

ORDEN DE PAGAMENTO Orçamentária

DADOS DA OP

Tipo: Pagamento de Empenho Data....: 18/06/2026
Nº do Empenho: 372 Data do empenho....: 18/03/2026

DADOS DO CREDOR

Nome....: 2781 - ASSOCIAÇÃO DE PAIS AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS DE CAMPO GRANDE C.N.P.J/C.P.F.: 03.025.707/0002-21
Endereço: Rua Estevão Capriata, Cidade: Campo Grande UF MS
Banco.....: Agência: Conta:
Telefone.: Fax.....:

VALORES

Valor do Empenho.....: 120.000,00
Valor da Nota de Pagamento referente a parcela nº 4: 11.671,83
Valor pago do Empenho (inclui o valor desta nota).....: 64.374,68
Saldo a pagar do Empenho: 55.625,32
Líquido a Pagar: 11.671,83

HISTÓRICO

Valor que se empenha referente a despesa com termo de Convênio visando ao repasse financeiro para custear a realização de exames laboratoriais e de diagnóstico no Instituto de Pesquisa, Ensino e Diagnósticos da APAE de Campo Grande/MS, destinados a atender pacientes encaminhados pelo Município de Figueirão/MS, conforme Lei Municipal n. 647, de 06 de março de 2026

DADOS DA DOTAÇÃO

Cód. Reduzido: 285
Órg. Unid.....: 06.001 HOSPITAL MUNICIPAL
Função.....: 10 Saúde
Sub-Função.....: 302 Assistência Hospitalar e Ambulatorial
Programa.....: 0010 SAÚDE
Proj./Ativ.....: 2120 MANUTENÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS GRUPO ATENÇÃO ESPECIALIZADA
El. Despesa.....: 3.3.50.43.00 Subvenções Sociais
F. de Recursos.: 500 Recursos não Vinculados de Impostos

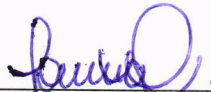
Detalhamento da Fonte de Recursos

1500.1002 Identificação das despesas com ações e serviços públicos de saúde 11.671,83

DADOS FINANCEIROS

248 - Ag. 82295- C/C. 10.202-4-PREF. MUNIC DE FIGUEIRÃO - FMS C/C. 10.202- DEBITO EM CONTA 0 11.671,83

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

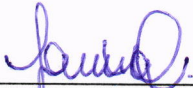
Nome APAE ASSOCIACAO PAIS AMIG
Agência 4211-0
Conta corrente 302065-7
Valor 11.671,83
Destinação 0
Data Nesta data

Assinada por	JJ172940 THIAGO INACIO D PAULA FURTADO	18/06/2026 14:11:18
	JE677115 JUVENAL CONSOLARO	18/06/2026 14:27:28

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JE677115 JUVENAL CONSOLARO.

Nota de Liquidação
Liquidação de Empenho

DADOS DA LIQUIDAÇÃO					
Nº da Liquidação: 4	Tipo: Liquidação de Empenho				
Nº do Empenho: 372	Data do empenho: 18/3/2026				
Data: 16/06/2026					
DADOS DO CREDOR					
Nome: 2781 - ASSOCIAÇÃO DE PAIS AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS DE CAMPO GRANDE	C.N.P.J/C.P.F:03.025.707/0002-21				
Endereço: Rua Estevão Capriata,	Cidade: Campo Grande UF: MS				
Telefone:	FAX:				
Banco:	Agência: Conta:				
VALORES					
Valor do Empenho:	120.000,00				
Valor da Nota de Liquidação	11.671,83				
Valor a Liquidar	55.625,32				
Valor Líquido Liquidado	11.671,83				
HISTÓRICO					
Valor que se empenha referente a despesa com termo de Convênio visando ao repasse financeiro para custear a realização de exames laboratoriais e de diagnóstico no Instituto de Pesquisa, Ensino e Diagnósticos da APAE de Campo Grande/MS, destinados a atender pacientes encaminhados pelo Município de Figueirão/MS, conforme Lei Municipal n. 647, de 06 de março de 2026.					
DADOS DA DOTAÇÃO					
Cód. Reduzido: 285					
Órg. Unid.: 06.001	HOSPITAL MUNICIPAL				
Função: 10	Saúde				
Sub-Função: 302	Assistência Hospitalar e Ambulatorial				
Programa: 0010	SAÚDE				
Proj./Ativ.: 2120	MANUTENÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS GRUPO ATENÇÃO ESPECIALIZADA				
El. Despesa: 3.3.50.43.00	Subvenções Sociais				
F. de Recursos: 1500	Recursos não Vinculados de Impostos				
Detalhamento da Fonte					
1500.1002000 - Identificação das despesas com ações e serviços públicos de saúde					
11.671,83					
Notas Fiscais					
Nº/Série	Data Emissão	NF-e / SEFAZ	Valor Nota	Valor Desconto	Valor Líquido
122/0	16/06/2026		11.671,83	0,00	11.671,83
ASSINATURAS					
					
FABRICIA DANIELA FAGUNDES SECRETÁRIO MUNICIPAL					



Prefeitura Municipal de Campo Grande
Secretaria Municipal da Fazenda - SEFAZ
Nota Fiscal de Serviços Eletrônica
NFSe - Prestador



DADOS DA NFSe

Data e hora de emissão 12/06/2026 07:32:50
Competência 06/2026
Número / Série 122 / U
Código de Verificação Lp7g5j4Sq

A autenticidade desta NFSe pode ser verificada pela leitura deste código QR.

EMITENTE PRESTADOR DO SERVIÇO

CPF / CNPJ / NIF 03.025.707/0002-21
Nome / Nome Empresarial ASSOC DE PAIS AMIGOS DOS EXCEPCION DE CAMPO GRANDE MS
Endereço RUA ESTEVAO CAPRIATA 285 VILA PROGRESSO

Inscrição Municipal 00003188019
Telefone (67) 3212-2037
E-mail email@naoinformado.com
Município CAMPO GRANDE / MS BRASIL
CEP 79050-440

TOMADOR DO SERVIÇO

CPF / CNPJ / NIF 13.893.544/0001-71
Nome / Nome Empresarial FUNDO MUN DE SAUDE DE FIGUEIRAO
Endereço RUA MOYSES DE ARAUJO GALVAO 1595 CENTRO

Inscrição Municipal -
Telefone (67) 3274-1209
E-mail convenio@figueirao.ms.gov.br
Município FIGUEIRAO / MS BRASIL
CEP 79428-000

SERVIÇO PRESTADO

CNAE / CBO 8640-2/02-01 - LABORATORIOS CLINICOS
Serviço 04.03 - HOSPITAIS, CLINICAS, LABORATORIOS, SANATORIOS, MANICOMIOS, CASAS DE SAUDE, PRONTOS-SOCORROS, AMBULATORIOS E CONGENERES.
Local da prestação do serviço CAMPO GRANDE / MS
País da prestação do serviço BRASIL

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO PRESTADO

EXAMES LABORATORIAIS REALIZADOS NA COMPETÊNCIA: MAIO/2026.
EMPENHO Nº 372/2026 - TERMO DE CONVÊNIO Nº 11/2025.
EFETUAR PAGAMENTO NO BANCO DO BRASIL - AG.: 4211-0; C/C: 302065-7.
"NÃO SUJEITO A RETENÇÃO DE ISS, IRRF, CSLL, COFINS E DO PIS, CONFORME ARTIGO 150 DA CONST. FEDERAL".

TRIBUTAÇÃO MUNICIPAL

Exigibilidade do ISSQN Imunidade
Município da Incidência do ISSQN CAMPO GRANDE - MS
Responsável pelo recolhimento do ISSQN -
Retenção do ISSQN NÃO RETIDO
Situação do prestador do serviço perante o Simples Nacional
Regime especial de tributação do ISSQN -

CÁLCULO DO ISSQN

Valor total da NFSe (R\$)	Total das deduções (R\$)	Desc. incondicionado (R\$)	Base de cálculo do ISSQN (R\$)	Aliq. (%)	Valor do ISSQN (R\$)
11.671,83	0,00	0,00	11.671,83		0,00

RETENÇÕES

ISSQN (R\$)	IRRF (R\$)	PIS (R\$)	COFINS (R\$)	INSS (R\$)	CSLL (R\$)	Outras retenções (R\$)
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

VALOR TOTAL

Base de cálculo do ISSQN (R\$)	Retenções (R\$)	Desc. incondicionado (R\$)	Desc. condicionado (R\$)	Valor Líquido da NFSe (R\$)
11.671,83	0,00	0,00	0,00	11.671,83

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Regra especial de tributação do prestador de serviço: IMUNIDADE ART. 150, VI, "c" ENTIDADES SOCIAIS

PREFEITURA MUNICIPAL DE FIGUEIRÃO – MS

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE/SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Atesto que recebi, conferi e aceitei o(s) serviço(s) constante(s) do presente documento em condições satisfatórias para o município/FMS.

Figueirão/MS, 16 de 06 de 2026

Rafaelle Romo

Assinatura por extenso

058.926.411-71

RG/CPF

Relatório de Faturamento de Exames

Pág.: 47 / 48

Empresa: IPED APAE DE CAMPO GRANDE MS
CNPJ/MF: 03.025.707/0001-40
Endereço: RUA ESTEVAO CAPRIATA, 285
Bairro: VILA PROGRESSO
Cidade: CAMPO GRANDE-MS

Telefone: () -
Complemento:
Registro CNES: 9830

Emissão: 28/05/2026 09:32

Usuário: CHRISTYANV

MAIO/2026

Convênio	41 SMS FIGUEIRAO		Nr.Docto.	4334	ID do Título	10508		
Seq.	Cod	Exame / Serviços / Produtos	Código	Quant	Unitário	Participativo	Valor total	
1	125	CA 125	02.02.03.121-7	1	13,35	0,00	13,35	
2	199	CA 19-9	02.03.02.001-4	1	65,55	0,00	65,55	
3	AAU	HEPATITE B - HBsAg	02.02.03.144-6	3	18,55	0,00	55,65	
4	ADN	ANTICORPOS ANTI dsDNA	02.02.03.027-0	1	8,67	0,00	8,67	
5	AFO	ACIDO FOLICO	02.02.01.040-6	13	15,65	0,00	203,45	
6	AHI	ANTICORPOS ANTI - HIV 1 e 2	02.02.03.030-0	1	10,00	0,00	10,00	
7	AMI	AMILASE	02.02.01.018-0	8	2,25	0,00	18,00	
8	AND	ANDROSTENEDIONA	02.02.06.011-0	1	11,53	0,00	11,53	
9	ATA	ANTI TRANSGLUTAMINASE IgA	02.02.03.118-7	1	18,55	0,00	18,55	
10	ATI	ANTICORPOS ANTI TIREOGLOBULINA	02.02.03.062-8	2	17,16	0,00	34,32	
11	ATP	ANTICORPOS ANTI MICROSSOMAL - TPO	02.02.03.055-5	4	17,16	0,00	68,64	
12	AUR	ACIDO URICO	02.02.01.012-0	53	1,85	0,00	98,05	
13	B12	VITAMINA B12	02.02.01.070-8	73	15,24	0,00	1.112,52	
14	C3	COMPLEMENTO C3	02.02.03.012-1	1	17,16	0,00	17,16	
15	C4	COMPLEMENTO C4	02.02.03.013-0	1	17,16	0,00	17,16	
16	CAL	CALCIO	02.02.01.021-0	24	1,85	0,00	44,40	
17	CCP	CCP, ANTICORPOS ANTI	00.00.00.000-0	2	55,55	0,00	111,10	
18	CEA	CEA (ANTIGENO CARCINOEMBRIOGENICO)	02.02.03.096-2	1	13,35	0,00	13,35	
19	CHH	CHAGAS IgG (ELISA)	02.02.03.104-7	1	10,00	0,00	10,00	
20	CI	COOMBS INDIRETO	02.02.12.009-0	3	9,00	0,00	27,00	
21	COL	COLESTEROL TOTAL	02.02.01.029-5	103	1,85	0,00	190,55	
22	COR	CORTISOL	02.02.06.013-6	10	9,86	0,00	98,60	
23	CPK	CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	02.02.01.032-5	5	3,68	0,00	18,40	
24	CRE	CREATININA	02.02.01.031-7	106	1,85	0,00	196,10	
25	CTF	CAPACIDADE TOTAL DE LIGACAO DO FERRO	02.02.01.002-3	1	2,01	0,00	2,01	
26	DHE	DHEA - DEIDROEPIANDROSTERONA	02.02.06.014-4	1	11,25	0,00	11,25	
27	E1	ESTRONA - E1	02.02.06.018-7	3	11,12	0,00	33,36	
28	E2	ESTRADIOL - E2	02.02.06.016-0	10	10,15	0,00	101,50	
29	FAL	FOSFATASE ALCALINA	02.02.01.042-2	10	2,01	0,00	20,10	
30	FAN	FAN - FATOR ANTI-NUCLEAR	02.02.03.059-8	7	17,16	0,00	120,12	
31	FER	FERRO	02.02.01.039-2	32	3,51	0,00	112,32	
32	FIT	FERRITINA	02.02.01.038-4	44	15,59	0,00	685,96	
33	FOS	FOSFORO	02.02.01.043-0	3	1,85	0,00	5,55	
34	FSH	HORMONIO FOLICULO ESTIMULANTE	02.02.06.023-3	16	7,89	0,00	126,24	
35	FTA	FTA-ABS IgG (SIFILIS)	02.02.03.141-1	2	20,00	0,00	40,00	
36	GGT	GAMA GT - GAMA GLUTAMIL TRANSFERASE	02.02.01.046-5	26	3,51	0,00	91,26	
37	GLI	GLICOSE	02.02.01.047-3	98	1,85	0,00	181,30	
38	HB	HEMOGLOBINA GLICOSILADA - (HB A1c)	02.02.01.050-3	63	7,86	0,00	495,18	
39	HBS	ANTI HBs	02.02.03.063-6	3	18,55	0,00	55,65	
40	HCV	ANTI HCV - HEPATITE C	02.02.03.147-0	2	18,55	0,00	37,10	
41	HDL	COLESTEROL HDL	02.02.01.027-9	102	3,51	0,00	358,02	
42	HOS	HOMOCISTEINA (SORO)	00.00.00.000-0	6	24,54	0,00	147,24	
43	IGE	IMUNOGLOBULINA E - IgE	02.02.03.016-4	1	9,25	0,00	9,25	
44	INS	INSULINA	02.02.06.026-8	11	10,17	0,00	111,87	
45	IST	INDICE DE SATURACAO DE TRANSFERRINA	02.02.01.066-0	4	4,12	0,00	16,48	
46	LDH	DESIDROGENASE LACTICA - LDH	02.02.01.036-8	1	3,68	0,00	3,68	
47	LDL	COLESTEROL LDL	02.02.01.028-7	99	3,51	0,00	347,49	
48	LH	HORMONIO LUTEINIZANTE - LH	02.02.06.024-1	14	8,97	0,00	125,58	
49	LIA	LIPASE	02.02.01.055-4	3	2,25	0,00	6,75	
50	LIT	LITIO	02.02.07.025-5	12	2,25	0,00	27,00	
51	LPS	ANTIGENO PROSTATICO LIVRE (PSA)	02.02.03.010-5	8	32,84	0,00	262,72	
52	MAG	MAGNESIO	02.02.01.056-2	28	2,01	0,00	56,28	
53	PCR	PROTEINA C REATIVA - PCR ULTRA SENSIVEL	02.02.03.008-3	5	9,25	0,00	46,25	
54	POT	POTASSIO	02.02.01.060-0	40	1,85	0,00	74,00	
55	PRG	PROGESTERONA	02.02.06.029-2	12	10,22	0,00	122,64	
56	PRO	PROLACTINA	02.02.06.030-6	9	10,15	0,00	91,35	
57	PTF	PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	02.02.01.062-7	3	1,85	0,00	5,55	

(RLAB7055-190)

Relatório de Faturamento de Exames

Empresa: IPED APAE DE CAMPO GRANDE MS
CNPJ/MF: 03.025.707/0001-40
Endereço: RUA ESTEVAO CAPRIATA, 285
Bairro: VILA PROGRESSO
Cidade: CAMPO GRANDE-MS

Telefone: () -
Complemento:
Registro CNES: 9830

Pág.: 48 / 48

Emissão: 28/05/2026 09:32
Usuário: CHRISTYANV

58	PTH	PARATORMONIO - PTH	02.02.06.027-6	2	43,13	0,00	86,26
59	RNP	ANTICORPOS ANTI - RNP	02.02.03.032-6	1	17,16	0,00	17,16
60	SCL	ANTICORPOS ANTI SCL 70	02.02.03.045-8	1	10,00	0,00	10,00
61	SHB	SHBG GLOBULINA LIGADORA DE HORMONIOS SEXUAIS	02.02.06.035-7	3	13,11	0,00	39,33
62	SM	ANTICORPOS ANTI - SM	02.02.03.034-2	1	17,16	0,00	17,16
63	SOD	SODIO	02.02.01.063-5	37	1,85	0,00	68,45
64	SSA	ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)	02.02.03.035-0	2	18,55	0,00	37,10
65	SSB	ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA)	02.02.03.036-9	1	18,55	0,00	18,55
66	T3	T3 TOTAL - TRIIODOTIRONINA	02.02.06.039-0	22	8,71	0,00	191,62
67	T4	T4 TOTAL - TIROXINA	02.02.06.037-3	31	8,76	0,00	271,56
68	T4L	T4 LIVRE - TIROXINA LIVRE	02.02.06.038-1	63	11,60	0,00	730,80
69	TEL	TESTOSTERONA LIVRE	02.02.06.035-7	15	13,11	0,00	196,65
70	TET	TESTOSTERONA TOTAL	02.02.06.034-9	22	10,43	0,00	229,46
71	TGO	TGO - ASPARTATO AMINOTRANSFERASE	02.02.01.064-3	81	2,01	0,00	162,81
72	TGP	TGP - ALANINA AMINOTRANSFERASE	02.02.01.065-1	81	2,01	0,00	162,81
73	TOG	TOXOPLASMOSE IgG	02.02.03.076-8	7	16,97	0,00	118,79
74	TOM	TOXOPLASMOSE IgM	02.02.03.087-3	7	18,55	0,00	129,85
75	TPS	ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA total)	02.02.03.010-5	12	16,42	0,00	197,04
76	TRF	TRANSFERRINA	02.02.01.066-0	12	4,12	0,00	49,44
77	TRI	TRIGLICERIDES	02.02.01.067-8	89	3,51	0,00	312,39
78	TSH	TSH - HORMONIO TIREOESTIMULANTE	02.02.06.025-0	107	8,96	0,00	958,72
79	URE	UREIA	02.02.01.069-4	86	1,85	0,00	159,10
80	VIC	VITAMINA C (ACIDO ASCORBICO)	02.02.01.011-2	3	25,30	0,00	75,90
81	VID	VITAMINA D 25 DIHIDROXI	02.02.01.076-7	67	15,24	0,00	1.021,08
82	VLD	COLESTEROL VLDL	02.02.01.029-5	9	1,85	0,00	16,65
Quantidade de Exames do Plano							1860
Total de Exames do Plano							11.671,83
Total Líquido do Plano							11.671,83



**MUNICÍPIO
DE FIGUEIRÃO**
MATO GROSSO DO SUL

Gerência Municipal de Convênios
Avenida Moisés Araújo Galvão, 591 - Centro
Figueirão/MS – CEP: 79.428-000
Tel.: (67) 3274-1126/1087
convenio@figueirao.ms.gov.br

Comunicação Interna nº 055/2026/CONVÊNIO

Figueirão/MS, 17 de junho de 2026.

Secretaria de Gestão e Desenvolvimento

Assunto: **Pagamento da 3ª parcela do Termo de Fomento n. 02/2026 – IPED APAE CG.**

1. Venho através desta, solicitar a vossa senhoria o pagamento da **3ª parcela** do Termo de Fomento nº 02/2026, Processo nº 18293/2026, no valor de **R\$ 11.671,83 (onze mil, seiscientos e setenta e um reais e oitenta e três centavos)**, **Nota Fiscal nº 122**;
2. Celebrado entre a Prefeitura Municipal de Figueirão e a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Campo Grande – APAE, conforme Lei Municipal nº 647, de 06 de março de 2026.
3. Segue abaixo os dados da conta para a realização do pagamento:
Banco do Brasil.
Agência n. 4211-0.
Conta Corrente n. 302065-7.
Empenho: 372/2026.
Valor: R\$ 11.671,83.

Atenciosamente,

gov.br

Documento assinado digitalmente
LUCIANE AIMI
Data: 17/06/2026 16:19:42-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

LUCIANE AIMI
Assistente Administrativo I
Setor de Convênio

Nota de Empenho

DADOS DO EMPENHO		
N.º Empenho...: 372	Tipo...: Global	Data.: 18/3/2026
DADOS DO CREDOR		
Nome.....: 2781 - ASSOCIAÇÃO DE PAIS AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS DE CAMPO GRANDE C.N.P.J/C.P.F....: 03.025.707/0002-21		
Endereço....: Rua Estevão Capriata,	Cidade: Campo Grande	UF: MS
Telefone.....:	FAX.....:	
Banco.....:	Agência:	Conta:
Gênero Despesa....: SUBVENÇÃO SOCIAL		
VALOR		
120.000,00 (Cento e Vinte Mil Reais.)		
HISTÓRICO		
Valor que se empenha referente a despesa com termo de Convênio visando ao repasse financeiro para custear a realização de exames laboratoriais e de diagnóstico no Instituto de Pesquisa, Ensino e Diagnósticos da APAE de Campo Grande/MS, destinados a atender pacientes encaminhados pelo Município de Figueirão/MS, conforme Lei Municipal n. 647, de 06 de março de 2026.		
DADOS DA DOTAÇÃO		
Cód Reduzido.: 285		
Órg. Unid.....: 06.001	HOSPITAL MUNICIPAL	
Função.....: 10	Saúde	
Sub-Função.....: 302	Assistência Hospitalar e Ambulatorial	
Programa.....: 0010	SAÚDE	
Proj./Ativ.....: 2120	MANUTENÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS GRUPO ATENÇÃO ESPECIALIZADA	
El. Despesa.....: 3.3.50.43.00	Subvenções Sociais	
SubElemento....: 05	INSTITUIÇÃO DE CARÁTER ASSISTENCIAL EM SAÚDE	
F. de Recursos.: 1500	Recursos não Vinculados de Impostos	
DETALHAMENTO DA FONTE		
1500.1002000 - Identificação das despesas com ações e serviços públicos de saúde		120.000,00
VALORES DA DOTAÇÃO		
Saldo Anterior....: 350.000,00	Lanç. Empenho...: 120.000,00	Saldo Atual.....: 230.000,00
ASSINATURA		
ORDENADOR DA DESPESA		
 LORENZO HENDGES MIRANDA CONTADOR  FABRICIA DANIELA FAGUNDES SECRETÁRIO MUNICIPAL		

Voltar

Imprimir



Certificado de Regularidade do FGTS - CRF

Inscrição: 03.025.707/0001-40
Razão social: ASSOC DE PAIS AMIGOS DOS EXCEPCION DE CAMPO GRANDE MS
Endereço: AV JOANA D'ARC 1450 / PIONEIROS / CAMPO GRANDE / MS / 79070-170

A Caixa Econômica Federal, no uso da atribuição que lhe confere o Art. 7, da Lei 8.036, de 11 de maio de 1990, certifica que, nesta data, a empresa acima identificada encontra-se em situação regular perante o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O presente Certificado não servirá de prova contra cobrança de quaisquer débitos referentes a contribuições e/ou encargos devidos, decorrentes das obrigações com o FGTS.

Validade: 06/06/2026 a 05/07/2026

Certificação Número: 2026060601090113822420

Informação obtida em 11/06/2026 10:05:30

A utilização deste Certificado para os fins previstos em Lei esta condicionada a verificação de autenticidade no site da Caixa:
www.caixa.gov.br



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
SECRETARIA DE ESTADO DE FAZENDA
PROCURADORIA-GERAL DO ESTADO

CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS NÚM: **421892/2026**

CNPJ: **03.025.707/0001-40**

Certifico que, verificando os registros relativos aos controles de créditos tributários do Estado, constatou-se que, até a presente data, não constam dívidas decorrentes de créditos tributários constituídos e débitos não tributários, inscritos ou não em dívida ativa, pendentes de pagamento, e nem pendências de obrigações acessórias e cadastrais, de responsabilidade da pessoa física ou jurídica acima indicada.

Fica ressalvado o direito de o Estado de Mato Grosso do Sul apurar, constituir, inscrever e cobrar créditos tributários e não tributários anteriores e posteriores, inclusive no período compreendido nesta certidão.

O número do CPF/CNPJ acima indicado corresponde ao número informado, sob a responsabilidade do próprio solicitante da certidão, circunstância que torna necessária a sua conferência pelo destinatário da certidão.

Esta certidão refere-se a situação fiscal do contribuinte do âmbito da Secretaria de Estado de Fazenda e da Procuradoria-Geral do Estado.

Certidão expedida com base no art. 294 da Lei n. 1.810, 22 de dezembro de 1.997; art. 178 do Regulamento do ICMS, aprovado pelo Decreto nº 9203, de 18 de setembro de 1998, e art. 3º do Decreto n. 15.491, de 5 de agosto de 2020.

Certidão emitida às 09:47:25 horas do dia 23/04/2026 (hora e data - MS).

Certidão válida até sessenta dias a contar da data de sua expedição.

A autenticidade desta certidão deverá ser confirmada na página da Secretaria de Estado de Fazenda (www.sefaz.ms.gov.br) ou da Procuradoria-Geral do Estado (www.pge.ms.gov.br).



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal do Brasil
Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional

**CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS RELATIVOS AOS TRIBUTOS FEDERAIS E À DÍVIDA
ATIVA DA UNIÃO**

Nome: ASSOC DE PAIS AMIGOS DOS EXCEPCION DE CAMPO GRANDE MS
CNPJ: 03.025.707/0001-40

Ressalvado o direito de a Fazenda Nacional cobrar e inscrever quaisquer dívidas de responsabilidade do sujeito passivo acima identificado que vierem a ser apuradas, é certificado que não constam pendências em seu nome, relativas a créditos tributários administrados pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) e a inscrições em Dívida Ativa da União (DAU) junto à Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN).

Esta certidão é válida para o estabelecimento matriz e suas filiais e, no caso de ente federativo, para todos os órgãos e fundos públicos da administração direta a ele vinculados. Refere-se à situação do sujeito passivo no âmbito da RFB e da PGFN e abrange inclusive as contribuições sociais previstas nas alíneas 'a' a 'd' do parágrafo único do art. 11 da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991.

A aceitação desta certidão está condicionada à verificação de sua autenticidade na Internet, nos endereços <<http://rfb.gov.br>> ou <<http://www.pgfn.gov.br>>.

Certidão emitida gratuitamente com base na Portaria Conjunta RFB/PGFN nº 1.751, de 2/10/2014.

Emitida às 17:12:19 do dia 12/03/2026 <hora e data de Brasília>.

Válida até 08/09/2026.

Código de controle da certidão: **A4A7.93E1.13D0.8670**

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO

CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS TRABALHISTAS

Nome: ASSOC DE PAIS AMIGOS DOS EXCEPCION DE CAMPO GRANDE MS (MATRIZ E FILIAIS)

CNPJ: 03.025.707/0001-40

Certidão nº: 46317901/2026

Expedição: 06/05/2026, às 15:15:33

Validade: 02/11/2026 - 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de sua expedição.

Certifica-se que **ASSOC DE PAIS AMIGOS DOS EXCEPCION DE CAMPO GRANDE MS (MATRIZ E FILIAIS)**, inscrito(a) no CNPJ sob o nº **03.025.707/0001-40**, **NÃO CONSTA** como inadimplente no Banco Nacional de Devedores Trabalhistas.

Certidão emitida com base nos arts. 642-A e 883-A da Consolidação das Leis do Trabalho, acrescentados pelas Leis ns.º 12.440/2011 e 13.467/2017, e no Ato 01/2022 da CGJT, de 21 de janeiro de 2022. Os dados constantes desta Certidão são de responsabilidade dos Tribunais do Trabalho.

No caso de pessoa jurídica, a Certidão atesta a empresa em relação a todos os seus estabelecimentos, agências ou filiais.

A aceitação desta certidão condiciona-se à verificação de sua autenticidade no portal do Tribunal Superior do Trabalho na Internet (<http://www.tst.jus.br>).

Certidão emitida gratuitamente.

INFORMAÇÃO IMPORTANTE

Do Banco Nacional de Devedores Trabalhistas constam os dados necessários à identificação das pessoas naturais e jurídicas inadimplentes perante a Justiça do Trabalho quanto às obrigações estabelecidas em sentença condenatória transitada em julgado ou em acordos judiciais trabalhistas, inclusive no concernente aos recolhimentos previdenciários, a honorários, a custas, a emolumentos ou a recolhimentos determinados em lei; ou decorrentes de execução de acordos firmados perante o Ministério Público do Trabalho, Comissão de Conciliação Prévia ou demais títulos que, por disposição legal, contiver força executiva.



**CERTIDÃO POSITIVA DE DÉBITOS GERAIS, COM EFEITO
NEGATIVA**

Nº682851/26-07

DADOS DO CONTRIBUINTE:

Nome/Razão Social: ASSOC DE PAIS AMIGOS DOS EXCEPCION DE CAMPO GRANDE MS
CPF/CNPJ: 03.025.707/0001-40

Em cumprimento à solicitação, ressalvado o direito de a Fazenda Pública Municipal pesquisar, inscrever e cobrar, após a emissão desta, a qualquer tempo, débitos que venham a ser apurados e comprovados.

CERTIFICAMOS para fins de direito, que esta Certidão refere-se a débitos Tributários e não Tributários restritos ao Cadastro Fiscal Imobiliário e Mobiliário do CPF ou CNPJ do Contribuinte acima identificado.

CONSTATAMOS A EXISTÊNCIA DE DÉBITOS PARA COM A FAZENDA MUNICIPAL até a presente data em seu nome, CUJA A EXIGIBILIDADE ENCONTRA-SE SUSPensa OU COM DÉBITOS VINCENDOS.

A presente CERTIDÃO tem os mesmos efeitos de CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS GERAIS, por força do exposto nos artigos 151 e 206 do Código Tributário Nacional.

A presente certidão foi emitida através de pesquisa realizada de acordo com as informações prestadas pelo solicitante e tem a sua eficácia até a data de validade, desde que sem rasuras.

Validade até:21 de junho de 2026

Campo Grande, 22 de maio de 2026.

Certidão emitida em conformidade com a Lei nº. 6.539 de 08 de janeiro de 2021.



A aceitação desta Certidão está condicionada à verificação de sua autenticidade na internet, no endereço eletrônico

<https://certidoes.campogrande.ms.gov.br/#/verificar-autenticidade>

Código de Autenticidade: 3E2134C49F948F9EA95F2CE24158208B



ORDEM DE PAGAMENTO Extra-Orçamentaria

DADOS DA OP

Tipo: Movimento Extra-Orçamentário

Data.....: 18/06/2026

Conta Extra-Orçamentária:

139 - INSS - FMS

CREDOR

181 - PREVIDENCIA SOCIAL

VALORES DA OP

Valor da Nota de Pagamento.....:

24.312,23

Líquido a Pagar

24.312,23

Vinte e Quatro Mil, Trezentos e Doze Reais e Vinte e Tres Centavos.

HISTÓRICO

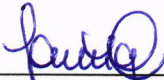
Pagamento referente a despesa Extra-Orçamentária com

DADOS FINANCEIROS

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

24.312,23

ASSINATURAS



FABRICIA DANIELA FAGUNDES
SECRETÁRIO MUNICIPAL

Recebi a importância acima processada

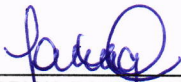
Credor

Docspaper - https://pmtfigueirao.legisuper.com.br/validate/doc/signature/394232eb-3374-4105-877c-b690b0ca5ae7

ORDEM DE PAGAMENTO Extra-Orçamentaria

DADOS DA OP	
Tipo: Movimento Extra-Orçamentário	Data.....: 18/06/2026
Conta Extra-Orçamentária:	139 - INSS - FMS
CREDOR	
181 - PREVIDENCIA SOCIAL	
VALORES DA OP	
Valor da Nota de Pagamento.....:	977,07
Líquido a Pagar	977,07
Novecentos e Setenta e Sete Reais e Sete Centavos.	
HISTÓRICO	
Pagamento referente a despesa Extra-Orçamentária com	
DADOS FINANCEIROS	
248 - Ag. 82295- C/C. 10.202-4-PREF. MUNIC DE FIGUEIRÃO - FMS (DEBITO EM CONTA 0	977,07
ASSINATURAS	
 FABRICIA DANIELA FAGUNDES SECRETÁRIO MUNICIPAL	
Recebi a importância acima processada	
Credor	

ORDEM DE PAGAMENTO Extra-Orçamentaria

DADOS DA OP	
Tipo: Movimento Extra-Orçamentário	Data.....: 18/06/2026
Conta Extra-Orçamentária:	139 - INSS - FMS
CREDOR	
181 - PREVIDENCIA SOCIAL	
VALORES DA OP	
Valor da Nota de Pagamento.....:	15.469,89
L í q u i d o a P a g a r	15.469,89
Quinze Mil, Quatrocentos e Sessenta e Nove Reais e Oitenta e Nove Centavos.	
HISTÓRICO	
Pagamento referente a despesa Extra-Orçamentária com	
DADOS FINANCEIROS	
248 - Ag. 82295- C/C. 10.202-4-PREF. MUNIC DE FIGUEIRÃO - FMS (DEBITO EM CONTA 0	15.469,89
ASSINATURAS	
 FABRÍCIA DANIELA FAGUNDES SECRETÁRIO MUNICIPAL	
Recebi a importância acima processada	
Credor	

ORDEM DE PAGAMENTO Orçamentária

DADOS DA OP

Tipo: Pagamento de Empenho Data....: 18/06/2026
Nº do Empenho: 1041 Data do empenho....: 15/06/2026

DADOS DO CREDOR

Nome....: 1248 - INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS C.N.P.J/C.P.F: 29.979.036/0001-40
Endereço: Rua St Saus Quadra 02 Bloco O,6 Andar Cidade: Brasília UF DF
Banco.....: Agência: Conta:
Telefone.: (66) 3522-1261 Fax.....:

VALORES

Valor do Empenho.....: 46.713,13
Valor da Nota de Pagamento referente a parcela nº 1: 46.713,13
Valor pago do Empenho (inclui o valor desta nota).....: 46.713,13
Saldo a pagar do Empenho: 0,00
Líquido a Pagar: 46.713,13

HISTÓRICO

VALOR QUE SE EMPENHA REFERENTE A CONTRIBUIÇÃO PATRONAL DO INSS - FMS 7-1-3 - INSS PATRONAL DO HOSPITAL DA COMPETENCIA 5/2026

DADOS DA DOTAÇÃO

Cód. Reduzido: 19
Órg. Unid.....: 06.001 HOSPITAL MUNICIPAL
Função.....: 10 Saúde
Sub-Função.....: 302 Assistência Hospitalar e Ambulatorial
Programa.....: 0010 SAÚDE
Proj./Ativ.....: 2120 MANUTENÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS GRUPO ATENÇÃO ESPECIALIZADA
El. Despesa.....: 3.1.90.13.02 Contribuicoes Previdenciarias - Inss
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 46.713,13

DADOS FINANCEIROS

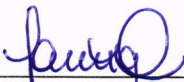
248 - Ag. 82295- C/C. 10.202-4-PREF. MUNIC DE FIGUEIRÃO - FMS C/C 10.202- DEBITO EM CONTA 0 46.713,13

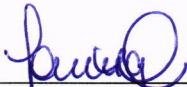
ASSINATURAS

FABRICIA DANIELA FAGUNDES
SECRETÁRIO MUNICIPAL

Recebi a importância acima processada

Credor - Doc. nº :

ORDEM DE PAGAMENTO Orçamentária			
DADOS DA OP			
Tipo: Pagamento de Empenho		Data.....: 18/06/2026	
Nº do Empenho: 982		Data do empenho.....: 09/06/2026	
DADOS DO CREDOR			
Nome....: 1248 - INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS		C.N.P.J/C.P.F: 29.979.036/0001-40	
Endereço: Rua St Saus Quadra 02 Bloco O,6 Andar		Cidade: Brasília UF DF	
Banco.....:		Agência: Conta:	
Telefone.: (66) 3522-1261		Fax.....:	
VALORES			
Valor do Empenho.....:		1.705,92	
Valor da Nota de Pagamento referente a parcela nº 1		1.705,92	
Valor pago do Empenho (inclui o valor desta nota).....:		1.705,92	
Saldo a pagar do Empenho		0,00	
L í q u i d o a P a g a r		1.705,92	
HISTÓRICO			
VALOR QUE SE EMPENHA REFERENTE A CONTRIBUIÇÃO PATRONAL PARA INSS - FMS 7-1-4 - INSS PATRONAL DA COMPETENCIA 5/2026			
DADOS DA DOTAÇÃO			
Cód. Reduzido: 342			
Órg. Unid.....: 06.004		SETOR DE VIGILANCIA SANITÁRIA	
Função.....: 10		Saúde	
Sub-Função.....: 304		Vigilância Sanitária	
Programa.....: 0010		SAÚDE	
Proj./Ativ.....: 2122		MANUTENÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS GRUPO VIGILANCIA SANITÁRIA	
El. Despesa.....: 3.1.90.13.02		Contribuicoes Previdenciarias - Inss	
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		1.705,92	
DADOS FINANCEIROS			
248 - Ag. 82295- C/C. 10.202-4-PREF. MUNIC DE FIGUEIRÃO - FMS C/C 10.202-		DEBITO EM CONTA 0 1.705,92	
ASSINATURAS			
 FABRICIA DANIELA FAGUNDES SECRETÁRIO MUNICIPAL			
Recebi a importância acima processada			
Credor - Doc. nº :			

ORDEM DE PAGAMENTO Orçamentária			
DADOS DA OP			
Tipo: Pagamento de Empenho		Data....: 18/06/2026	
Nº do Empenho: 1036		Data do empenho....: 15/06/2026	
DADOS DO CREDOR			
Nome...: 1248 - INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS		C.N.P.J/C.P.F: 29.979.036/0001-40	
Endereço: Rua St Saus Quadra 02 Bloco O,6 Andar		Cidade: Brasília UF DF	
Banco.....		Agência: Conta:	
Telefone.: (66) 3522-1261		Fax.....:	
VALORES			
Valor do Empenho.....:		27.289,27	
Valor da Nota de Pagamento referente a parcela nº 1		27.289,27	
Valor pago do Empenho (inclui o valor desta nota).....:		27.289,27	
Saldo a pagar do Empenho		0,00	
Líquido a Pagar		27.289,27	
HISTÓRICO			
VALOR QUE SE EMPENHA REFERENTE A CONTRIBUIÇÃO PATRONAL DO INSS - FMS 7-1-5, 7-1-6 E 7-1-7 - INSS PATRONAL DO DEPARTAMENTO DE SAÚDE DA COMPETENCIA 5/2026			
DADOS DA DOTAÇÃO			
Cód. Reduzido: 2			
Órg. Unid.....: 06.002		UNIDADE BASICA DE SAUDE	
Função.....: 10		Saúde	
Sub-Função.....: 122		Administração Geral	
Programa.....: 0010		SAÚDE	
Proj./Ativ.....: 2031		OPERAÇÃO E MANUTENÇÃO DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE	
El. Despesa.....: 3.1.90.13.02		Contribuicoes Previdenciarias - Inss	
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		27.289,27	
DADOS FINANCEIROS			
248 - Ag. 82295- C/C. 10.202-4-PREF. MUNIC DE FIGUEIRÃO - FMS C/C 10.202-		DEBITO EM CONTA 0 27.289,27	
ASSINATURAS			
 FABRICIA DANIELA FAGUNDES SECRETÁRIO MUNICIPAL			
Recebi a importância acima processada			
Credor - Doc. nº :			

CNPJ
07.158.578/0001-10

Razão Social
MUNICIPIO DE FIGUEIRAO

Período de Apuração
Maio/2026

Data de Vencimento
19/06/2026

Número do Documento
07.16.26166.2081862-5

Observações
Nº Recibo Declaração: 50000493321405

Pagar este documento até
19/06/2026

Valor Total do Documento
116.467,51

Composição do Documento de Arrecadação					
Código	Denominação	Principal	Multa	Juros	Total
1082	CONTR PREV DESCONTA SEGURADO-EMPREGADO/AVULSO	40.759,19			40.759,19
	01 CP SEGURADOS - EMPREGADOS/AVULSO				
	PA:05/2026 Vencimento:19/06/2026				
1138	CONTRIB PREVIDENCIÁRIA EMPRESA/EMPREGADOR	71.230,59			71.230,59
	01 CP PATRONAL - EMPREGADOS/AVULSOS				
	PA:05/2026 Vencimento:19/06/2026				
1646	CONTRIB PREV RISCO AMBIENTAL/APOSENT ESPECIAL	4.477,73			4.477,73
	01 CP PATRONAL - GILRAT AJUSTADO				
	PA:05/2026 Vencimento:19/06/2026				
Totais		116.467,51			116.467,51

SENDA (Versão:5.2.9)

Página: 1 / 1

15/06/2026 18:24:02

85800001164 167510385261 170071626166 320818625282 8

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Documento de Arrecadação de Receitas Federais

85800001164 1

67510385261 1

70071626166 3

20818625282 8

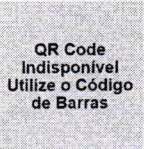
CNPJ: 07.158.578/0001-10

Número: 07.16.26166.2081862-5

Pagar até: 19/06/2026

Valor: 116.467,51

Pague com o PIX





Pagamento de outros convênios

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
18/06/2026 - AUTO-ATENDIMENTO - 08.32.57
8229508229

COMPROVANTE DE AGENDAMENTO

CLIENTE: PREFEITURA MUNICIPAL DE F
AGENCIA: 8229-5 CONTA: 10.202-4
EFETUADO POR: JUVENAL CONSOLARO

=====
Convenio RFB-DARF CODIGO DE BARRAS
Agente Arrecadador: CNC 001 Banco do Brasil S.A.
Codigo de Barras 85800001164-1 67510385261-1
70071626166-3 20818625282-8
Data do pagamento 18/06/2026
Numero do Documento 07.16.26166.2081862-5
Valor Total 116.467,51

Modelo aprovado pelo Ato Declaratorio Executivo
Conjunto nº 01 de 31 de outubro de 2011
Pagamento agendado.
Atenção: Esta transação está sujeita a avaliação
de segurança e será processada após análise.
O comprovante definitivo somente sera emitido
apos a quitacao.

Assinada por	JJ172940 THIAGO INACIO D PAULA FURTADO	18/06/2026 08:24:14
	JE677115 JUVENAL CONSOLARO	18/06/2026 08:32:55

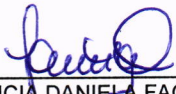
Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JE677115 JUVENAL CONSOLARO.

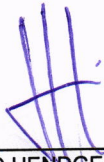
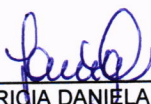
Nota de Empenho

DADOS DO EMPENHO		
N.º Empenho.: 1036	Tipo.: Estimativo	Data.: 15/6/2026
DADOS DO CREDOR		
Nome.....: 1248 - INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS	C.N.P.J/C.P.F....: 29.979.036/0001-40	
Endereço....: Rua St Saus Quadra 02 Bloco O,6 Andar	Cidade: Brasília	UF. DF
Telefone.....: (66) 3522-1261	FAX.....:	
Banco.....:	Agência:	Conta:
Gênero Despesa....: OBRIGAÇÕES PATRONAIS		
VALOR		
27.289,27 (Vinte e Sete Mil, Duzentos e Oitenta e Nove Reais e Vinte e Sete Centavos.)		
HISTÓRICO		
VALOR QUE SE EMPENHA REFERENTE A CONTRIBUIÇÃO PATRONAL DO INSS - FMS 7-1-5, 7-1-6 E 7-1-7 - INSS PATRONAL DO DEPARTAMENTO DE SAÚDE DA COMPETENCIA 5/2026		
DADOS DA DOTAÇÃO		
Cód Reduzido.: 2		
Órg. Unid.....: 06.002	UNIDADE BASICA DE SAUDE	
Função.....: 10	Saúde	
Sub-Função.....: 122	Administração Geral	
Programa.....: 0010	SAÚDE	
Proj./Ativ.....: 2031	OPERAÇÃO E MANUTENÇÃO DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE	
El. Despesa.....: 3.1.90.13.02	Contribuicoes Previdenciarias - Inss	
SubElemento....: 02	CONTRIBUIÇÕES PREVIDENCIÁRIAS - INSS	
F. de Recursos.: 1500	Recursos não Vinculados de Impostos	
DETALHAMENTO DA FONTE		
1500.1002000 - Identificação das despesas com ações e serviços públicos de saúde		27.289,27
VALORES DA DOTAÇÃO		
Saldo Anterior.....: 81.867,96	Lanç. Empenho...: 27.289,27	Saldo Atual.....: 54.578,69
ASSINATURA		ORDENADOR DA DESPESA
 LORENZO HENDGES MIRANDA CONTADOR		 FABRICIA DANIELA FAGUNDES SECRETÁRIO MUNICIPAL

Nota de Empenho

DADOS DO EMPENHO		
N.º Empenho...: 982	Tipo...: Estimativo	Data.: 9/6/2026
DADOS DO CREDOR		
Nome.....: 1248 - INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS	C.N.P.J/C.P.F....: 29.979.036/0001-40	
Endereço....: Rua St Saus Quadra 02 Bloco O,6 Andar	Cidade: Brasília	UF. DF
Telefone.....: (66) 3522-1261	FAX.....:	
Banco.....:	Agência:	Conta:
Gênero Despesa....: INSS PATRONAL		
VALOR		
1.705,92 (Um Mil, Setecentos e Cinco Reais e Noventa e Dois Centavos.)		
HISTÓRICO		
VALOR QUE SE EMPENHA REFERENTE A CONTRIBUIÇÃO PATRONAL PARA INSS - FMS 7-1-4 - INSS PATRONAL DA COMPETENCIA 5/2026		
DADOS DA DOTAÇÃO		
Cód Reduzido.: 342		
Órg. Unid.....: 06.004	SETOR DE VIGILANCIA SANITÁRIA	
Função.....: 10	Saúde	
Sub-Função.....: 304	Vigilância Sanitária	
Programa.....: 0010	SAÚDE	
Proj./Ativ.....: 2122	MANUTENÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS GRUPO VIGILANCIA SANITÁRIA	
El. Despesa.....: 3.1.90.13.02	Contribuicoes Previdenciarias - Inss	
SubElemento....: 02	CONTRIBUIÇÕES PREVIDENCIÁRIAS - INSS	
F. de Recursos.: 1500	Recursos não Vinculados de Impostos	
DETALHAMENTO DA FONTE		
1500.1002000 - Identificação das despesas com ações e serviços públicos de saúde		1.705,92
VALORES DA DOTAÇÃO		
Saldo Anterior....: 48.577,00	Lanç. Empenho...: 1.705,92	Saldo Atual.....: 46.871,08
ASSINATURA		ORDENADOR DA DESPESA
 LORENZO HENDGES MIRANDA CONTADOR		 FABRICIA DANIELA FAGUNDES SECRETÁRIO MUNICIPAL

Nota de Empenho

DADOS DO EMPENHO		
N.º Empenho...: 1041	Tipo...: Estimativo	Data.: 15/6/2026
DADOS DO CREDOR		
Nome.....: 1248 - INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS	C.N.P.J/C.P.F....: 29.979.036/0001-40	
Endereço....: Rua St Saus Quadra 02 Bloco O,6 Andar	Cidade: Brasília	UF: DF
Telefone.....: (66) 3522-1261	FAX.....:	
Banco.....:	Agência:	Conta:
Gênero Despesa....: OBRIGAÇÕES PATRONAIS		
VALOR		
46.713,13 (Quarenta e Seis Mil, Setecentos e Treze Reais e Treze Centavos.)		
HISTÓRICO		
VALOR QUE SE EMPENHA REFERENTE A CONTRIBUIÇÃO PATRONAL DO INSS - FMS 7-1-3 - INSS PATRONAL DO HOSPITAL DA COMPETENCIA 5/2026		
DADOS DA DOTAÇÃO		
Cód Reduzido.: 19		
Órg. Unid.....: 06.001	HOSPITAL MUNICIPAL	
Função.....: 10	Saúde	
Sub-Função.....: 302	Assistência Hospitalar e Ambulatorial	
Programa.....: 0010	SAÚDE	
Proj./Ativ.....: 2120	MANUTENÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS GRUPO ATENÇÃO ESPECIALIZADA	
El. Despesa.....: 3.1.90.13.02	Contribuicoes Previdenciarias - Inss	
SubElemento....: 02	CONTRIBUIÇÕES PREVIDENCIÁRIAS - INSS	
F. de Recursos.: 1500	Recursos não Vinculados de Impostos	
DETALHAMENTO DA FONTE		
1500.1002000 - Identificação das despesas com ações e serviços públicos de saúde		46.713,13
VALORES DA DOTAÇÃO		
Saldo Anterior.....: 140.139,29	Lanç. Empenho...: 46.713,13	Saldo Atual.....: 93.426,16
ASSINATURA		ORDENADOR DA DESPESA
 LORENZO HÊNDGES MIRANDA CONTADOR		 FABRICIA DANIELA FAGUNDES SECRETÁRIO MUNICIPAL

Guia R\$ 116.467,51

		RETENÇÕES SEGURADOS	RETENÇÕES PATRONAIS					DEDUÇÕES PATRONAIS	INSS PATRONAL
Saúde - c/c 10.202-4		Extra	Patronal	FAP/RAT	Autônomo	Adicional GIL/RAT	Sal. Família	Sal. Maternidade	Empenhado
7-1-3	Hospital	R\$ 24.312,23	R\$ 46.104,20	R\$ 2.811,35	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 2.202,42	R\$ 46.713,13
7-1-4	Vigilância Sanitária/Epidemiológica	R\$ 977,07	R\$ 1.607,88	R\$ 98,04	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 1.705,92
7-1-5	Departamento de Saúde	R\$ 11.812,51	R\$ 19.333,29	R\$ 1.178,85	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 20.512,14
7-1-6	Laboratório	R\$ 2.669,31	R\$ 4.911,64	R\$ 299,49	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 5.211,13
7-1-7	Subsídio do Secretário da Saúde	R\$ 988,07	R\$ 1.476,00	R\$ 90,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 1.566,00
TOTAL		R\$ 40.759,19	R\$ 73.433,01	R\$ 4.477,73	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 2.202,42	R\$ 75.708,32

Guia R\$ 32.986,65

		RETENÇÕES SEGURADOS	RETENÇÕES PATRONAIS					DEDUÇÕES PATRONAIS	INSS PATRONAL
UBS - c/c 5.763-0		Extra	Patronal	FAP/RAT	Autônomo	Adicional GIL/RAT	Sal. Família	Sal. Maternidade	Empenhado
7-1-1	Unid. Básica Saúde	R\$ 12.332,12	R\$ 22.223,22	R\$ 1.355,07	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 2.923,76	R\$ 20.654,53

Guia R\$ 7.367,31

		RETENÇÕES SEGURADOS	RETENÇÕES PATRONAIS					DEDUÇÕES PATRONAIS	INSS PATRONAL
PSF - c/c 11.056-6		Extra	Patronal	FAP/RAT	Autônomo	Adicional GIL/RAT	Sal. Família	Sal. Maternidade	Empenhado
7-1-2	Prog. Saúde Família	R\$ 2.421,90	R\$ 4.661,20	R\$ 284,21	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 4.945,41

Guia R\$ 11.727,29

		RETENÇÕES SEGURADOS	RETENÇÕES PATRONAIS					DEDUÇÕES PATRONAIS	INSS PATRONAL
Agentes - c/c 5.931-5		Extra	Patronal	FAP/RAT	Autônomo	Adicional GIL/RAT	Sal. Família	Sal. Maternidade	Empenhado
7-1-11	Agentes Comunitários de Saúde	R\$ 2.155,88	R\$ 3.675,46	R\$ 224,11	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 3.899,57
7-1-12	Agentes de Combates às Endemias	R\$ 2.088,86	R\$ 3.377,07	R\$ 205,91	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 3.582,98
TOTAL		R\$ 4.244,74	R\$ 7.052,53	R\$ 430,02	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 7.482,55

ORDEM DE PAGAMENTO Orçamentária

DADOS DA OP

Tipo: Pagamento de Empenho Data....: 18/06/2026
Nº do Empenho: 12 Data do empenho....: 30/01/2026

DADOS DO CREDOR

Nome....: 22 - EMPRESA DE SANEAMENTO DE MATO GROSSO DO SUL S.A C.N.P.J/C.P.F.: 03.982.931/0001-20
Endereço: Rua Doutor Zerbini,421 Cidade: Campo Grande UF MS
Banco..... Agência: Conta:
Telefone.: (67) 3318-7707 Fax.....:

VALORES

Valor do Empenho.....: 36.000,00
Valor da Nota de Pagamento referente a parcela nº 6: 3.972,66
Valor pago do Empenho (inclui o valor desta nota).....: 21.883,40
Saldo a pagar do Empenho: 14.116,60
Líquido a Pagar: 3.972,66

HISTÓRICO

Valor que se empenha referente a despesa com FORNECIMENTO DE ÁGUA PARA O ANO DE 2026.

DADOS DA DOTAÇÃO

Cód. Reduzido: 4
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.....: 3.3.90.39.00 Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica
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 3.972,66

DADOS FINANCEIROS

248 - Ag. 82295- C/C. 10.202-4-PREF. MUNIC DE FIGUEIRÃO - FMS C/C 10.202- DEBITO EM CONTA 0 3.972,66

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

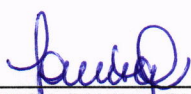
Nome PREFEITURA MUNICIPAL DE F
Agência 8229-5
Conta corrente 10265-2
Valor 3.972,66
Destinação 0
Data Nesta data

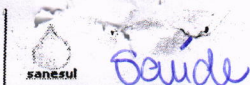
Assinada por JJ172940 THIAGO INACIO D PAULA FURTADO 18/06/2026 14:03:05
JE677115 JUVENAL CONSOLARO 18/06/2026 14:26:19

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JE677115 JUVENAL CONSOLARO.

Nota de Liquidação
Liquidação de Empenho

DADOS DA LIQUIDAÇÃO					
Nº da Liquidação: 6	Tipo: Liquidação de Empenho	Data....: 15/06/2026			
Nº do Empenho: 12	Data do empenho.....: 30/1/2026				
DADOS DO CREDOR					
Nome...: 22 - EMPRESA DE SANEAMENTO DE MATO GROSSO DO SUL S.A	C.N.P.J/C.P.F:03.982.931/0001-20				
Endereço: Rua Doutor Zerbini,421	Cidade: Campo Grande	UF: MS			
Telefone...: (67) 3318-7707	FAX.....:				
Banco.....:	Agência:	Conta:			
VALORES					
Valor do Empenho.....:	36.000,00				
Valor da Nota de Liquidação	3.972,66				
Valor a Liquidar.....:	14.116,60				
Valor Líquido Liquidado	3.972,66				
HISTÓRICO					
Valor que se empenha referente a despesa com FORNECIMENTO DE ÁGUA PARA O ANO DE 2026.					
DADOS DA DOTAÇÃO					
Cód. Reduzido: 4					
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.....: 3.3.90.39.00	Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica				
F. de Recursos.: 1500	Recursos não Vinculados de Impostos				
Detalhamento da Fonte					
1500.1002000 - Identificação das despesas com ações e serviços públicos de saúde		3.972,66			
Notas Fiscais					
Nº/Série	Data Emissão	NF-e / SEFAZ	Valor Nota	Valor Desconto	Valor Líquido
220/0	15/06/2026		3.972,66	0,00	3.972,66
ASSINATURAS					
 FABRICIA DANIELA FAGUNDES SECRETÁRIO MUNICIPAL					



EMPRESA DE SANEAMENTO DE MATO GROSSO DO SUL S.A
Cnpj/MF 03.982.931/0001-20 - Insc. Estadual: 28.104.248-9

ÓRGÃO RESPONSÁVEL PREF MUN FIGUEIRAO		CNPJ 07158578000110	ENDEREÇO AV MOISES FALVAO, 999		Nº	BAIRRO				
MÊS/FATURA MAI/2026	LOCAL FIGUEIRÃO	CEP	AGENTE 9306	EMIÇÃO 29/05/2026	VENCIMENTO 25/06/2026	VALIDADE 01/07/2026	Nº FATURA 219693838	FOLHA 00001 / 00003		
VLR ORIGEM R\$ 19.113,01	ÁGUA R\$ 6.447,28	ESGOTO R\$ 3.109,24	SERVIÇOS R\$ 0,00	TARIFA FIXA 316,80	PARCELAMENTOS R\$	MULTA R\$ 0,00	JUROS R\$ 0,00	C. MONETARIA R\$ 0,00	TERCEIROS R\$ 0,00	TOTAL A PAGAR R\$ 9.873,32
IDENTIFICADOR DÉBITO AUTOMÁTICO		VALOR DE DEVOLUÇÃO 0,00		VALOR DO IR 0,00		CÁLCULO DE ICMS = VALOR DE ÁGUA X 17% 0,00				

SÉRIE NF. A02	NR.NF. 138606	DATA EMISSÃO 29/05/2026	ÓRGÃO SUBORDINADO PREFEITURA MUNICIPAL DE FIGUEIRAO	ENDEREÇO CEARA, TV	NÚMERO 0000		
LOCAL FIGUEIRÃO	INSCRIÇÃO 30390000010140384001	MATRICULA 30638511	LEITURA 398	VALOR DEVOLUÇÃO 0,00	CONSUMO 3		
VALOR ORIGEM R\$ 42,03	ÁGUA R\$ 14,01	ESGOTO R\$ 7,01	SERVIÇOS R\$ 0,00	PARCELAMENTOS R\$	TARIFA FIXA 17,60		
MULTA R\$ 0,00	JUROS R\$ 0,00	C. MONETARIA R\$ 0,00	TERCEIROS R\$ 0,00	BASE CÁLC.ICMS	ALÍQUOTA ICMS	VALOR DO IR 0,00	TOTAL R\$ 38,62

SÉRIE NF. A02	NR.NF. 138635	DATA EMISSÃO 29/05/2026	ÓRGÃO SUBORDINADO HOSPITAL MUNICIPAL MARIANA SILVÉRIA FURT	ENDEREÇO PROJ. Nº 02, R.	NÚMERO 00000		
LOCAL FIGUEIRÃO	INSCRIÇÃO 30390000010190348000	MATRICULA 30636163	LEITURA 220	VALOR DEVOLUÇÃO 0,00	CONSUMO 137		
VALOR ORIGEM R\$ 7.050,99	ÁGUA R\$ 2.350,33	ESGOTO R\$ 1.175,17	SERVIÇOS R\$ 0,00	PARCELAMENTOS R\$	TARIFA FIXA 17,60		
MULTA R\$ 0,00	JUROS R\$ 0,00	C. MONETARIA R\$ 0,00	TERCEIROS R\$ 0,00	BASE CÁLC.ICMS	ALÍQUOTA ICMS	VALOR DO IR 0,00	TOTAL R\$ 3.543,10

SÉRIE NF. A02	NR.NF. 138696	DATA EMISSÃO 29/05/2026	ÓRGÃO SUBORDINADO PRAÇA CENTRAL DE FIGUEIRÃO - MS	ENDEREÇO PRESIDENTE DUTRA, R.	NÚMERO 00000		
LOCAL FIGUEIRÃO	INSCRIÇÃO 30390000010200005000	MATRICULA 30564965	LEITURA 3366	VALOR DEVOLUÇÃO 0,00	CONSUMO 15		
VALOR ORIGEM R\$ 140,10	ÁGUA R\$ 70,05	ESGOTO R\$ 0,00	SERVIÇOS R\$ 0,00	PARCELAMENTOS R\$	TARIFA FIXA 17,60		
MULTA R\$ 0,00	JUROS R\$ 0,00	C. MONETARIA R\$ 0,00	TERCEIROS R\$ 0,00	BASE CÁLC.ICMS	ALÍQUOTA ICMS	VALOR DO IR 0,00	TOTAL R\$ 87,65

SÉRIE NF. A02	NR.NF. 138675	DATA EMISSÃO 29/05/2026	ÓRGÃO SUBORDINADO UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE ARINDO RODRIGUE	ENDEREÇO SANTOS DUMONT, R	NÚMERO 00245		
LOCAL FIGUEIRÃO	INSCRIÇÃO 30390000010260239000	MATRICULA 30372901	LEITURA 3183	VALOR DEVOLUÇÃO 0,00	CONSUMO 26		
VALOR ORIGEM R\$ 627,42	ÁGUA R\$ 209,14	ESGOTO R\$ 104,57	SERVIÇOS R\$ 0,00	PARCELAMENTOS R\$	TARIFA FIXA 17,60		
MULTA R\$ 0,00	JUROS R\$ 0,00	C. MONETARIA R\$ 0,00	TERCEIROS R\$ 0,00	BASE CÁLC.ICMS	ALÍQUOTA ICMS	VALOR DO IR 0,00	TOTAL R\$ 331,31

SÉRIE NF. A02	NR.NF. 138662	DATA EMISSÃO 29/05/2026	ÓRGÃO SUBORDINADO NÚCLEO DE SECRETARIAS	ENDEREÇO MOISES ARAUJO GALVAO, AV	NÚMERO 00970		
LOCAL FIGUEIRÃO	INSCRIÇÃO 30390000010280101000	MATRICULA 30365718	LEITURA 4006	VALOR DEVOLUÇÃO 0,00	CONSUMO 20		
VALOR ORIGEM R\$ 280,20	ÁGUA R\$ 93,40	ESGOTO R\$ 46,70	SERVIÇOS R\$ 0,00	PARCELAMENTOS R\$	TARIFA FIXA 17,60		
MULTA R\$ 0,00	JUROS R\$ 0,00	C. MONETARIA R\$ 0,00	TERCEIROS R\$ 0,00	BASE CÁLC.ICMS	ALÍQUOTA ICMS	VALOR DO IR 0,00	TOTAL R\$ 157,70

SÉRIE NF. A02	NR.NF. 138660	DATA EMISSÃO 29/05/2026	ÓRGÃO SUBORDINADO SECRETARIA DE INFRAESTRUTURA, AGRONEG	ENDEREÇO MOISES ARAUJO GALVAO, AV	NÚMERO 01012		
LOCAL FIGUEIRÃO	INSCRIÇÃO 30390000010280144000	MATRICULA 30371622	LEITURA 663	VALOR DEVOLUÇÃO 0,00	CONSUMO 3		
VALOR ORIGEM R\$ 42,03	ÁGUA R\$ 14,01	ESGOTO R\$ 7,01	SERVIÇOS R\$ 0,00	PARCELAMENTOS R\$	TARIFA FIXA 17,60		
MULTA R\$ 0,00	JUROS R\$ 0,00	C. MONETARIA R\$ 0,00	TERCEIROS R\$ 0,00	BASE CÁLC.ICMS	ALÍQUOTA ICMS	VALOR DO IR 0,00	TOTAL R\$ 38,62

SÉRIE NF. A02	NR.NF. 138730	DATA EMISSÃO 29/05/2026	ÓRGÃO SUBORDINADO VELADORIA MUNICIPAL	ENDEREÇO 30 DE SETEMBRO, R	NÚMERO 00000		
LOCAL FIGUEIRÃO	INSCRIÇÃO 30390000010300186000	MATRICULA 30634278	LEITURA 299	VALOR DEVOLUÇÃO 0,00	CONSUMO 4		
VALOR ORIGEM R\$ 56,04	ÁGUA R\$ 18,68	ESGOTO R\$ 9,34	SERVIÇOS R\$ 0,00	PARCELAMENTOS R\$	TARIFA FIXA 17,60		
MULTA R\$ 0,00	JUROS R\$ 0,00	C. MONETARIA R\$ 0,00	TERCEIROS R\$ 0,00	BASE CÁLC.ICMS	ALÍQUOTA ICMS	VALOR DO IR 0,00	TOTAL R\$ 45,62



EMPRESA DE SANEAMENTO DE MATO GROSSO DO SUL S.A
Cnpj/MF 03.982.931/0001-20 - Insc. Estadual: 28.104.248-9

ÓRGÃO RESPONSÁVEL PREF MUN FIGUEIRAO		CNPJ 07158578000110	ENDEREÇO AV MOISES FALVAO, 999		Nº	BAIRRO				
MÊS/FATURA MAI/2026	LOCAL FIGUEIRÃO	CEP	AGENTE 9306	EMIÇÃO 29/05/2026	VENCIMENTO 25/06/2026	VALIDADE 01/07/2026	Nº FATURA 219693838	FOLHA		
VLR ORIGEM R\$ 19.113,01	ÁGUA R\$ 6.447,28	ESGOTO R\$ 3.109,24	SERVIÇOS R\$ 0,00	TARIFA FIXA 316,80	PARCELAMENTOS R\$	MULTA R\$ 0,00	JUROS R\$ 0,00	C. MONETARIA R\$ 0,00	TERCEIROS R\$ 0,00	TOTAL A PAGAR R\$ 9.873,32
IDENTIFICADOR DÉBITO AUTOMÁTICO		VALOR DE DEVOLUÇÃO 0,00		VALOR DO IR 0,00		CÁLCULO DE ICMS = VALOR DE ÁGUA X 17% 0,00				

8262000098-0 73320110202-3 70625219693-8 83830648885-2

PREFEITURA MUNICIPAL DE FIGUEIRÃO – MS
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE/SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Atesto que recebi, conferi e aceitei o(s) serviço(s)
constante(s) do presente documento em condições
satisfatórias para o município/FMS.

Figueirão/MS, 15 de 06 de 2026
Bruno Sartori 420850588-50
Assinatura por extenso RG/CPF

EMPRESA DE SANEAMENTO DE MATO GROSSO DO SUL S.A
Cnpj/MF 03.982.931/0001-20 - Insc. Estadual: 28.104.248-9

ÓRGÃO RESPONSÁVEL PREF MUN FIGUEIRAO				CNPJ 07158578000110		ENDEREÇO AV MOISES FALVAO, 999			Nº	BAIRRO		
MÊS/FATURA MAI/2026		LOCAL FIGUEIRÃO		CEP	AGENTE 9306	EMIÇÃO 29/05/2026	VENCIMENTO 25/06/2026	VALIDADE 01/07/2026		Nº FATURA 219693838	FOLHA 00002 / 00003	
VLR ORIGEM R\$ 19.113,01	ÁGUA R\$ 6.447,28	ESGOTO R\$ 3.109,24	SERVIÇOS R\$ 0,00	TARIFA FIXA 316,80		PARCELAMENTOS R\$	MULTA R\$ 0,00	JUROS R\$ 0,00	C. MONETARIA R\$ 0,00	TERCEIROS R\$ 0,00	TOTAL A PAGAR R\$ 9.873,32	
IDENTIFICADOR DÉBITO AUTOMATICO			VALOR DE DEVOLUÇÃO 0,00			VALOR DO IR 0,00			CÁLCULO DE ICMS = VALOR DE ÁGUA X 17% 0,00			

SÉRIE NF. A02	NR.NF. 138754	DATA EMISSÃO 29/05/2026	ÓRGÃO SUBORDINADO CRECHE FRANCISCO ROGÉRIO BARBOSA OLIVEIRA		ENDEREÇO CLAUDIO JOSE DE LIMA, R		NÚMERO 00000	
LOCAL FIGUEIRÃO		INSCRIÇÃO 30390000010340172000		MATRICULA 30637134		LEITURA 4465	VALOR DEVOLUÇÃO 0,00	CONSUMO 131
VALOR ORIGEM R\$ 6.703,77		ÁGUA R\$ 2.234,59		ESGOTO R\$ 1.117,29		SERVIÇOS R\$ 0,00		PARCELAMENTOS R\$ 17,60
MULTA R\$ 0,00		JUROS R\$ 0,00		C. MONETARIA R\$ 0,00		TERCEIROS R\$ 0,00		BASE CÁLC.ICMS
						ALÍQUOTA ICMS		VALOR DO IR 0,00
								TOTAL R\$ 3.369,48

SÉRIE NF. A02	NR.NF. 138869	DATA EMISSÃO 29/05/2026	ÓRGÃO SUBORDINADO GINÁSIO APARECIDO BELQUÓ		ENDEREÇO PRESIDENTE DUTRA, R.		NÚMERO 00000	
LOCAL FIGUEIRÃO		INSCRIÇÃO 30390000010540001000		MATRICULA 30365818		LEITURA 559	VALOR DEVOLUÇÃO 0,00	CONSUMO 16
VALOR ORIGEM R\$ 149,44		ÁGUA R\$ 74,72		ESGOTO R\$ 0,00		SERVIÇOS R\$ 0,00		PARCELAMENTOS R\$ 17,60
TARIFA FIXA		MULTA R\$ 0,00		JUROS R\$ 0,00		C. MONETARIA R\$ 0,00		TERCEIROS R\$ 0,00
BASE CÁLC.ICMS		ALÍQUOTA ICMS		VALOR DO IR 0,00		TOTAL R\$ 92,32		

SÉRIE NF. A02	NR.NF. 176312	DATA EMISSÃO 29/05/2026	ÓRGÃO SUBORDINADO PREFEITURA MUNICIPAL DE FIGUEIRAO		ENDEREÇO CASTRO ALVES, R		NÚMERO 148	
LOCAL FIGUEIRÃO		INSCRIÇÃO 30390000010660108000		MATRICULA 30647540		LEITURA 100	VALOR DEVOLUÇÃO 0,00	CONSUMO 14
VALOR ORIGEM R\$ 130,76		ÁGUA R\$ 65,38		ESGOTO R\$ 0,00		SERVIÇOS R\$ 0,00		PARCELAMENTOS R\$ 17,60
MULTA R\$ 0,00		JUROS R\$ 0,00		C. MONETARIA R\$ 0,00		TERCEIROS R\$ 0,00		BASE CÁLC.ICMS 0,00
						ALÍQUOTA ICMS		VALOR DO IR 0,00
								TOTAL R\$ 82,98

SÉRIE NF. A02	NR.NF. 176409	DATA EMISSÃO 29/05/2026	ÓRGÃO SUBORDINADO ESCOLA MUNICIPAL ANTÔNIO INÁCIO FURTADO			ENDEREÇO CASTRO ALVES,R			NÚMERO 00000
LOCAL FIGUEIRÃO		INSCRIÇÃO 30390000010720117000			MATRICULA 30633748		LEITURA 6611	VALOR DEVOLUÇÃO 0,00	CONSUMO 66
VALOR ORIGEM R\$ 2.942,22		ÁGUA R\$ 980,74	ESGOTO R\$ 490,37		SERVIÇOS R\$ 0,00		PARCELAMENTOS R\$		TARIFA FIXA 17,60
MULTA R\$ 0,00	JUROS R\$ 0,00	C. MONETARIA R\$ 0,00	TERCEIROS R\$ 0,00	BASE CÁLC.ICMS		ALÍQUOTA ICMS		VALOR DO IR 0,00	TOTAL R\$ 1.488,71

SÉRIE NF. A02	NR.NF. 176499	DATA EMISSÃO 29/05/2026	ÓRGÃO SUBORDINADO PMF CAMPO SOCIETY			ENDEREÇO NELSON TRAD, AVENIDA			NÚMERO 00000
LOCAL FIGUEIRÃO		INSCRIÇÃO 30390000011380246000			MATRICULA 30634406		LEITURA 2226	VALOR DEVOLUÇÃO 0,00	CONSUMO 6
VALOR ORIGEM R\$ 84,06		ÁGUA R\$ 28,02		ESGOTO R\$ 14,01		SERVIÇOS R\$ 0,00		PARCELAMENTOS R\$	TARIFA FIXA 17,60
MULTA R\$ 0,00	JUROS R\$ 0,00	C. MONETARIA R\$ 0,00		TERCEIROS R\$ 0,00		BASE CÁLC.ICMS		ALÍQUOTA ICMS	VALOR DO IR 0,00
									TOTAL R\$ 59,63

SÉRIE NF. A02	NR.NF. 176808	DATA EMISSÃO 29/05/2026	ÓRGÃO SUBORDINADO PREFEITURA MUNICIPAL DE FIGUEIRAO - UBS			ENDEREÇO RUA 06	NÚMERO 00000	
LOCAL FIGUEIRÃO		INSCRIÇÃO 30390000011720292000		MATRICULA 30648885		LEITURA 219	VALOR DEVOLUÇÃO 0,00	CONSUMO 6
VALOR ORIGEM R\$ 84,06		ÁGUA R\$ 28,02	ESGOTO R\$ 14,01	SERVIÇOS R\$ 0,00		PARCELAMENTOS R\$		TARIFA FIXA 17,60
MULTA R\$ 0,00	JUROS R\$ 0,00	C. MONETARIA R\$ 0,00	TERCEIROS R\$ 0,00	BASE CÁLC.ICMS	ALÍQUOTA ICMS		VALOR DO IR 0,00	TOTAL R\$ 59,63

SÉRIE NF. A02	NR.NF. 176684	DATA EMISSÃO 29/05/2026	ÓRGÃO SUBORDINADO CRAS LEONTINA GERALDINO GAVÃO			ENDEREÇO FIGUEIRA, R.			NÚMERO 00000
LOCAL FIGUEIRÃO		INSCRIÇÃO 30390000012520296000			MATRICULA 30636300		LEITURA 1229	VALOR DEVOLUÇÃO 0,00	CONSUMO 19
VALOR ORIGEM R\$ 266,19		ÁGUA R\$ 88,73	ESGOTO R\$ 44,37		SERVIÇOS R\$ 0,00		PARCELAMENTOS R\$		TARIFA FIXA 17,60
MULTA R\$ 0,00	JUROS R\$ 0,00	C. MONETARIA R\$ 0,00	TERCEIROS R\$ 0,00		BASE CÁLC.ICMS		ALÍQUOTA ICMS		VALOR DO IR 0,00
									TOTAL R\$ 150,70

EMPRESA DE SANEAMENTO DE MATO GROSSO DO SUL S.A
Cnpj/MF 03.982.931/0001-20 - Insc. Estadual: 28.104.248-9

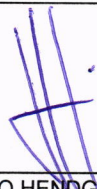
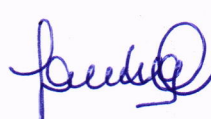
ÓRGÃO RESPONSÁVEL PREF MUN FIGUEIRAO			CNPJ 07158578000110		ENDEREÇO AV MOISES FALVAO, 999			Nº	BAIRRO	
MÊS/FATURA MAI/2026		LOCAL FIGUEIRÃO		CEP	AGENTE 9306	EMIÇÃO 29/05/2026	VENCIMENTO 25/06/2026	VALIDADE 01/07/2026	Nº FATURA 219693838	FOLHA
VLR ORIGEM R\$ 19.113,01	ÁGUA R\$ 6.447,28	ESGOTO R\$ 3.109,24	SERVIÇOS R\$ 0,00	TARIFA FIXA 316,80	PARCELAMENTOS R\$	MULTA R\$ 0,00	JUROS R\$ 0,00	C. MONETARIA R\$ 0,00	TERCEIROS R\$ 0,00	TOTAL A PAGAR R\$ 9.873,32
IDENTIFICADOR DÉBITO AUTOMATICO		VALOR DE DEVOLUÇÃO 0,00			VALOR DO IR 0,00		CÁLCULO DE ICMS = VALOR DE ÁGUA X 17% 0,00			

82620000098-0 73320110202-3 70625219693-8 83830648885-2

PREFEITURA MUNICIPAL DE FIGUEIRÃO – MS
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE/SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Atesto que recebi, conferi e aceitei o(s) serviço(s)
constante(s) do presente documento em condições
satisfatórias para o município/FMS.

Figueirão/MS, 15 de 06 de 2026
Bruno Daltro 420850588-50
Assinatura por extenso RG/CPF

Nota de Empenho

DADOS DO EMPENHO		
N.º Empenho.: 12	Tipo.: Estimativo	Data.: 30/1/2026
DADOS DO CREDOR		
Nome.....: 22 - EMPRESA DE SANEAMENTO DE MATO GROSSO DO SUL S.A	C.N.P.J/C.P.F.: 03.982.931/0001-20	
Endereço.....: Rua Doutor Zerbini,421	Cidade: Campo Grande	UF: MS
Telefone.....: (67) 3318-7707	FAX.....:	
Banco.....:	Agência:	Conta:
Gênero Despesa....: ÁGUA		
VALOR		
36.000,00 (Trinta e Seis Mil Reais.)		
HISTÓRICO		
Valor que se empenha referente a despesa com FORNECIMENTO DE ÁGUA PARA O ANO DE 2026.		
DADOS DA DOTAÇÃO		
Cód Reduzido.: 4		
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.....: 3.3.90.39.00	Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica	
SubElemento....: 44	SERVIÇOS DE ÁGUA E ESGOTO	
F. de Recursos.: 1500	Recursos não Vinculados de Impostos	
DETALHAMENTO DA FONTE		
1500.1002000 - Identificação das despesas com ações e serviços públicos de saúde		36.000,00
VALORES DA DOTAÇÃO		
Saldo Anterior.....: 888.000,00	Lañ. Empenho.: 36.000,00	Saldo Atual.....: 852.000,00
ASSINATURA		
 LORENZO HENGGES MIRANDA CONTADOR		



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal do Brasil
Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional

**CERTIDÃO POSITIVA COM EFEITOS DE NEGATIVA DE DÉBITOS RELATIVOS AOS TRIBUTOS
FEDERAIS E À DÍVIDA ATIVA DA UNIÃO**

Nome: **EMPRESA DE SANEAMENTO DE MATO GROSSO DO SUL S.A.SANESUL**
CNPJ: **03.982.931/0001-20**

Ressalvado o direito de a Fazenda Nacional cobrar e inscrever quaisquer dívidas de responsabilidade do sujeito passivo acima identificado que vierem a ser apuradas, é certificado que:

1. constam débitos administrados pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) com exigibilidade suspensa nos termos do art. 151 da Lei nº 5.172, de 25 de outubro de 1966 - Código Tributário Nacional (CTN), ou objeto de decisão judicial que determina sua desconsideração para fins de certificação da regularidade fiscal, ou ainda não vencidos; e
2. não constam inscrições em Dívida Ativa da União (DAU) na Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN).

Conforme disposto nos arts. 205 e 206 do CTN, este documento tem os mesmos efeitos da certidão negativa.

Esta certidão é válida para o estabelecimento matriz e suas filiais e, no caso de ente federativo, para todos os órgãos e fundos públicos da administração direta a ele vinculados. Refere-se à situação do sujeito passivo no âmbito da RFB e da PGFN e abrange inclusive as contribuições sociais previstas nas alíneas 'a' a 'd' do parágrafo único do art. 11 da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991.

A aceitação desta certidão está condicionada à verificação de sua autenticidade na Internet, nos endereços <<http://rfb.gov.br>> ou <<http://www.pgfn.gov.br>>.

Certidão emitida gratuitamente com base na Portaria Conjunta RFB/PGFN nº 1.751, de 2/10/2014.

Emitida às 10:38:25 do dia 12/06/2026 <hora e data de Brasília>.

Válida até 09/12/2026.

Código de controle da certidão: **1394.5606.8E74.81F3**

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.

Observações RFB:

Contribuinte possui arrolamento de bens, conforme Lei nº 9532/1997.

Voltar

Imprimir



Certificado de Regularidade do FGTS - CRF

Inscrição: 03.982.931/0001-20

Razão social: EMPRESA DE SANEAMENTO DE MATO GROSSO DO SUL S.A.SANESUL

Endereço: R DOUTOR ZEBINI 421 / CHACARA CACHOEIRA / CAMPO GRANDE / MS
/ 79040-040

A Caixa Econômica Federal, no uso da atribuição que lhe confere o Art. 7, da Lei 8.036, de 11 de maio de 1990, certifica que, nesta data, a empresa acima identificada encontra-se em situação regular perante o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O presente Certificado não servirá de prova contra cobrança de quaisquer débitos referentes a contribuições e/ou encargos devidos, decorrentes das obrigações com o FGTS.

Validade: 27/05/2026 a 25/06/2026

Certificação Número: 2026052707010117193209

Informação obtida em 15/06/2026 16:31:21

A utilização deste Certificado para os fins previstos em Lei esta condicionada a verificação de autenticidade no site da Caixa:
www.caixa.gov.br

ORDEM DE PAGAMENTO Orçamentária

DADOS DA OP

Tipo: Pagamento de Empenho Data....: 18/06/2026
Nº do Empenho: 1057 Data do empenho....: 17/06/2026

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.....: 162,50
Valor da Nota de Pagamento referente a parcela nº 1: 162,50
Valor pago do Empenho (inclui o valor desta nota).....: 162,50
Saldo a pagar do Empenho: 0,00
Líquido a Pagar: 162,50

HISTÓRICO

Valor que se empenha referente a despesa com traslado de pacientes para Campo Grande/MS, no dia 16/06/2026. Correspondente a 01 (uma) diária sem pernoite. CI nº 970/2026.

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 162,50

DADOS FINANCEIROS

248 - Ag. 82295- C/C. 10.202-4-PREF. MUNIC DE FIGUEIRÃO - FMS C/C 10.202- DEBITO EM CONTA 0 162,50

ASSINATURAS


FABRÍCIA DANIELA FAGUNDES
SECRETÁRIO MUNICIPAL

Recebi a importância acima processada

Credor - Doc. nº :



Transferência entre contas diversas

Debitado

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

Creditado

Nome THIEGO MARTINS
Agência 8229-5
Conta corrente 6162-X
Valor 162,50
Destinação 0
Data Nesta data

Assinada por	JE677115 JUVENAL CONSOLARO	18/06/2026 09:08:06
	JJ172940 THIAGO INACIO D PAULA FURTADO	18/06/2026 09:33:36

Transação efetuada com sucesso.

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

Nota de Liquidação

Liquidação de Empenho

DADOS DA LIQUIDAÇÃO

Nº da Liquidação: 1

Tipo: Liquidação de Empenho

Data....: 17/06/2026

Nº do Empenho: 1057

Data do empenho....: 17/6/2026

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:

VALORES

Valor do Empenho.....: 162,50

Valor da Nota de Liquidação: 162,50

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

Valor Líquido Liquidado: 162,50

Diaria

Nº Diária...: 550

Data Doc.: 17/06/2026

Data Saída: 16/06/2026

Data Retorno: 16/06/2026

Qtd: 1

Valor: 162,50

Destino...: CAMPO GRANDE

Objetivo...: Valor que se empenha referente a despesa com traslado de pacientes para Campo Grande/MS, no dia 16/06/2026. Correspondente a 01 (uma) diária sem pernoite. CI nº 970/2026.

HISTÓRICO

Valor que se empenha referente a despesa com traslado de pacientes para Campo Grande/MS, no dia 16/06/2026. Correspondente a 01 (uma) diária sem pernoite. CI nº 970/2026.

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

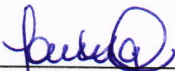
Recursos não Vinculados de Impostos

Detalhamento da Fonte

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

162,50

ASSINATURAS



FABRICIA DANIELA FAGUNDES

SECRETÁRIO MUNICIPAL

Nota de Empenho

DADOS DO EMPENHO		
N.º Empenho...: 1057	Tipo...: Ordinário	Data.: 17/6/2026
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		
162,50 (Cento e Sessenta e Dois Reais e Cinquenta Centavos.)		
HISTÓRICO		
Valor que se empenha referente a despesa com traslado de pacientes para Campo Grande/MS, no dia 16/06/2026. Correspondente a 01 (uma) diária sem pernoite. CI nº 970/2026.		
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		162,50
VALORES DA DOTAÇÃO		
Saldo Anterior.....: 85.129,24	Lanç. Empenho...: 162,50	Saldo Atual.....: 84.966,74
ASSINATURA		ORDENADOR DA DESPESA
 LORENZO HENDGES MIRANDA CONTADOR		 FABRÍCIA DANIELA FAGUNDES SECRETÁRIO MUNICIPAL



**MUNICÍPIO
DE FIGUEIRÃO**
MATO GROSSO DO SUL

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

Comunicação Interna nº 970/2026

Figueirão/MS, 16 de junho de 2026.

À Secretaria de Planejamento, Administração e Finanças.

Ao Setor de Contabilidade.

Assunto: Solicitação de Diária

CÓDIGO Nº 78655
PROTOCOLO Nº 3078/2026
RECEBI EM 17/06/2026
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	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: Van. Placa: RWE8D69.

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:	16/06/2026	Final da Permanência:	16/06/2026

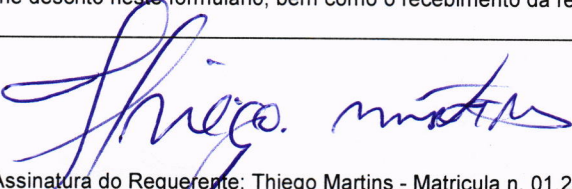
Identificação do Valor do Quilômetro Rodado (Veículo Próprio):

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

Identificação do Valor da Diária:

Com Pernoite:		Valor Unitário:		Valor total:	
Sem Pernoite:	1	Valor Unitário:	R\$ 162,50		R\$ 162,50

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

Data:	16/06/2026	 Assinatura do Requerente: Thiago Martins - Matrícula n. 01.246 Aprovação
Data:	16/06/2026	 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:	Campo Grande/MS		
Início da Permanência:	16/06/2026	Final da Permanência:	16/06/2026		

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

Identificação do Valor da Diária:					
Com Pernoite:		Valor Unitário:		Valor total:	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:

*

Tudo no paz todo tranquilo

Figueirópolis-MS,

de

de

Assinatura do Requerente

Thiago Martins



LISTAGEM DE VIAGEM

#4569

DESTINO: CAMPO GRANDE

MOTORISTA: THIEGO MARTINS

DATA DE SAÍDA: 16/06/26 01:20

OBSERVAÇÃO: LEVAR PACIENTE PARA CONSULTAS E EXAMES

PLACA: RWE8D69

VEÍCULO: VAN 1

DATA DE CHEGADA: _____

PACIENTES: 12

ACOMPANHANTES: 6

18

SEQ.	NOME DA PESSOA	IDADE	DOCUMENTO	TELEFONE	EMBARQUE
1	Dirceu Furtado De Souza	42	1211832 MS	6798416887 (67) 9841-6887	01:20

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

DESTINO: Clinica Particular - PEDRO COUTINHO, 350
HORA: 08:40 PROC: Consulta

ACOMPANHANTES:
OBSERVAÇÕES:
ACESSÓRIOS:

2	Maria Fatima De Souza	58	364085	67984811600 (67) 9 8481-1600	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:
OBSERVAÇÕES: SIM PARA CASA DE APOIO
ACESSÓRIOS:

3	Sandro Ramos Paiva	49	-	67984272385 (67) 9 8427-2385	01:20
---	--------------------	----	---	---------------------------------	-------

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

DESTINO: Clinica Particular - ,
HORA: 15:15 PROC: Consulta

ACOMPANHANTES:
OBSERVAÇÕES:
ACESSÓRIOS:

4	Etiana Pricila Da Silva	37	7387486MSEXP.	67984732088 (67) 9 8473-2088	01:20
---	-------------------------	----	---------------	---------------------------------	-------

LOCAL DE SAÍDA: NA CASA DE APOIO
TIPO: Volta

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

ACOMPANHANTES:

LISTAGEM DE VIAGEM

#4569

DESTINO: CAMPO GRANDE

MOTORISTA: THIEGO MARTINS

DATA DE SAÍDA: 16/06/26 01:20

OBSERVAÇÃO: LEVAR PACIENTE PARA CONSULTAS E EXAMES

PLACA: RWE8D69

VEÍCULO: VAN 1

DATA DE CHEGADA:

PACIENTES: 12

ACOMPANHANTES: 6

18

SEQ.	NOME DA PESSOA	IDADE	DOCUMENTO	TELEFONE	EMBARQUE
OBSERVAÇÕES:					
ACESSÓRIOS:					
5	Leticia Domingues Teles	26	-	67981334070 (67) 9 8133-4070	01:20
LOCAL DE SAÍDA: NA CASA DE APOIO					
TIPO: Volta					
DESTINO: Clinica Particular - PEDRO COUTINHO, 350					
HORA: 10:20 PROC: Exame					
ACOMPANHANTES:					
OBSERVAÇÕES:					
ACESSÓRIOS:					
6	Maria Amorim De Souza	60	RG:	6784227902 (67) 8422-7902	01:20
LOCAL DE SAÍDA: NA CASA DE APOIO					
TIPO: Volta					
DESTINO: Hospital Cassems - PRINCIPE RANIER, 48					
HORA: 14:00 PROC: Consulta					
ACOMPANHANTES:					
OBSERVAÇÕES:					
ACESSÓRIOS:					
7	Vitor Hugo Donega Barbosa	6	-	67991876220 (67) 9 9187-6220	14:00
LOCAL DE SAÍDA: NA CASA DE APOIO					
TIPO: Volta					
DESTINO: Clinica Particular - ,					
HORA: 09:15 PROC: Consulta					
ACOMPANHANTES: RG: null - BIANCA PADILHA ROSA (MÃE) - DOCUMENTO: 02137613190					
RG: null - ANY ISABELLY DONEGA ORTIZ (IRMÃ) - DOCUMENTO: 09478036106					
OBSERVAÇÕES:					
ACESSÓRIOS:					
8	Eva De Oliveira Furtado	74	189612GOEXP.	67984735909 (67) 9 8473-5909	01:20
LOCAL DE SAÍDA: NÚCLEO DE SECRETARIAS					
TIPO: Ida					
DESTINO: Clinica Particular - ,					
HORA: 07:00 PROC: Consulta					
ACOMPANHANTES: RG: 000644943 SSP/GO EXP.03/02/97 - NADIR OLIVEIRA FURTADO (FILHA) - DOCUMENTO: 000644943 SSP/GO EXP.03/02/97					

LISTAGEM DE VIAGEM

#4569

DESTINO: CAMPO GRANDE
MOTORISTA: THIEGO MARTINS
DATA DE SAÍDA: 16/06/26 01:20
OBSERVAÇÃO: LEVAR PACIENTE PARA CONSULTAS E EXAMES

PLACA: RWE8D69
VEÍCULO: VAN 1

DATA DE CHEGADA:

PACIENTES: 12
ACOMPANHANTES: 6
18

SEQ.	NOME DA PESSOA	IDADE	DOCUMENTO	TELEFONE	EMBARQUE
OBSERVAÇÕES: SIM PARA CASA DE APOIO COM PERNOITE					
ACESSÓRIOS:					
9	Kemmily Lays Santana	9	-	67984048695 (67) 9 8404-8695	01:20
LOCAL DE SAÍDA: NÚCLEO DE SECRETARIAS					
TIPO: Ida e Volta					
DESTINO: Rua Dr. Arthur Jorge, 1403 - ,					
HORA: 06:00 PROC: Exame					
ACOMPANHANTES: RG: 487512 GO - ANA CAROLINE CHARAO SANTANA (MAE) - DOCUMENTO: 487512 GO					
OBSERVAÇÕES: SIM CASA					
ACESSÓRIOS:					
10	Pedro Henrique Venancia De Mattos	14	-	6798462957 (67) 9846-2957	01:20
LOCAL DE SAÍDA: NÚCLEO DE SECRETARIAS					
TIPO: Ida e Volta					
DESTINO: Hospital Cassems - PRINCIPE RANIER, 48					
HORA: 14:30 PROC: Consulta					
ACOMPANHANTES: RG: 616566 SSP/MS - MARIA DE FATIMA VENANCIA SILVA (AVó) - DOCUMENTO: 616566 SSP/MS					
OBSERVAÇÕES:					
ACESSÓRIOS:					
11	Monica De Oliveira Sorce	38	1487940PREXP.	67996540765 (67) 9 9654-0765	01:20
LOCAL DE SAÍDA: PONTINHA DO COCHO					
TIPO: Ida e Volta					
DESTINO: Hospital Santa Casa - R. EDUARDO SANTOS PEREIRA, 88					
HORA: 13:00 PROC: Consulta					
ACOMPANHANTES: RG: null - LUCAS THIOBALDO DE OLIVEIRA (ESPOSO) - DOCUMENTO: -					
OBSERVAÇÕES: SIM CASA , MERCADO DA PONTINHA					
ACESSÓRIOS:					
12	Marlon Cesar Ironio	59	11522544	67998123772 (67) 9 9812-3772	01:20
LOCAL DE SAÍDA: PRIME CONVENIÊNCIA					
TIPO: Ida e Volta					
DESTINO: Cem - TRAVESSA GUIA LOPES,, 71					
HORA: 07:00 PROC: Consulta					
ACOMPANHANTES:					
OBSERVAÇÕES: SIM PARA CASA DE APOIO					
ACESSÓRIOS:					

LISTAGEM DE VIAGEM

#4569

DESTINO: CAMPO GRANDE
MOTORISTA: THIEGO MARTINS
DATA DE SAÍDA: 16/06/26 01:20
OBSERVAÇÃO: LEVAR PACIENTE PARA CONSULTAS E EXAMES

PLACA: RWE8D69
VEÍCULO: VAN 1
DATA DE CHEGADA: _____
PACIENTES: 12
ACOMPANHANTES: 6
18

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

ORDEM DE PAGAMENTO Orçamentária

DADOS DA OP

Tipo: Pagamento de Empenho Data....: 18/06/2026
Nº do Empenho: 1055 Data do empenho....: 17/06/2026

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 participar de reunião, no dia 18/06/2026. Correspondente a 01 (uma) diária sem pernoite. CI nº 969/2026.

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	JE677115 JUVENAL CONSOLARO	18/06/2026 09:08:58
	JJ172940 THIAGO INACIO D PAULA FURTADO	18/06/2026 09:31:48

Transação efetuada com sucesso.

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

Nota de Liquidação
Liquidação de Empenho

DADOS DA LIQUIDAÇÃO	
Nº da Liquidação: 1	Tipo: Liquidação de Empenho
Nº do Empenho: 1055	Data.....: 17/06/2026
DADOS DO CREDOR	
Nome...: 2663 - Fabricia Daniela Fagundes	C.N.P./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...: 548	
Data Doc.: 17/06/2026	Data Saída: 18/06/2026
Data Retorno: 18/06/2026	Qtd: 1
Destino...: CAMPO GRANDE	Valor: 227,50
Objetivo...:	Valor que se empenha referente a despesa com traslado para Campo Grande/MS para participar de reunião, no dia 18/06/2026. Correspondente a 01 (uma) diária sem pernoite. CI nº 969/2026.
HISTÓRICO	
Valor que se empenha referente a despesa com traslado para Campo Grande/MS para participar de reunião, no dia 18/06/2026. Correspondente a 01 (uma) diária sem pernoite. CI nº 969/2026.	
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.: 1055 Tipo.: Ordinário Data.: 17/6/2026

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 participar de reunião, no dia 18/06/2026. Correspondente a 01 (uma) diária sem pernoite. CI nº 969/2026.

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.....: 86.331,74 Lanç. Empenho...: 227,50 Saldo Atual.....: 86.104,24

ASSINATURA

ORDENADOR DA DESPESA

LORENZO HENDGES MIRANDA
CONTADOR

FABRICIA DANIELA FAGUNDES
SECRETÁRIO MUNICIPAL



**MUNICÍPIO
DE FIGUEIRÃO**
MATO GROSSO DO SUL

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

Comunicação Interna nº 969/2026

Figueirópolis/MS, 16 de junho de 2026.

À Secretaria de Planejamento, Administração e Finanças.

Ao Setor de Contabilidade.

Assunto: Solicitação de Diária

CÓDIGO Nº 78654.
PROTOCOLO Nº 30771/2026.
RECEBI EM 17/06/2026.
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 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:	Brasil	Agência:	4018-5	Conta:	22366-2

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:

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:	18/06/2026	Final da Permanência:	18/06/2026

Identificação do Valor do Quilômetro Rodado (Veículo Próprio):

Quantidade: Valor Unitário: Valor total:

Identificação do Valor da Diária:

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

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

Data: 16/06/2026

Assinatura do Requerente: Fabricia Daniela Fagundes - Matrícula n. 02.396

Aprovação

Data: 16/06/2026

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:	Fabricia Daniela Fagundes	Matrícula:	2.396	Cargo:	Sec. Saúde
Local de Origem:	Figueirão/MS	Local de Destino:	Campo Grande/MS		
Início da Permanência:	18/06/2026	Final da Permanência:	18/06/2026		

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

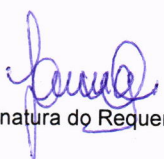
Eu, subscrevante abaixo, nos termos do Decreto nº 150/2017, com as alterações posteriores, venho à presença de Vossa Excelência apresentar o respectivo relatório de viagem, conforme detalhamento abaixo:

Relatório da Viagem:

*

Viagem a campo reunião auditoria
SES. retirada kit odontológico.

Figueirão-MS, 26 de junho de 2026


Assinatura do Requerente

ORDEM DE PAGAMENTO Orçamentária

DADOS DA OP

Tipo: Pagamento de Empenho Data....: 18/06/2026
Nº do Empenho: 1056 Data do empenho....: 17/06/2026

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.....: 975,00
Valor da Nota de Pagamento referente a parcela nº 1: 975,00
Valor pago do Empenho (inclui o valor desta nota).....: 975,00
Saldo a pagar do Empenho: 0,00
Líquido a Pagar: 975,00

HISTÓRICO

Valor que se empenha referente a despesa com traslado de paciente para São José do Rio Preto/SP, nos dias 15 e 16/06/2026. Correspondente a 01 (uma) diária com pernoite e 01 (uma) diária sem pernoite. CI nº 968/2026.

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 975,00

DADOS FINANCEIROS

248 - Ag. 82295- C/C. 10.202-4-PREF. MUNIC DE FIGUEIRÃO - FMS C/C 10.202- DEBITO EM CONTA 0 975,00

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 975,00
Destinação 0
Data Nesta data

Assinada por	JE677115 JUVENAL CONSOLARO	18/06/2026 09:08:23
	JJ172940 THIAGO INACIO D PAULA FURTADO	18/06/2026 09:32:41

Transação efetuada com sucesso.

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

Nota de Liquidação

Liquidação de Empenho

DADOS DA LIQUIDAÇÃO

Nº da Liquidação: 1

Tipo: Liquidação de Empenho

Data....: 17/06/2026

Nº do Empenho: 1056

Data do empenho....: 17/6/2026

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.....:

975,00

Valor da Nota de Liquidação

975,00

Valor a Liquidar.....:

0,00

Valor Líquido Liquidado

975,00

Diaria

Nº Diária...: 549

Data Doc.: 17/06/2026

Data Saída: 15/06/2026

Data Retorno: 16/06/2026

Qtd: 1

Valor: 975,00

Destino...: SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

Objetivo...: Valor que se empenha referente a despesa com translado de paciente para São José do Rio Preto/SP, nos dias 15 e 16/06/2026. Correspondente a 01 (uma) diária com pernoite e 01 (uma) diária sem pernoite. CI nº 968/2026.

HISTÓRICO

Valor que se empenha referente a despesa com translado de paciente para São José do Rio Preto/SP, nos dias 15 e 16/06/2026. Correspondente a 01 (uma) diária com pernoite e 01 (uma) diária sem pernoite. CI nº 968/2026.

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

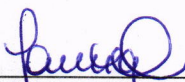
Recursos não Vinculados de Impostos

Detalhamento da Fonte

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

975,00

ASSINATURAS



FABRÍCIA DANIELA FAGUNDES

SECRETÁRIO MUNICIPAL

Nota de Empenho

DADOS DO EMPENHO		
N.º Empenho...: 1056	Tipo...: Ordinário	Data.: 17/6/2026
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		
975,00 (Novecentos e Setenta e Cinco Reais.)		
HISTÓRICO		
Valor que se empenha referente a despesa com traslado de paciente para São José do Rio Preto/SP, nos dias 15 e 16/06/2026. Correspondente a 01 (uma) diária com pernoite e 01 (uma) diária sem pernoite. CI nº 968/2026.		
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		975,00
VALORES DA DOTAÇÃO		
Saldo Anterior.....: 86.104,24	Lanç. Empenho...: 975,00	Saldo Atual.....: 85.129,24
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 968/2026

Figueirão/MS, 16 de junho de 2026.

À Secretaria de Planejamento, Administração e Finanças.

Ao Setor de Contabilidade.

Assunto: Solicitação de Diária

CÓDIGO Nº 78653.
PROTOCOLO Nº 3076/2026.
RECEBI EM 17/06/2026.
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.



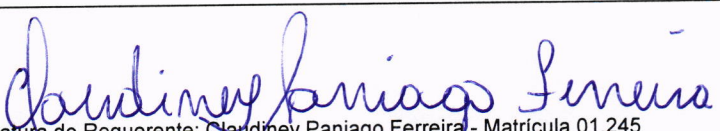
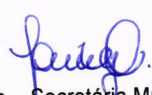
Identificação do Requerente:						
☐ Prefeito ☐ Vice-prefeito ☐ Secretários Municipais, Procurador Jurídico e Chefe de Gabinete. ☒ Demais Servidores						
Nome Completo:	Claudiney Paniago Ferreira	CPF:	835910521-91	Cargo:	Motorista	
Dados Bancários:	Banco:	Banco do Brasil	Agência:	8229-5	Conta:	5709-6

Identificação do Afastamento:			
Tipo de Viagem:	☒ Com Pernoite ☐ Sem Pernoite	Localização:	☒ Fora do Estado ☐ Capital do Estado e Demais Municípios ☐ Municípios 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 São José do Rio Preto/SP. Veículo: Ranger. Placa: RWJ2D44.			

Meio de Transporte:	☒ Veículo Oficial ☐ Veículo Próprio ☐ Transporte Rodoviário ☐ Transporte Aéreo		
Local de Origem:	Figueirópolis/MS	Local de Destino:	São José do Rio Preto/SP
Início da Permanência:	15/06/2026	Final da Permanência:	16/06/2026

Identificação do Valor do Quilômetro Rodado (Veículo Próprio):					
Quantidade:		Valor Unitário:		Valor total:	
Identificação do Valor da Diária:					
Com Pernoite:	1	Valor Unitário:	R\$ 650,00	Valor total:	R\$ 975,00
Sem Pernoite:	1	Valor Unitário:	R\$ 325,00		

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

Data:	16/06/2026	 Assinatura do Requerente: Claudiney Paniago Ferreira - Matrícula 01.245
Aprovação		
Data:	16/06/2026	 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:	Claudiney Paniago Ferreira	Matrícula:	1.245	Cargo:	Motorista
Local de Origem:	Figueirópolis/MS	Local de Destino:	São José do Rio Preto/SP		
Início da Permanência:	15/06/2026	Final da Permanência:	16/06/2026		

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

Identificação do Valor da Diária:					
Com Pernoite:	1	Valor Unitário:	R\$ 650,00	Valor total:	R\$ 975,00
Sem Pernoite:	1	Valor Unitário:	R\$ 325,00		

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:

* TRANSPORTE: PACIENTE PARA CONSULTA E EXAMES MÉDICOS.

Figueirópolis-MS, 17 de JUN 2026

Claudiney Paniago Ferreira
Assinatura do Requerente



LISTAGEM DE VIAGEM

#4571

DESTINO: SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

MOTORISTA: CLAUDINEY PANIAGO FERREIRA

DATA DE SAÍDA: 15/06/26 11:00

OBSERVAÇÃO: LEVAR PACIENTE PARA CONSULTAS E EXAMES

PLACA: RWJ2D44

VEÍCULO: FORD RANGER SAUDE

DATA DE CHEGADA: 16/06/26

PACIENTES: 1

ACOMPANHANTES: 0

1

SEQ.	NOME DA PESSOA	IDADE	DOCUMENTO	TELEFONE	EMBARQUE
1	Laudomiro Eduardo Negrao	45	10253184	6784236770 (67) 8423-6770	11:00

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

DESTINO: Hb Onco Rio Preto - RUA CILA, 3134
HORA: 13:00 PROC: Consulta

ACOMPANHANTES:
OBSERVAÇÕES:
ACESSÓRIOS: