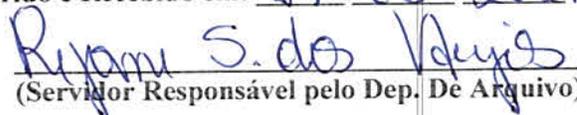




Estado de Mato Grosso
Prefeitura Municipal de Aripuanã
Secretaria Municipal de Saúde

3220

Prefeitura Municipal de Aripuanã Secretaria Municipal de Saúde RELATORIO DE VIAGEM - DIARIAS CONCEDIDAS/2021	
Quantidades de diárias concedidas: 01	
Servidor: Edimar Lucas Bealozurw Bento	Matricula nº: 6025
Cargo:	Motorista
Lotação:	Secretaria Municipal de Saúde
Motivo do deslocamento:	Referente à viagem para levar a amostra de sangue para fazer exame de prova cruzada da paciente Amanda Fonseca de Oliveira e trazer 02 bolsas de sangue hemocentrados solicitado pelo medico para ser transfundido na paciente citada a mesma encontra- se internada no hospital municipal Santo Antônio.
Data da Saída ao destino: 28/04/2021	Data de chegada a Origem: 29/04/2021
Trajeto percorrido: Aripuanã x Juína – Juína x Aripuanã	
Meio de Transporte: SAIDA: Camionete L200 Triton placa QCH 7G45.	
Cronograma de Atividade: Referente à viagem para levar a amostra de sangue para fazer exame de prova cruzada da paciente Amanda Fonseca de Oliveira e trazer 02 bolsas de sangue hemocentrados solicitado pelo medico para ser transfundido na paciente citada a mesma encontra- se internada no hospital municipal Santo Antônio.	
Observação: Compõem este Relatório os seguintes documentos comprobatórios: Nota fiscal de despesas de hospedagem, aquisição de abastecimento de saída, justificativa medica pelo transporte e copia do memorando de diária.	
Aripuanã, 30 de Abril de 2021.  Edimar Lucas Bealozurw Bento Motorista	
Data da entrega: <u>11/05/21</u>	Conferido e Recebido em: <u>11/05/2021</u>  (Servidor Responsável pelo Dep. De Arquivo)



Estado de Mato Grosso
Prefeitura Municipal de Aripuanã
Secretaria Municipal de Saúde

CHECK LIST EM CONCESSÃO E PRESTAÇÃO DE CONTAS DE DIÁRIAS					
EMPENHO:					
SERVIDOR:					
PERÍODO DA VIAGEM:					
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 corretamente 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 último dia de permanência 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:					
Nome e Assinatura do Responsável pela análise					



Estado de Mato Grosso
Prefeitura Municipal de Aripuanã
Secretaria Municipal de Saúde

PROPOSTA DE CONCESSÃO DE DIARIA

PREFEITURA MUNICIPAL
Secretaria Municipal de Saúde
PROPOSTA DE CONCESSÃO DE DIÁRIAS

DADOS DO PROPOSTO/BENEFICIÁRIO

Nome:	Edimar Lucas Bealozurw Bento	Telefone:	66 9 8150 - 5848
Cargo:	Motorista	CPF:	070.234.911-98
Nº da Matrícula:	6025	E-mail:	

DADOS DA VIAGEM

TIPO DE VIAGEM:

(x) No Estado () Fora do Estado () Fora do País

MEIO DE TRANSPORTE:

() Próprio (x) 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 disposto no item 6.3.1.1)

MOTIVO DA VIAGEM: **Referente** à viagem para levar a amostra de sangue para fazer exame de prova cruzada da paciente **Amanda Fonseca de Oliveira** e trazer 02 bolsas de sangue hemocentrados solicitado pelo medico para ser transfundido na paciente citada a mesma encontra- se internada no hospital municipal Santo Antônio.

Origem	Destino	Data da Saída	Sugestão de horário	Data do Retorno	Sugestão de horário
Aripuanã-MT	Juina-MT	28/04/2021	09h30min	29/04/2021	15h30min

QUANTIDADE DE DIARIAS NECESSARIAS: 01

TERMO DE COMPROMISSO

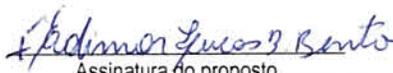
Pelo presente, comprometo-me a:

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

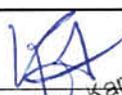
Observações:

DOTAÇÃO: 567 FONTE: 102

SOLICITAÇÃO

Data da Solicitação	28/04/2021
Ciente:	 Assinatura do proposto
	 Assinatura da Chefia Imediata do(a) servidor(a) (com carimbo)

AUTORIZAÇÃO

Data	28/04/21
Autorizo:	 Assinatura do proponente (com carimbo)

- 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



ESTADO DE MATO GROSSO
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARIPUANÃ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL SANTO ANTÔNIO

TRANSPORTE TERRESTRE DE ARIPUANÃ PARA JUINA

NOME DO PACIENTE: AMANDA FONSECA DE OLIVEIRA

DATA DE NASCIMENTO: 18/03/1990

SEXO: FEMININO

CNS: 700003865248009

Paciente, anemia aguda, necessitando de transfusão sanguínea. Solicito transporte terrestre até o município de Juina/MT para o traslado de 02 bolsas de hemoconcentrados, para ser transfundido na paciente acima. A paciente encontra-se internado no hospital Municipal Santo Antonio de Aripuanã/ MT.

Motorista: EDIMAR LUCAS BEALUZURW BENTO

Dr. Helder W. B. Saraiya

CRM 2570

Assinatura do Médico Plantonista

ARIPUANÃ, 28/04/202



Prefeitura Municipal de Aripuanã

5972

REQUISICÃO DE COMBUSTIVEL

Nº DA NAD

PLACA

ORGÃO

DATA DE EMISSÃO

1533/21

WEN-7640

Secretaria

27 de 04 / 20 21

ABASTECIMENTO

FORNECEDOR:

COMBUSTIVEL

LITROS

PAROLINA

DIESEL

ALCOOL

ABASTECIMENTO EM R\$:

QUANTIFICANTES

Robson Pires Barbosa
ASSINATURA DO MOTORISTA

Carla Pereira Pereira
Autorização do Responsável

Observações:

Reserva de placa de reserva em Juazeiro



PREFEITURA MUNICIPAL DE JUÍNA - MT
 Travessa Emmanuel, 33 - N - Expansão Comercial AR - 01 - Fone: 66 3566-8300
 CNPJ - 15.359.201/0001-57

Número do documento

Nota fiscal de serviço eletrônica - NFS-e

3910

DORMITORIO CABO DE ACO

Razão social: EDSON ROSAFA ROMASZKO

CPF/CNPJ: 00.422.866/0001-90

Avenida NOVE DE MAIO, 260 [N] - MODULO 01 - JUÍNA - MT - CEP: 78320-000

Telefone: (66)35661696

Inscrição Municipal: 13057855604

Juína - MT - CEP: 78320-000

E-mail: hotelcabodeaco@hotmail.com

Natureza da operação: Prestação de serviço

Contribuinte
 Optante pelo Simples
 Nacional
 Microempresário e
 empresa de pequeno
 porte (ME EPP)

Identificação da nota fiscal de serviço eletrônica

Exigibilidade do ISSQN Exigível	Data/hora de emissão da NFS-e 07/05/2021 - 06:49:01	Código de autenticidade ce88 0e01 bc38 0a1f 670a e5bf c0de f789
Número do RPS	Data de emissão do RPS	Série do RPS
Número da NFS-e substituída	Data emissão da NFS-e substituída	Número do processo / lei
Município de incidência do ISSQN	JUÍNA - MT	



Consulte a autenticidade deste documento acessando o site <https://agiliblue.agilicloud.com.br/portal/prefjuinamt/#/autenticidade>

Dados do tomador dos serviços

CPF/CNPJ 070.234.911-98	Inscrição estadual	Inscrição municipal	Nome / razão social EDIMAR LUCAS BEALOUZURW BENTO
Endereço Rua JP3	Número 846	Complemento BAIRRO LARDIM PLANALTO	Bairro
Cidade / UF ARIPUANÁ - MT	CEP 78325-000	Telefone (66)99000-0000	E-mail

Serviços prestados

Atividade econômica municipal

9.01 - Hospedagem em hotéis, apart-service condominiais, flat, apart-hotéis, hotéis residência, residence-service, suite service, hotelaria marítima, motéis, pensões e congêneres; ocup. por temporada com fornec. de serv.(aliment. e gorjeta incluída no preço da diária, fica sujeito ao ISS).

Alíquota
2,01 %

Descrição do serviço

HOSPEDAGEM

Item da LC 116	Código CNAE	Quantidade	Valor unitário do serviço	Valor bruto do serviço	Valor de desconto	Valor líquido do serviço
		1,00000	R\$ 100,00	R\$ 100,00	R\$ 0,00	R\$ 100,00

Retenções de impostos

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

Resumo geral

Valor total dos serviços R\$ 100,00	Valor dos descontos R\$ 0,00	Valor das retenções R\$ 0,00	Valor líquido R\$ 100,00	Valor da dedução construção civil R\$ 0,00
Valor base de cálculo ISSQN R\$ 100,00	% alíquota do ISSQN 2,01	Valor total do ISSQN R\$ 2,01	% abatimento 100,00	Valor ISSQN a recolher R\$ 0,00
Observações				ISSQN retido? Não

REF. A DIARIADO DIA 28 A 29/04/2021

Informações complementares

Autenticidade Mecânica:



ce880e01bc380a1f670ae5bfc0def789

Protocolo de entrega da nota fiscal de serviço eletrônica

Natureza da operação: Exigível Data/hora de emissão da NFS-e: 07/05/2021 - 06:49:01
 Recebi(emos) de EDSON ROSAFA ROMASZKO todos os serviços relacionados nesta nota fiscal de serviço eletrônica.

Nota fiscal de serviço eletrônica - NFS-e
3910



____/____/____
 Data

Nome e número do CPF do Recebedor

Consulte a autenticidade acessando o site <https://agiliblue.agilicloud.com.br/portal/prefjuinamt/#/autenticidade> utilizando o código: ce880e01bc380a1f670ae5bfc0def789