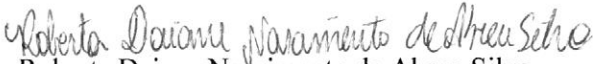
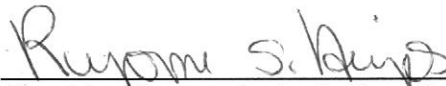




1015

Secretaria Municipal de Saúde RELATORIO DE VIAGEM - DIARIAS CONCEDIDAS	
Quantidades de diárias concedidas: MEIA DIARIA	
Servidor: Roberta Daiane Nascimento de Abreu Silva	Matricula nº: 7395
Cargo:	Técnica em Enfermagem
Lotação:	Secretaria Municipal de Saúde
Motivo do deslocamento:	Referente à viagem para acompanhar o paciente Bruno Oliveira Santos com fratura de outros ossos do metacarpo, paciente encaminhado do Hospital Municipal Santo Antônio, com vaga cedida para tratamento no Hospital Municipal de Juína-MT. Conforme documento medico em anexo.
Data da Saída ao destino: 31/01/2024	Data de chegada a Origem: 31/01/2024
Trajeto percorrido: Aripuanã x Cuiabá – Cuiabá x Aripuanã.	
Meio de Transporte: Ambulância placa: RAS 2B87.	
Cronograma de Atividade: Referente à viagem para acompanhar o paciente Bruno Oliveira Santos com fratura de outros ossos do metacarpo, paciente encaminhado do Hospital Municipal Santo Antônio, com vaga cedida para tratamento no Hospital Municipal de Juína-MT. Conforme documento medico em anexo.	
Observação: Compõe este Relatório os seguintes documentos comprobatórios: Cupom fiscal de despesa de refeição, abastecimento do veículo, justificativa medica referente ao transporte do paciente e cópia do memorando de diária.	
Aripuanã, 01 de fevereiro de 2024.  Roberta Daiane Nascimento de Abreu Silva Técnica em Enfermagem	
Data da entrega: 05/02/23	Conferido e Recebido em: 03/02/23  (Servidor Responsável pelo Dep. De Arquivo)



Estado de Mato Grosso
Prefeitura Municipal de Aripuanã

CHECK LIST EM CONCESSÃO E PRESTAÇÃO DE CONTAS DE DIÁRIAS					
EMPENHO:					
SERVIDOR: Roberta Daiane Nascimento de Abreu Silva					
PERÍODO DA VIAGEM: 31/01/2024 A 31/01/2024. MEIA DIÁRIA					
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 COMPROBATÓRIOS 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 secretária 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:					
Roberta Daiane Nascimento de Abreu Silva Roberta Daiane Nascimento de Abreu Silva					

RECEBIDO 03/2/24



Estado de Mato Grosso
Prefeitura Municipal de Aripuanã

ANEXO I – PROPOSTA DE CONCESSÃO DE DIARIA

(Identificar a Unidade Administrativa)
PROPOSTA DE CONCESSÃO DE DIÁRIAS

DADOS DO PROPOSTO/BENEFICIÁRIO

Nome:	Roberta Daiane Nascimento de Abreu Silva	Telefone:	068 99992-3384
Cargo:	Técnica em Enfermagem	CPF	004.013.652-39
() Servidor Efetivo		() Servidor Nomeado em Comissão	
Nº da Matrícula:	(Servidora Contratada)	E-mail	Robertaallan08@gmail.com

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 a Instrução Normativa 037/SFI/2018 item 6.3.1.1)

FOI CONCEDIDO ADIANTAMENTO PARA ESTA AÇÃO? SIM () NÃO (X) - Caso SIM, informar o valor: R\$.

MOTIVO DA VIAGEM: (Objetivo/Assunto a ser tratado/ Evento/ Data do início e fim): **Referente** à viagem para acompanhar o paciente **Bruno Oliveira Santos** com fratura de outros ossos do metacarpo, paciente encaminhado do Hospital Municipal Santo Antônio, com vaga cedida para tratamento no Hospital Municipal de Juína-MT. Conforme documento medico em anexo. Não foi possível a Técnica assinar a solicitação de diária.

Origem	Destino	Data da Saída	Sugestão de horário	Data do Retorno	Sugestão de horário
Aripuanã-MT	Juína-MT	31/01/2024	04h00min	31/01/2024	18h30min

QUANTIDADE DE DIARIAS NECESSARIAS: MEIA DIARIA

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: 621 FONTE: 1.500.1002000

SOLICITAÇÃO

Data da Solicitação	31/01/2024
Assinatura do proposto	<i>Roberta Daiane Nas. de Abreu Silva</i>
Ciente:	<i>[Assinatura]</i>
Assinatura da Chefia Imediata do(a) Servidor(a) com carimbo	<i>[Assinatura]</i> Secretaria de Saúde

AUTORIZAÇÃO

Data	31 / 01 / 24
Autorizo:	<i>[Assinatura]</i> Andreia C.M. Rodrigues 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.

Recibido em 31/01/2024
Gerais



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

SOLICITAÇÃO DE TRANSPORTE TERRESTRE PARA JUINA

Venho através deste, solicitar transporte terrestre para o paciente, **BRUNO OLIVEIRA SANTOS**, com senha de regulação: **516994228**, que se encontra internado no **HOSPITAL MUNICIPAL SANTO ANTONIO**, com diagnóstico de **FRATURA DE OUTROS OSSOS DO METACARPO CID-10: S.623**. E necessita de transporte terrestre para a cidade de Juina, **HOSPITAL MUNICIPAL DE JUINA DR. HIDEO SAKUNO**, com vaga cedida pelo **Dr. Ray**.

TRANSPORTE DEVE SER REALIZADO NO DIA 31/01/2024
POR: TEC. DE ENFERMAGEM (X)

JUSTIFICATIVA MÉDICA: FRATURA DE OUTROS OSSOS DO METACARPO

MOTORISTA: *Sanderson*

PROFISSIONAL DE SAÚDE: *Roberta Kraiane*

Dr. Caio Henrique Portilho
Médico
CRM/MT 10940

DR. CAIO HENRIQUE PORTILHO

CRM/MT: 10940

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

Aripuanã-MT, 31/01/2024.

RELATÓRIO DE CONSUMO MÉDIO POR ABASTECIMENTO

Tipo	Placa	Modelo	Produto	Fornecedor	Data Hora Transação	Litros(Abs)	Valor(R\$)	Odometro Anterior	Odometro Atual	Km Percorrido/Horas Trabalhadas	Condutor	Mínima Fab	Máxima Fab	Média Consumo	Laui
Departamento => SAMU MANUTENCAO DAS ACOES DO SAMU															
Placa => RAS2B87															
ONLINE	RAS2B87	HILUX CS DSL 4X4	DIESEL S-10	POSTO KRUPINSKI	31/01/2024 20:13:36	66,893	R\$467,84	171096	171625	529	JOSE ANTONIO FILHO	6.000	12.000	8.0 KM/L	Dentro Padr
ONLINE	RAS2B87	HILUX CS DSL 4X4	DIESEL S-10	POSTO KRUPINSKI	30/01/2024 22:24:32	34,056	R\$241,79	170819	171096	277	SANDERSON FIRMINO DOS SANTOS	6.000	12.000	8.1 KM/L	Dentro Padr

ECF: 102 LJ:0001 31/01/2024 10:30:55
COO: 056176

COROADOS SUPERMERCADO LTDA
CNPJ - 10.475.736/0001-70 IE - 133639002
AV MATO GROSSO, 939N
EIXO COMERCIAL I - JULINA - MT

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL
DE CONSUMIDOR ELETRONICA

#	COD	DESCRICAO	QTD	UNIVL	UNIVL	TOTAL
001	7898953148701	SUCO PRATS 300ML LARA				
		1,000UN x	5,99	F		5,99
002	7892840816636	SALG CHEETOS PCT75GR 0				
		1,000UN x	9,89	F		9,89
QTDE. TOTAL DE ITENS						002
VALOR TOTAL R\$						15,88
VALOR A PAGAR R\$						15,88
FORMA PAGAMENTO						VALOR PAGO R\$
TEF						15,88

Numero: 53143 Serie: 102
Emissao: 31/01/2024 09:36:30
Via Consumidor

Consulte pela Chave de Acesso em
<http://www.sefaz.mt.gov.br/nfce/consultanfce>

CHAVE DE ACESSO
5124 0110 4757 3600 0170 6510

2000 0531 4311 0256 1770
Protocolo de Autorizacao: 151240048536981
31/01/2024 09:38:48

CONSUMIDOR
CPF 00401365239

Consulta via leitor de QR Code



Consumidor: 00401365239
NFCE-e numero: 53143 Serie:
102
Data: 31/01/2024 09:36:30
Protocolo: 151240048536981
Data de autorizacao:
31/01/2024 09:38:48

ECF: 102 LJ:0001 31/01/2024 10:36:33
COO: 056177

TRIB. MUN. 0,00 (0,00%) FONTE: IBPT
TRIB. FED. 2,14 (13,45%) FONTE: IBPT
TRIB. EST. 2,70 (17,00%) FONTE: IBPT
TRIB. TOTAL APROX. 4,84 (30,45%) FONTE: IBPT
COROADOS SUPERMERCADO LJ 1
COROADOS SUPERMERCADO LJ 1
OPERADOR: TAMIRYS
VIA CLIENTE
PIX 10.475.736/0001-70

TXID.:
SE00000475170KU7UAC4E29AWT9WNSJ22S

DADOS DO PAGAMENTO
CODIGO TERM.: PV000102
CODIGO ESTAB.: 010475736000170
DOC.: 000930168658
DATA.: 31/01/2024 10:38:38
VALOR: 15,88

SiTef from Fiserv
PROCON/MT: SEDE DO GANHA TEMPO PRACA IPIRANG
SN CENTRO, CUIABA - MT, CEP: 78005-260
tel.: (65) 3613-2100

ECF: 102 LJ:0001 31/01/2024 10:30:55
COO: 056176

COROADOS SUPERMERCADO LTDA
CNPJ - 10.475.736/0001-70 IE - 133639002
AV MATO GROSSO, 939N
EIXO COMERCIAL I - JULINA - MT

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL
DE CONSUMIDOR ELETRONICA

#	COD	DESCRICAO	QTD	UNIVL	UNIVL	TOTAL
001	7898953148701	SUCO PRATS 300ML LARA				
		1,000UN x	5,99	F		5,99
002	7892840816636	SALG CHEETOS PCT75GR 0				
		1,000UN x	9,89	F		9,89
QTDE. TOTAL DE ITENS						002
VALOR TOTAL R\$						15,88
VALOR A PAGAR R\$						15,88
FORMA PAGAMENTO						VALOR PAGO R\$
TEF						15,88

Numero: 53143 Serie: 102
Emissao: 31/01/2024 09:36:30
Via Consumidor

Consulte pela Chave de Acesso em
<http://www.sefaz.mt.gov.br/nfce/consultanfce>

CHAVE DE ACESSO
5124 0110 4757 3600 0170 6510

2000 0531 4311 0256 1770
Protocolo de Autorizacao: 151240048536981
31/01/2024 09:38:48

CONSUMIDOR
CPF 00401365239

Consulta via leitor de QR Code



Consumidor: 00401365239
NFCE-e numero: 53143 Serie:
102
Data: 31/01/2024 09:36:30
Protocolo: 151240048536981
Data de autorizacao:
31/01/2024 09:38:48

ECF: 102 LJ:0001 31/01/2024 10:36:33
COO: 056177

TRIB. MUN. 0,00 (0,00%) FONTE: IBPT
TRIB. FED. 2,14 (13,45%) FONTE: IBPT
TRIB. EST. 2,70 (17,00%) FONTE: IBPT
TRIB. TOTAL APROX. 4,84 (30,45%) FONTE: IBPT
COROADOS SUPERMERCADO LJ 1
COROADOS SUPERMERCADO LJ 1
OPERADOR: TAMIRYS
VIA CLIENTE
PIX 10.475.736/0001-70

TXID.:
SE00000475170KU7UAC4E29AWT9WNSJ22S

DADOS DO PAGAMENTO
CODIGO TERM.: PV000102
CODIGO ESTAB.: 010475736000170
DOC.: 000930168658
DATA.: 31/01/2024 10:38:38
VALOR: 15,88

SiTef from Fiserv
PROCON/MT: SEDE DO GANHA TEMPO PRACA IPIRANG
SN CENTRO, CUIABA - MT, CEP: 78005-260
tel.: (65) 3613-2100