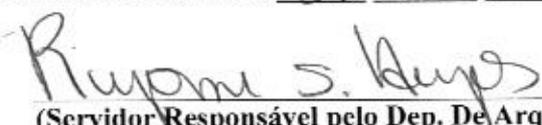




12116

Secretaria Municipal de Saúde RELATORIO DE VIAGEM - DIARIAS CONCEDIDAS	
Quantidades de diárias concedidas: 02	
Servidor: Jose Antônio Filho	Matricula nº: 6177
Cargo:	Motorista
Lotação:	Secretaria Municipal de Saúde
Motivo do deslocamento:	Referente à viagem para transportar o paciente Vanildo Crisostomo com fratura de extremidade proximal do úmero, paciente encontra-se hospitalizado no Hospital Municipal de Juína, sendo transferido para tratamento até a unidade destinada que será no Hospital Metropolitano de Várzea Grande/MT, conforme solicitação médica em anexo.
Data da Saída ao destino: 28/12/2024	Data de chegada a Origem: 30/12/2024
Trajeto percorrido: Aripuanã x Cuiabá – Cuiabá x Aripuanã.	
Meio de Transporte: Ambulância Placa RCB 4A89	
Cronograma de Atividade: Referente à viagem para transportar o paciente Vanildo Crisostomo com fratura de extremidade proximal do úmero, paciente encontra-se hospitalizado no Hospital Municipal de Juína, sendo transferido para tratamento até a unidade destinada que será no Hospital Metropolitano de Várzea Grande/MT, conforme solicitação médica em anexo.	
Observação: Compõe este Relatório os seguintes documentos comprobatórios: Nota fiscal de despesa de hospedagem, abastecimento do veículo, documento medico referente ao transporte do paciente e cópia do memorando de diárias.	
	Aripuanã, 31 de dezembro de 2024.
Jose Antônio Filho Motorista	
Data da entrega: 31,12,24	Conferido e Recebido em: 31,12,24  (Servidor Responsável pelo Dep. De Arquivo)



Estado de Mato Grosso
Prefeitura Municipal de Aripuanã

CHECK LIST EM CONCESSÃO E PRESTAÇÃO DE CONTAS DE DIARIAS

EMPENHO:

SERVIDOR: Jose Antonio Filho

PERÍODO DA VIAGEM: 28/12/2024 A 30/12/2024.

1.	DA CONCESSÃO DE DIÁRIAS (PROCESSO DE DESPESA)	SIM	NÃO	N/A	ANOTAÇÕES
1.1	Solicitação de Diárias esta bem fundamentada, constando: o motivo do deslocamento; destino; quantidade de dias; juntada de ofício, convite e/ou outro documento que demonstre a finalidade do deslocamento?				
1.2	Nota de Empenho com elemento de despesa correlamento classificada, datada e assinada pelos responsáveis?				
1.3	Nota de liquidação em conformidade com a NOTA DE EMPENHO?				
1.4	Ordem Bancária em conformidade com a NOTA DE LIQUIDAÇÃO, datada e assinada pelos responsáveis?				
1.5	Esta autorizados por AUTORIDADE COMPETENTE?				
1.6	Autorização do Ordenador de Despesa?				
1.7	Assinatura do Responsável pelo Setor de Empenho?				
1.8	No caso de concessão de diárias para viagens ao exterior foi precedida de autorização do Prefeito?				
1.9	O valor da diária concedida foi calculado conforme a quantidade de dias de afastamento, o cargo do servidor, conforme Decreto vigente?				
1.10	As diárias foram concedidas antes da realização da viagem?				
1.11	A concessão de diárias ultrapassou o limite de 15 (quinze) por mês; Se sim, está com a autorização do Prefeito?				
2.	DA PRESTAÇÃO DE CONTAS	SIM	NÃO	N/A	ANOTAÇÕES
NO RELATORIO DE VIAGEM CONSTA					
2.1	Nome do Servidor?				
2.2	Cargo ou Função?				
2.3	Lotação?				
2.4	Motivo do deslocamento?				
2.5	Meio de locomoção (e a viagem foi realizada em veículo oficial, informar a placa do veículo oficial); e Trajeto percorrido?				
2.6	Período do deslocamento?				
2.7	Cronograma da atividade?				
2.8	Data da saída e data do retorno?				
2.9	Devidamente assinado pelo servidor?				
2.10	Conferido e recebido pelo departamento de arquivo?				
2.11	Quantidade de diárias concedidas?				
3.	DOCUMENTOS COMPROBATORIOS	SIM	NÃO	N/A	ANOTAÇÕES
CONSTA ANEXO AO RELATORIO DE VIAGEM DOCUMENTOS COMPROBATORIOS COMO:					
3.1	O meio de transporte foi aéreo ou terrestre – anexar os bilhetes de passagem (ORIGINAIS), conferindo assim o roteiro e o período da viagem?				
3.2	Comprovantes de abastecimento de veículo oficial que comprove a data da saída e retorno ao Município?				
3.3	Cópia da solicitação fundamentada do Servidor ou agente político, quando do pedido das diárias, autorizado pelo ordenador de despesa ou secretaria de administração?				
3.4	Cópia de comprovante de participação em curso, treinamento e eventos, quando for o caso?				
3.5	Nota fiscal de despesas com alimentação, hospedagem e/ou abastecimento de veículo, que comprove ao menos o primeiro e ultimo dia de permanencia no destino?				
3.6	Foram devolvidos os valores das diárias, cujas viagens não foram realizadas ou valores recebidos em excesso no prazo máximo de 05 dias (Anexar comprovante, original, de recolhimento ao cofre público do Município – depósito bancário)?				
3.7	No caso de retorno antecipado houve devolução do valor correspondente aos dias antecipados no prazo máximo de 05 dias. (Anexar comprovante de recolhimento ao cofre público do Município – depósito bancário)?				
3.8	Houve prorrogação do período de afastamento do servidor e existe comprovante de justificativa no relatório de viagem?				
3.9	O Servidor apresentou o Relatório de Viagem, dentro do prazo máximo de 10 dias, contadas da data do regresso ao Município?				
Data da análise:					

Jose Antonio Filho

Ru...
30/12/24
10:30



ANEXO I – PROPOSTA DE CONCESSÃO DE DIARIA

(Identificar a Unidade Administrativa)
 PROPOSTA DE CONCESSÃO DE DIÁRIAS

DADOS DO PROPOSTO/BENEFICIÁRIO

Nome:	Jose Antônio Filho	Telefone:	(066) 99214-4007
Cargo:	Motorista	CPF	537.876.411-49
<input checked="" type="checkbox"/> Servidor Efetivo		<input type="checkbox"/> Servidor Nomeado em Comissão	
Nº da Matrícula:	6177	E-mail	

DADOS DA VIAGEM

TIPO DE VIAGEM:

No Estado Fora do Estado Fora do País

MEIO DE TRANSPORTE:

Próprio Veículo da Instituição Aéreo Rodoviário

O EVENTO PROPORCIONARÁ HOSPEDAGEM? SIM () NÃO (x)

(a informação se faz necessária para a concessão do valor da diária, conforme a Instrução Normativa 037/SFI/2018 item 6.3.1.1)

FOI CONCEDIDO ADIANTAMENTO PARA ESTA AÇÃO? SIM (x) NÃO () - Caso SIM, informar o valor:
 R\$(abastecimento com o cartão GTF – Gestão Total de Frotas)

MOTIVO DA VIAGEM: (Objetivo/Assunto a ser tratado/ Evento/ Data do início e fim): **Referente** à viagem para transportar o paciente **Vanildo Crisostomo** com fratura de extremidade proximal do úmero, paciente encontra-se hospitalizado no Hospital Municipal de Juína, sendo transferido para tratamento até a unidade destinada que será no Hospital Metropolitano de Várzea Grande/MT, conforme solicitação médica em anexo. Não foi possível o motorista assinar a diária.

Origem	Destino	Data da Saída	Sugestão de horário	Data do Retorno	Sugestão de horário
Aripuanã-MT	Cuiabá-MT	28/12/2024	04h00min	30/12/2024	16h30min

QUANTIDADE DE DIARIAS NECESSARIAS: 02

TERMO DE COMPROMISSO

Pelo presente, comprometo-me a:

- a) Apresentar prestação de contas, quando do retorno, dentro do prazo de 10(dez), conforme estabelecido na Instrução Normativa e Decreto Vigente;
- b) Juntar a prestação de contas todos os documentos necessários, elencados na Instrução Normativa e Decreto Vigente.
- c) Restituir valores de diárias no prazo de 05 (dias), caso o retorno dar-se antes do previsto ou o deslocamento não ocorrer;
- d) Nos casos em o evento fornecer hospedagem, deverá ser juntado documento comprobatório.

Observações:

DOTAÇÃO: 621 FONTE: 1.500.1002000

SOLICITAÇÃO	
Data da Solicitação	30/12/2024
	<i>Jose A. Filho</i> Assinatura do proposto
Ciente:	<i>plmavia b... e...</i> Assinatura da Chefia Imediata do(a) servidor(a) (com carimbo)

AUTORIZAÇÃO	
Data	30/12/24
Autorizo:	<i>Andréia C. M. Rodrigues</i> Secretária de Finanças Assinatura do proponente (com carimbo)

1. É obrigatório anexar documentos que comprovem a necessidade do deslocamento do servidor como convites, memorando, programações, folders, e-mail de convocação e outros, caso contrário, poderá haver recusa a solicitação.

PROTOCOLO DE RECEBIMENTO
Andréia C. M. Rodrigues
 RECEBIDO 30/12/24

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL SANTO ANTÔNIO
SUS MT- SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

SOLICITAÇÃO DE TRANSPORTE TERRESTRE PRIMÁRIO DA CIDADE DE
ARIPUANÃ/MT PARA JUÍNA/MT. SOLICITAÇÃO DE TRANSPORTE TERRESTRE
SECUNDÁRIO DA CIDADE DE JUÍNA/MT PARA VÁRZEA GRANDE/MT.

Venho através deste, solicitar transporte terrestre o qual deverá ser realizado pela ambulância da SEMUSA para deslocamento do paciente, **VANILDO CRISOSTOMO**, para o **HOSPITAL METROPOLITANO DE VÁRZEA GRANDE/MT**, com vaga já autorizada/ cedida, regulado com o **CÓDIGO 576365105**. O paciente encontra-se hospitalizado no Hospital Municipal de Juína Dr Hideo Sakuno, sendo transferido até a unidade destinada.

Paciente deu entrada em nosso serviço vítima de PAF, em região do braço direito, o qual se encontra alojado em região do tórax, paciente consciente, orientado, comunicativo, dispneico, sat 89 em a.a necessitando uso complementar de O2 MNR 6L/MIN.

No momento paciente encontra-se estável hemodinamicamente, apresentando sinais vitais PA 110 X 70, FC: 95, FR:16, T:36 C°. Sat O2 97% em AA, Teste Rápido de COVID-19 com resultado negativo. Devido ao quadro de **FRATURA DE EXTREMIDADE PROXIMAL DO ÚMERO S422** o paciente encontra-se internado em nosocômio secundário para transferência ao centro especializado para realização do procedimento cirúrgico.

TRANSPORTE DEVE SER REALIZADO NO DIA 28/12/2024

JUSTIFICATIVA MÉDICA: FRATURA DE EXTREMIDADE PROXIMAL DO ÚMERO
CID 10 S422

MOTORISTA: *José*

PROFISSIONAL DE SAÚDE: *Enf. Tânia*

Luana Garcia de Moraes
Médica
CRM 13836

DRA. LUANA GARCIA DE MORAIS
CRM/MT: 13836

RUA MANOEL LUIZ DE ABREU - Nº 941- CIDADE ALTA - CEP: 78325-000- ARIPUANÃ/MT CNPJ:
13.868.636/0001-00 ARIPUANÃ/MT

28/12/2024

Chave de Acesso da NFS-e

51034032256958768000127000000000042024125832591624



A autenticidade desta NFS-e pode ser verificada pela leitura deste código QR ou pela consulta da chave de acesso no portal nacional da NFS-e

Número da NFS-e 420	Competência da NFS-e 30/12/2024	Data e Hora da emissão da NFS-e 30/12/2024 03:52:45
Número da DPS 421	Série da DPS 900	Data e Hora da emissão da DPS 30/12/2024 03:52:44

EMITENTE DA NFS-e Prestador do Serviço	CNPJ / CPF / NIF 56.958.768/0001-27	Inscrição Municipal -	Telefone (65) 8468-8785
Nome / Nome Empresarial 56.958.768 ELANE LEAL SILVA		E-mail NINALEAL1993@GMAIL.COM	
Endereço PONTA PORA, 03, ALVORADA		Município Cuiabá - MT	CEP 78048-560
Simples Nacional na Data de Competência Optante - Microempreendedor Individual (MEI)		Regime de Apuração Tributária pelo SN -	

TOMADOR DO SERVIÇO	CNPJ / CPF / NIF 537.876.411-49	Inscrição Municipal -	Telefone -
Nome / Nome Empresarial JOSE ANTONIO FILHO		E-mail -	
Endereço -		Município -	CEP -

INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO NÃO IDENTIFICADO NA NFS-e

SERVIÇO PRESTADO			
Código de Tributação Nacional 99.01.01 - Serviços sem a incidência de ISSQN e ICMS	Código de Tributação Municipal -	Local da Prestação Cuiabá - MT	País da Prestação -
Descrição do Serviço hospedagem			

TRIBUTAÇÃO MUNICIPAL			
Tributação do ISSQN Não incidência	País Resultado da Prestação do Serviço -	Município de Incidência do ISSQN Nenhum	Regime Especial de Tributação Nenhum
Tipo de Imunidade -	Suspensão da Exigibilidade do ISSQN Não	Número Processo Suspensão -	Benefício Municipal -
Valor do Serviço R\$ 240,00	Desconto Incondicionado -	Total Deduções/Reduções -	Cálculo do BM -
BC ISSQN -	Alíquota Aplicada -	Retenção do ISSQN Não Retido	ISSQN Apurado -

TRIBUTAÇÃO FEDERAL			
IRRF -	CP -	CSLL -	
PIS -	COFINS -	Retenção do PIS/COFINS -	TOTAL TRIBUTAÇÃO FEDERAL -

VALOR TOTAL DA NFS-E			
Valor do Serviço R\$ 240,00	Desconto Condicionado R\$	Desconto Incondicionado R\$	ISSQN Retido -
IRRF, CP,CSLL - Retidos R\$ 0,00	PIS/COFINS Retidos -		Valor Líquido da NFS-e R\$ 240,00

TOTAIS APROXIMADOS DOS TRIBUTOS		
Federais -	Estaduais -	Municipais -

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
Inf Cont: referente a 02 diarias entrada 28/12/2024 saída 30/12/2024