete Reais e Cinquenta Centavos.)		
HISTÓRICO		
Valor que se empenha referente a despesa com traslado para Campo Grande/MS para resolver assuntos da Secretaria de Saúde de Figueirão/MS, no dia 03/06/2026. Correspondente a 01 (uma) diária sem pernoite. CI nº 868/2026.		
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		227,50
VALORES DA DOTAÇÃO		
Saldo Anterior....: 105.294,94	Lanç. Empenho.: 227,50	Saldo Atual.....: 105.067,44
ASSINATURA		ORDENADOR DA DESPESA
 LORENZO MENDES MIRANDA CONTADOR		 FABRICIA DANIELA FAGUNDES SECRETÁRIO MUNICIPAL



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:	Fabricia Daniela Fagundes	CPF:	392.264.018-45
		Cargo:	Sec. Saúde
Dados Bancários:	Banco:	Agência:	22366-2
	Brasil	4018-5	

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: A Secretária de Saúde faz jus a diária pois deslocou-se até Campo Grande/MS para resolver assuntos concernentes à Secretaria Municipal de Saúde de Figueirópolis.	

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:	03/06/2026	Final da Permanência:	03/06/2026

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	R\$ 227,50

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

Data:	01/06/2026
Assinatura do Requerente: Fabricia Daniela Fagundes - Matrícula n. 02.396	

Aprovação

Data:	01/06/2026
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

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

Comunicação Interna nº 868/2026

Figueirão/MS, 01 de junho de 2026.

À Secretaria de Planejamento, Administração e Finanças.
Ao Setor de Contabilidade.

Assunto: Solicitação de Diária

CODIGO Nº 78395.
PROTOCOLO Nº 28181/2026.
RECEBI EM 02/06/2026.
ASS: Kryslaine

Solicito o pagamento de diária à servidora pública Fabrícia Daniela Fagundes, 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 II - RELATÓRIO DE VIAGEM

Identificação do Requerente:

☐ Prefeito ☐ Vice-prefeito ☒ Secretários Municipais, Procurador Jurídico e Chefe de Gabinete. ☐ Demais Servidores

Nome Completo:	Fabricia Daniela Fagundes	Matrícula:	2.396	Cargo:	Sec. Saúde
Local de Origem:	Figueirópolis/MS	Local de Destino:	Campo Grande/MS		
Início da Permanência:	03/06/2026	Final da Permanência:	03/06/2026		

Identificação do Valor do Quilômetro Rodado (Veículo Próprio):

Quantidade:		Valor Unitário:		Valor total:	
-------------	--	-----------------	--	--------------	--

Identificação do Valor da Diária:

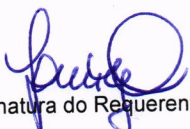
Com Pernoite:		Valor Unitário:		Valor total:	
Sem Pernoite:	1	Valor Unitário:	R\$ 227,50		R\$ 227,50

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:

* Encontro estadual de Secretários.

Figueirópolis-MS, 23 de junho de 2026


Assinatura do Requerente