

ORDEM DE PAGAMENTO Orçamentária

DADOS DA OP

Tipo: Pagamento de Empenho Data....: 12/06/2026
Nº do Empenho: 700 Data do empenho....: 24/04/2026

DADOS DO CREDOR

Nome....: 3365 - Rodolfo Aparecido de Moraes Rodovalho C.N.P./J/C.P.F.: 032.751.971-18
Endereço: Rua CLAUDIO JOSÉ DE LIMA,1167 Cidade: Figueirão UF MS
Banco.....: Agência: Conta:
Telefone.: Fax.....:

VALORES

Valor do Empenho.....: 28.160,00
Valor da Nota de Pagamento referente a parcela nº 2: 3.520,00
Valor pago do Empenho (inclui o valor desta nota).....: 7.040,00
Saldo a pagar do Empenho: 21.120,00
Líquido a Pagar: 3.520,00

HISTÓRICO

Valor que se empenha referente a despesa com pagamento de auxílio financeiro à título de ajuda de custo aos médicos vinculados ao programa mais médicos pelo Brasil. CI nº 662/2026/SMS/PMF.

DADOS DA DOTAÇÃO

Cód. Reduzido: 177
Órg. Unid.....: 06.002 UNIDADE BASICA DE SAUDE
Função.....: 10 Saúde
Sub-Função.....: 301 Atenção Básica
Programa.....: 0010 SAÚDE
Proj./Ativ.....: 2032 MANUTENÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE
El. Despesa.....: 3.3.90.48.00 Outros Auxílios Financeiros A Pessoas Físicas
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 3.520,00

DADOS FINANCEIROS

248 - Ag. 82295- C/C. 10.202-4-PREF. MUNIC DE FIGUEIRÃO - FMS C/C 10.202- DEBITO EM CONTA 0 3.520,00

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

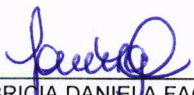
Nome RODOLFO A M RODOVALHO
Agência 1518-0
Conta corrente 68972-6
Valor 3.520,00
Destinação 0
Data Nesta data

Assinada por	JJ172940 THIAGO INACIO D PAULA FURTADO	12/06/2026 11:32:08
	JE677115 JUVENAL CONSOLARO	15/06/2026 07:43:16

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JE677115 JUVENAL CONSOLARO.

Nota de Liquidação
Liquidação de Empenho

DADOS DA LIQUIDAÇÃO		
Nº da Liquidação:	2	Tipo: Liquidação de Empenho
Nº do Empenho:	700	Data do empenho.....: 24/4/2026
Data.....: 12/06/2026		
DADOS DO CREDOR		
Nome....:	3365 - Rodolfo Aparecido de Moraes Rodovalho	C.N.P./J/C.P.F.:032.751.971-18
Endereço:	Rua CLAUDIO JOSÉ DE LIMA,1167	Cidade: Figueirão UF: MS
Telefone...:		FAX.....:
Banco.....:	Agência:	Conta:
VALORES		
Valor do Empenho.....:		28.160,00
Valor da Nota de Liquidação		3.520,00
Valor a Liquidar.....:		21.120,00
Valor Líquido Liquidado		3.520,00
HISTÓRICO		
Valor que se empenha referente a despesa com pagamento de auxílio financeiro à título de ajuda de custo aos médicos vinculados ao programa mais médicos pelo Brasil. CI nº 662/2026/SMS/PMF.		
DADOS DA DOTAÇÃO		
Cód. Reduzido:	177	
Órg. Unid.....:	06.002	UNIDADE BASICA DE SAUDE
Função.....:	10	Saúde
Sub-Função...:	301	Atenção Básica
Programa.....:	0010	SAÚDE
Proj./Ativ.....:	2032	MANUTENÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE
El. Despesa.....:	3.3.90.48.00	Outros Auxílios Financeiros A Pessoas Físicas
F. de Recursos.:	1500	Recursos não Vinculados de Impostos
Detalhamento da Fonte		
1500.1002000 - Identificação das despesas com ações e serviços públicos de saúde		3.520,00
ASSINATURAS		
 FABRICIA DANIELA FAGUNDES SECRETÁRIO MUNICIPAL		



**MUNICÍPIO
DE FIGUEIRÃO**
MATO GROSSO DO SUL

Secretaria Municipal de Saúde.
Avenida Moisés de Araújo Galvão, 1109.
Figueirão/MS - CEP: 79.428-000
Telefone: (67) 3274-1209

Recibo de Auxílio Moradia e Alimentação

R\$ 3.520,00 (três mil, quinhentos e vinte reais)

Início das atividades: 10/07/2025

Período: 10/07/2025 a 10/07/2029

Recebi do Fundo Municipal de Figueirão/Município de Figueirão a importância de **R\$ 3.520,00** (três mil, quinhentos e vinte reais) decorrentes do pagamento do Auxílio Moradia e Auxílio Alimentação, aprovado através da Lei n. 457, de 22 de abril de 2021 relativo a competência **06/2026** previsto nos incisos III e IV do art. 11 da Portaria Interministerial nº 1.369/2013 e suas alterações bem como no Termo de Adesão e Compromisso do Projeto Mais Médico para o Brasil, a garantia de auxílio-moradia e auxílio-alimentação aos médicos participante do projeto.

Figueirão -MS, 03 de Junho de 2026.

RODOLFO APARECIDO DE MORAES RODOVALHO

RG: 001665331

CPF: 032.751.971-18

Pis/Pasep/Nit: 20462005598

CRM: 5005770/MS



**MUNICÍPIO
DE FIGUEIRÃO**
MATO GROSSO DO SUL

Secretaria Municipal de Saúde.
Avenida Moisés de Araújo Galvão, 1109.
Figueirópolis/MS – CEP: 79.428-000
Telefone: (67) 3274-1209

Comunicação Interna nº 888/2026/SMS/PMF

Figueirópolis-MS, 03 de junho de 2026.

À

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

CODIGO Nº 78443
PROTOCOLO Nº 28661/2026
RECEBI EM 08/06/2026
ASS: Kryslaine

Assunto: Pagamento de Recurso Pecuniário – Auxílio Moradia e Alimentação ao Médico participante do Programa Mais Médicos para o Brasil - que menciona:

1. Solicito que seja efetuado o pagamento referente auxílio moradia e alimentação, de que trata a Lei Municipal n. 457, de 22 de abril de 2021, ao médico participante do Programa Mais Médico para o Brasil referente ao mês de **junho/2026**, abaixo:

Competência: 06/2026

Início das atividades: 10/07/2025

Validade da adesão: 48 meses

Período: 10/07/2025 a 10/07/2029

Nome do Médico: Rodolfo Aparecido de Moraes Rodvalho - **CPF:** 032.751.971-18

Pis/Pasep/Nit: 20462005598

Dados Bancários: agencia: 1518-0 - Conta Corrente: 68972-6 - Banco do Brasil

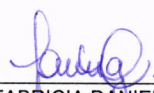
Valor: R\$ 3.520,00 (Três mil, quinhentos e vinte reais)

2. A garantia do auxílio moradia e alimentação compõe o rol de responsabilidade atribuída ao Município preconizadas na Cláusula Terceira, item 3.2, alíneas a e b, Termo de Renovação da Adesão e Compromisso, bem como a Portaria Interministerial nº 1369/MS/MEC, de 08 de julho de 2013 e suas alterações.

Atenciosamente,

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

Nota de Empenho

DADOS DO EMPENHO		
N.º Empenho...: 700	Tipo...: Global	Data.: 24/4/2026
DADOS DO CREDOR		
Nome.....: 3365 - Rodolfo Aparecido de Moraes Rodovalho	C.N.P.J/C.P.F....: 032.751.971-18	
Endereço.....: Rua CLAUDIO JOSÉ DE LIMA,1167	Cidade: Figueirão	UF. MS
Telefone.....:	FAX.....:	
Banco.....:	Agência:	Conta:
Gênero Despesa...: AUXÍLIO FINANCEIRO		
VALOR		
28.160,00 (Vinte e Oito Mil, Cento e Sessenta Reais.)		
HISTÓRICO		
Valor que se empenha referente a despesa com pagamento de auxílio financeiro à título de ajuda de custo aos médicos vinculados ao programa mais médicos pelo Brasil. CI nº 662/2026/SMS/PMF.		
DADOS DA DOTAÇÃO		
Cód Reduzido.: 177		
Órg. Unid.....: 06.002	UNIDADE BASICA DE SAUDE	
Função.....: 10	Saúde	
Sub-Função.....: 301	Atenção Básica	
Programa.....: 0010	SAÚDE	
Proj./Ativ.....: 2032	MANUTENÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE	
El. Despesa.....: 3.3.90.48.00	Outros Auxílios Financeiros A Pessoas Físicas	
SubElemento...: 99	DEMAIS AUXÍLIOS FINANCEIROS A PESSOAS FÍSICAS	
F. de Recursos.: 1500	Recursos não Vinculados de Impostos	
DETALHAMENTO DA FONTE		
1500.1002000 - Identificação das despesas com ações e serviços públicos de saúde		28.160,00
VALORES DA DOTAÇÃO		
Saldo Anterior.....: 28.160,00	Lanç. Empenho...: 28.160,00	Saldo Atual.....: 0,00
ASSINATURA		
 LORENZO MENDES MIRANDA CONTADOR		 FABRICIA DANIELA FAGUNDES SECRETÁRIO MUNICIPAL

ORDEM DE PAGAMENTO Orçamentária			
DADOS DA OP			
Tipo: Pagamento de Empenho		Data....: 12/06/2026	
Nº do Empenho: 699		Data do empenho....: 24/04/2026	
DADOS DO CREDOR			
Nome....: 3372 - HELLYERM PEREIRA COSTA		C.N.P.J/C.P.F.: 709.931.571-49	
Endereço: Avenida NELSON TRAD,61		Cidade: Figueirão UF MS	
Banco.....:		Agência: Conta:	
Telefone..:		Fax.....:	
VALORES			
Valor do Empenho.....:		28.160,00	
Valor da Nota de Pagamento referente a parcela nº 2		3.520,00	
Valor pago do Empenho (inclui o valor desta nota).....:		7.040,00	
Saldo a pagar do Empenho		21.120,00	
Líquido a Pagar		3.520,00	
HISTÓRICO			
Valor que se empenha referente a despesa com pagamento de auxilio financeiro à título de ajuda de custo aos médicos vinculados ao programa mais médicos pelo Brasil. CI nº 661/2026/SMS/PMF.			
DADOS DA DOTAÇÃO			
Cód. Reduzido: 177			
Órg. Unid.....: 06.002		UNIDADE BASICA DE SAUDE	
Função.....: 10		Saúde	
Sub-Função.....: 301		Atenção Básica	
Programa.....: 0010		SAÚDE	
Proj./Ativ.....: 2032		MANUTENÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE	
El. Despesa.....: 3.3.90.48.00		Outros Auxílios Financeiros A Pessoas Físicas	
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		3.520,00	
DADOS FINANCEIROS			
248 - Ag. 82295- C/C. 10.202-4-PREF. MUNIC DE FIGUEIRÃO - FMS C/C 10.202-		DEBITO EM CONTA 0 3.520,00	
ASSINATURAS			
 FABRICIA DANIELA RAGUNDES 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 HELLYERM PEREIRA COSTA
Agência 512-6
Conta corrente 17499-8
Valor 3.520,00
Destinação 0
Data Nesta data

Assinada por	JJ172940 THIAGO INACIO D PAULA FURTADO	12/06/2026 11:32:30
	JE677115 JUVENAL CONSOLARO	15/06/2026 07:43:02

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JE677115 JUVENAL CONSOLARO.

Nota de Liquidação
Liquidação de Empenho

DADOS DA LIQUIDAÇÃO		
Nº da Liquidação:	3	Tipo: Liquidação de Empenho
Nº do Empenho:	699	Data do empenho.....: 24/4/2026
Data.....: 12/06/2026		
DADOS DO CREDOR		
Nome....:	3372 - HELLYERM PEREIRA COSTA	C.N.P./C.P.F.:709.931.571-49
Endereço:	Avenida NELSON TRAD,61	Cidade: Figueirão UF: MS
Telefone...:		FAX.....:
Banco.....:	Agência:	Conta:
VALORES		
Valor do Empenho.....:		28.160,00
Valor da Nota de Liquidação		3.520,00
Valor a Liquidar.....:		21.120,00
Valor Líquido Liquidado		3.520,00
HISTÓRICO		
Valor que se empenha referente a despesa com pagamento de auxílio financeiro à título de ajuda de custo aos médicos vinculados ao programa mais médicos pelo Brasil. CI nº 661/2026/SMS/PMF.		
DADOS DA DOTAÇÃO		
Cód. Reduzido:	177	
Órg. Unid.....:	06.002	UNIDADE BASICA DE SAUDE
Função.....:	10	Saúde
Sub-Função....:	301	Atenção Básica
Programa.....:	0010	SAÚDE
Proj./Ativ.....:	2032	MANUTENÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE
El. Despesa.....:	3.3.90.48.00	Outros Auxílios Financeiros A Pessoas Físicas
F. de Recursos..:	1500	Recursos não Vinculados de Impostos
Detalhamento da Fonte		
1500.1002000 - Identificação das despesas com ações e serviços públicos de saúde		3.520,00
ASSINATURAS		
 FABRICIA DANIELA FAGUNDES SECRETÁRIO MUNICIPAL		



**MUNICÍPIO
DE FIGUEIRÓPOLIS**
MATO GROSSO DO SUL

Secretaria Municipal de Saúde.
Avenida Moisés de Araújo Galvão, 1109.
Figueirópolis/MS - CEP: 79.428-000
Telefone: (67) 3274-1209

CODIGO Nº 78440.
PROTOCOLO Nº 2863/2026.
RECEBI EM 08/06/2026.
ASS: Kryslaine

Comunicação Interna nº 887/2026/SMS/PMF

Figueirópolis-MS, 03 de junho de 2026.

À

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

Assunto: Pagamento de Recurso Pecuniário – Auxílio Moradia e Alimentação ao Médico participante do Programa Mais Médicos para o Brasil - que menciona:

1. Solicito que seja efetuado o pagamento referente auxílio moradia e alimentação, de que trata a Lei Municipal n. 457, de 22 de abril de 2021, ao médico participante do Programa Mais Médico para o Brasil referente ao mês de **junho/2026**, abaixo:

Competência: 06/2026

Início das atividades: 14/10/2025

Validade da adesão: 48 meses

Período: 14/10/2025 a 14/10/2029

Nome do Médico: Hellyerm Pereira Costa - **CPF:** 709.931.571-49

Pis/Pasep/Nit: 190.39321.66-6

Dados Bancários: agencia: 0512-6 - Conta Corrente: 17499-8 - Banco do Brasil

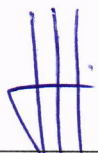
Valor: R\$ 3.520,00 (Três mil, quinhentos e vinte reais)

2. A garantia do auxílio moradia e alimentação compõe o rol de responsabilidade atribuída ao Município preconizadas na Cláusula Terceira, item 3.2, alíneas a e b, Termo de Renovação da Adesão e Compromisso, bem como a Portaria Interministerial nº 1369/MS/MEC, de 08 de julho de 2013 e suas alterações.

Atenciosamente,

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

Nota de Empenho

DADOS DO EMPENHO		
N.º Empenho...: 699	Tipo...: Global	Data.: 24/4/2026
DADOS DO CREDOR		
Nome.....: 3372 - HELLYERM PEREIRA COSTA	C.N.P.J/C.P.F...: 709.931.571-49	
Endereço....: Avenida NELSON TRAD,61	Cidade: Figueirão	UF. MS
Telefone.....:	FAX....:	
Banco.....:	Agência:	Conta:
Gênero Despesa...: AUXÍLIO FINANCEIRO		
VALOR		
28.160,00 (Vinte e Oito Mil, Cento e Sessenta Reais.)		
HISTÓRICO		
Valor que se empenha referente a despesa com pagamento de auxílio financeiro à título de ajuda de custo aos médicos vinculados ao programa mais médicos pelo Brasil. CI nº 661/2026/SMS/PMF.		
DADOS DA DOTAÇÃO		
Cód Reduzido.: 177		
Órg. Unid.....: 06.002	UNIDADE BASICA DE SAUDE	
Função.....: 10	Saúde	
Sub-Função.....: 301	Atenção Básica	
Programa.....: 0010	SAÚDE	
Proj./Ativ.....: 2032	MANUTENÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE	
El. Despesa.....: 3.3.90.48.00	Outros Auxílios Financeiros A Pessoas Físicas	
SubElemento....: 99	DEMAIS AUXÍLIOS FINANCEIROS A PESSOAS FÍSICAS	
F. de Recursos.: 1500	Recursos não Vinculados de Impostos	
DETALHAMENTO DA FONTE		
1500.1002000 - Identificação das despesas com ações e serviços públicos de saúde		28.160,00
VALORES DA DOTAÇÃO		
Saldo Anterior.....: 56.320,00	Lanç. Empenho...: 28.160,00	Saldo Atual.....: 28.160,00
ASSINATURA		
 LORENZO HENDGES MIRANDA CONTADOR		ORDENADOR DA DESPESA  FABRICIA DANIELA FAGUNDES SECRETÁRIO MUNICIPAL



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

Secretaria Municipal de Saúde.
Avenida Moisés de Araújo Galvão, 1109.
Figueirópolis/MS – CEP: 79.428-000
Telefone: (67) 3274-1209

Recibo de Auxílio Moradia e Alimentação

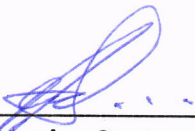
R\$ 3.520,00 (três mil, quinhentos e vinte reais)

Início das atividades: 14/10/2025

Período: 14/10/2025 a 14/10/2029

Recebi do Fundo Municipal de Figueirópolis/Município de Figueirópolis a importância de **R\$ 3.520,00** (três mil, quinhentos e vinte reais) decorrentes do pagamento do Auxílio Moradia e Auxílio Alimentação, aprovado através da Lei n. 457, de 22 de abril de 2021 relativo a competência **06/2026** previsto nos incisos III e IV do art. 11 da Portaria Interministerial nº 1.369/2013 e suas alterações bem como no Termo de Adesão e Compromisso do Projeto Mais Médico para o Brasil, a garantia de auxílio-moradia e auxílio-alimentação aos médicos participante do projeto.

Figueirópolis -MS, 08 de Junho de 2026.



Hellyerm Pereira Costa

RG: 08911878 SSP/MT

CPF: 709.931.571-49

Pis/Pasep/Nit: 190.39321.66-6

RMS: 5005748/MS

ORDEM DE PAGAMENTO Orçamentária			
DADOS DA OP			
Tipo: Pagamento de Empenho		Data....: 12/06/2026	
Nº do Empenho: 1000		Data do empenho....: 10/06/2026	
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.....:		358,40	
Valor da Nota de Pagamento referente a parcela nº 1		358,40	
Valor pago do Empenho (inclui o valor desta nota).....:		358,40	
Saldo a pagar do Empenho		0,00	
Líquido a Pagar		358,40	
HISTÓRICO			
Valor que se empenha referente a despesa com traslado remoção de pacientes para Campo Grande/MS e Costa Rica/MS, nos dias 03 e 06/06/2026. Correspondente a 02 (duas) remoções. Prontuários nº 362 e 2286. CIs nº 904 e 915/2026.			
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		358,40	
DADOS FINANCEIROS			
248 - Ag. 82295- C/C. 10.202-4-PREF. MUNIC DE FIGUEIRÃO - FMS C/C 10.202-		DEBITO EM CONTA 0 358,40	
ASSINATURAS			
 FABRICIA DANIELA FAGUNDES SECRETÁRIO MUNICIPAL			
Recebi a importância acima processada			
Credor - Doc. nº :			



Emissão de comprovantes

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
12/06/2026 - AUTOATENDIMENTO - 09.25.08
8229508229 0001

Comprovante Pix

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

SOBRE A TRANSACAO

ID: E000000020260612120448570817186
CNPJ DO PAGADOR: 7.158.578/0001-10
VALOR: R\$358,40
TARIFA: R\$3,54
DATA: 12/06/2026 - 09:20:32

PAGO PARA: Falsio P Custodio
CPF: ***.689.461-**
CHAVE PIX: 35668946134
INSTITUICAO: 60746948 BCO BRADESCO S.A.
AGENCIA: 0788 - CONTA: 0000000000005200296
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: 12/06/2026 - 09:20:33
DOCUMENTO: 061203
AUTENTICACAO SISBB: 3.78C.D07.992.50C.745

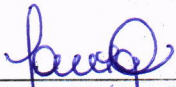
Central de Atendimento BB
4004 0001
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

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

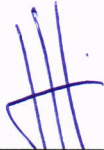
Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais
habituais agencia, SAC e Demais canais de
atendimento.

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

Nota de Liquidação
Liquidação de Empenho

DADOS DA LIQUIDAÇÃO	
Nº da Liquidação: 1	Tipo: Liquidação de Empenho
Nº do Empenho: 1000	Data.....: 12/06/2026
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.....:	358,40
Valor da Nota de Liquidação	358,40
Valor a Liquidar.....:	0,00
Valor Líquido Liquidado	358,40
Diaria	
Nº Diária...: 522	
Data Doc.: 10/06/2026	Data Saída: 03/06/2026
Data Retorno: 06/06/2026	Qtd: 2
Destino...: CAMPO GRANDE	Valor: 358,40
Objetivo...: Valor que se empenha referente a despesa com traslado remoção de pacientes para Campo Grande/MS e Costa Rica/MS, nos dias 03 e 06/06/2026. Correspondente a 02 (duas) remoções. Prontuários nº 362 e 2286. Cls nº 904 e 915/2026.	
HISTÓRICO	
Valor que se empenha referente a despesa com traslado remoção de pacientes para Campo Grande/MS e Costa Rica/MS, nos dias 03 e 06/06/2026. Correspondente a 02 (duas) remoções. Prontuários nº 362 e 2286. Cls nº 904 e 915/2026.	
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	358,40
ASSINATURAS	
 FABRICIA DANIELA FAGUNDES SECRETÁRIO MUNICIPAL	

Nota de Empenho

DADOS DO EMPENHO		
N.º Empenho.: 1000	Tipo.: Ordinário	Data.: 10/6/2026
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		
358,40 (Trezentos e Cinquenta e Oito Reais e Quarenta Centavos.)		
HISTÓRICO		
Valor que se empenha referente a despesa com traslado remoção de pacientes para Campo Grande/MS e Costa Rica/MS, nos dias 03 e 06/06/2026. Correspondente a 02 (duas) remoções. Prontuários nº 362 e 2286. CIs nº 904 e 915/2026.		
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		358,40
VALORES DA DOTAÇÃO		
Saldo Anterior....: 97.892,44	Lanç. Empenho...: 358,40	Saldo Atual.....: 97.534,04
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 904/2026/SMS/PMF

Figueirão, Mato Grosso do Sul, 08 de junho de 2026

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

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

CÓDIGO Nº 78529
PROTOCOLO Nº 2.952/2026
RECEBI EM 11/06/2026
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 da Silva Cargo: Motorista	01.086	Campo Grande/MS	UTI Placa OOU9J76	Remoção de paciente	03/06/2026	R\$ 256,00
Marcos Antonio Silva Ribeiro Cargo: Técnico de Enfermagem	01.291					R\$ 256,00
TOTAL						R\$ 512,00

2. Os servidores deslocaram-se a serviço conduzindo o veículo e prestando assistência durante a remoção do paciente C.A.C, prontuário 362, para o Hospital Universitário de Campo Grande/MS. Segue em anexo Listagem de Viagem.

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

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

Atenciosamente,

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



LISTAGEM DE VIAGEM

#4539

DESTINO: CAMPO GRANDE

MOTORISTA: FALSIO PIMENTA CUSTODIO

DATA DE SAÍDA: 03/06/26 09:00

OBSERVAÇÃO:

PLACA: OOU9J76

VEÍCULO: UTI MÓVEL

DATA DE CHEGADA: _____

PACIENTES: 1

ACOMPANHANTES: 1

2

SEQ.	NOME DA PESSOA	IDADE	DOCUMENTO	TELEFONE	EMBARQUE
1	Cacildo Alves Da Costa	67	892145 SSP/MS	67984427722 (67) 9 8442-7722	09:00

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

DESTINO: Hosp. Universitário Maria Aparecida Pedrossian - AV. SEN. FILINTO MÜLLER, 355
HORA: 09:00 PROC: Retorno Médico

ACOMPANHANTES: RG: null - MARCOS ANTONIO SILVA RIBEIRO (Técnico de Enfermagem) - DOCUMENTO: 03829158106
OBSERVAÇÕES: VENHO POR MEIO DESTA SOLICITAR O PAGAMENTO DA REMOÇÃO DOS SERVIDORES NA QUAL EFETUARAM O
ACESSÓRIOS: TRANSLADO DO PACIENTE PARA RETORNO MÉDICO. PRONTUÁRIO 362.



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 o veículo durante a remoção do paciente C.A.C, prontuário 362, para o Hospital Universitário de Campo Grande/MS. Segue em anexo Listagem de Viagem. Veículo: UTI Placa OOU9J76.

Meio de Transporte:	☒ Veículo Oficial	☐ Veículo Próprio	☐ Transporte Rodoviário
	☐ Transporte Aéreo		
Local de Origem:	FIGUEIRÃO/MS	Local de Destino:	CAMPO GRANDE/MS
Início da Permanência:	03/06/2026	Final da Permanência:	03/06/2026
Identificação do Valor da Remoção:			
Quantidade:	5	Valor UFFIG:	R\$ 51,20
		Valor total:	R\$ 256,00

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

Data: 08/06/2026	 Assinatura do Requerente: Falsio Pimenta Custódio - matrícula n. 01.086
------------------	--

Aprovação

Data: 08/06/2026	 Fabricia Daniela Fagundes- Secretário 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:	Campo Grande		
Início da Permanência:	03/06/2026	Final da Permanência:	03/06/2026		

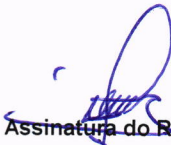
Identificação do Valor da Remoção:					
Quantidade:	5	Valor UFFIG:	R\$ 51,20	Valor total:	R\$ 256,00

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

Relatório da Viagem:

* REMOÇÃO COM PACIENTE NO HU PARA FAZER REFORMA. VIAGEM CONCLUÍDA.

Figueirópolis-MS, 02 de JULHO de 2026


Assinatura do Requerente



**MUNICÍPIO
DE FIGUEIRÃO**
MATO GROSSO DO SUL

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

Comunicação Interna nº 915/2026/SMS/PMF

Figueirão, Mato Grosso do Sul, 08 de junho, 2026.

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

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

DEBIGO Nº 78532.
PROTOCOLO Nº 2955/2026.
RECEBI EM 11/06/2026.
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 OOU976	Remoção de paciente	06/06/2026	R\$ 102,40
Lavinia Rosa Maria Pestana Cabral Cargo: Enfermeira	04.275					R\$ 102,40
Thiago Martins Cargo: Técnico de Enfermagem	01.108					R\$ 102,40
TOTAL						R\$ 307,20

2. Os servidores deslocaram-se a serviço conduzindo veículo e prestando assistência durante a remoção Inter hospitalar da paciente S.A.L.R, prontuário 2286, 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

#4542

DESTINO: COSTA RICA

MOTORISTA: FALSIO PIMENTA CUSTODIO

DATA DE SAÍDA: 06/06/26 05:14

OBSERVAÇÃO:

PLACA: OOU9J76

VEÍCULO: UTI MÓVEL

DATA DE CHEGADA:

PACIENTES: 1

ACOMPANHANTES: 2

3

SEQ.	NOME DA PESSOA	IDADE	DOCUMENTO	TELEFONE	EMBARQUE
1	Savia Aparecida Lemes Rodrigues	25	2627860.MS.EXP:	67984822624	05:14
				(67) 9 8482-2624	

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

DESTINO: Fundação Hospitalar - AV. JOSÉ FERREIRA DA COSTA, 2222
HORA: 05:14 PROC: Vaga Zero

ACOMPANHANTES: RG: null - LAVINIA ROSA MARIA PESTANA CABRAL (ENFERE MEIRA) - DOCUMENTO: 06415721151
RG: RG:380312153SPEXP.27/1/03 - THIAGO MARTINS (Técnica de Enfermagem) - DOCUMENTO:
RG:380312153SPEXP.27/1/03
OBSERVAÇÕES: VENHO POR MEIO DESTE SOLICITAR O PAGAMENTO DA REMOÇÃO DOS SERVIDORES NA QUAL EFETUARAM O
TRANSLADO DA PACIENTE PARA FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE COSTA RICA/MS (VAGA ZERO DR CAROLINE).
ACESSÓRIOS: PRONTUÁRIO 2286.



MUNICÍPIO
DE FIGUEIRÃO
MATO GROSSO DO SUL

ANEXO I - FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE CONCESSÃO DE REMOÇÃO

Identificação do Requerente:

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

Nome Completo:	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 S.A.L.R, prontuário 2286, para a Fundação Hospitalar de Costa Rica/MS. Segue em anexo Listagem de Viagem. Veículo: Ambulância Placa OOUoJ76.

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

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:	08/06/2026	Assinatura do Requerente: Falsio Pimenta Custódio - matrícula n. 01.086
-------	------------	---

Aprovação

Data:	08/06/2026	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:	Figueirópolis - MS		Local de Destino:	Costa Rica - MS	
Início da Permanência:	06/06/2026		Final da Permanência:	06/06/2026	

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 NA FUNDAÇÃO PARA REALIZAR EXAMES.

Figueirópolis-MS, 02 de JULHO de 2026

Assinatura do Requerente