



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

1829

Prefeitura Municipal de Aripuanã Secretaria Municipal de Saúde RELATORIO DE VIAGEM - DIARIAS CONCEDIDAS/2022	
Quantidades de diárias concedidas: 01	
Servidor: Janaina Lisboa de Almeida Neves	
Matricula nº:	
Cargo:	Técnica de Enfermagem
Lotação:	Secretaria Municipal de Saúde
Motivo do deslocamento:	Referente à viagem para acompanhar o paciente GEOVANI DA SILVA CAMPOS , o mesmo encontra-se internada no Hospital Municipal Santo Antônio e necessita ser encaminhado para o Hospital São Lucas de Juina-MT, vítima de acidente ofídico. Conforme solicitação medica em anexo.
Data da Saída ao destino: 02/03/2022	Data de chegada a Origem: 03/03/2022
Trajeto percorrido: Aripuanã x Juína – Juína x Aripuanã.	
Meio de Transporte: Ambulância Placa RCB-4A89.	
Cronograma de Atividade: Referente à viagem para acompanhar o paciente GEOVANI DA SILVA CAMPOS , o mesmo encontra-se internada no Hospital Municipal Santo Antônio e necessita ser encaminhado para o Hospital São Lucas de Juina-MT, vítima de acidente ofídico. Conforme solicitação medica em anexo.	
Observação: Compõem este Relatório os seguintes documentos comprobatórios:	
Nota fiscal de despesa de hospedagem, aquisição de abastecimento de saída do veículo, guia medica do transporte da paciente e copia do memorando de diárias.	
Aripuanã, 04 de Março de 2022.	
Janaina Lisboa de Almeida Neves Técnica de Enfermagem	
Data da entrega: 11/03/22	Conferido e Recebido em: 11/03/2022 Ruyane S. Reis (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: Janaina Lisboa de Almeida Neves					
PERÍODO DA VIAGEM: 02/03/2022 A 03/03/2022.					
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?	X			
2.2	Cargo ou Função?	X			
2.3	Lotação?	X			
2.4	Motivo do deslocamento?	X			
2.5	Meio de locomoção (e a viagem foi realizada em veículo oficial, informar a placa do veículo oficial); e Trajeto percorrido?	X			
2.6	Período do deslocamento?	X			
2.7	Cronograma da atividade?	X			
2.8	Data da saída e data do retorno?	X			
2.9	Devidamente assinado pelo servidor?	X			
2.10	Conferido e recebido pelo departamento de arquivo?	X			
2.11	Quantidade de diárias concedidas?	X			
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?	X			
3.2	Comprovantes de abastecimento de veículo oficial que comprove a data da saída e retorno ao Município?	X			
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?	X			
3.4	Cópia de comprovante de participação em curso, treinamento e eventos, quando for o caso?			X	
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?	X			
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)?			X	
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)?			X	
3.8	Houve prorrogação do período de afastamento do servidor e existe comprovante de justificativa no relatório de viagem?			X	
3.9	O Servidor apresentou o Relatório de Viagem, dentro do prazo máximo de 10 dias, contados da data do regresso ao Município?	X			
Data da análise:					
<i>Janaina L. de A. Neves</i> Janaina Lisboa de Almeida Neves					
<i>Rigoni</i> RECEBIDO 11/2/22 HORAS: 14:00					



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:	Janaina Lisboa de Almeida Neves	Telefone:	(66) 98138-6804
Cargo:	Técnica de Enfermagem	CPF	733.604.571-53
Nº da Matrícula:		E-mail	nainalisboa@hotmail.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 disposto no item 6.3.1.1)

MOTIVO DA VIAGEM: Referente à viagem para acompanhar o paciente **GEOVANI DA SILVA CAMPOS**, o mesmo encontra-se internada no Hospital Municipal Santo Antônio e necessita ser encaminhado para o Hospital São Lucas de Juína-MT vítima de acidente ofídico. Conforme solicitação médica em anexo.

	Destino	Data da Saída	Sugestão de horário	Data do Retorno	Sugestão de horário
Aripuanã-MT	Juína-MT	02/03/2022	19h20min	03/03/2022	09h30min

QUANTIDADE DE DIARIAS NECESSARIAS: 01

TERMO DE COMPROMISSO

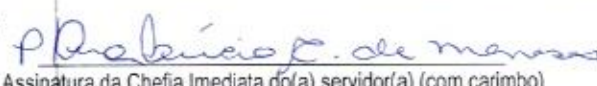
Pelo presente, comprometo-me a:

- 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: 688 FONTE: 1.5.00.100200

SOLICITAÇÃO

Data da Solicitação	
03/03/2022	 Assinatura do proposto
Ciente:	 Assinatura da Chefia Imediata do(a) servidor(a) (com carimbo)

AUTORIZAÇÃO

Data	
03, 03, 2022	
Autorizo:	 Karim Rodrigues Santos 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

RECEBIDO 03/03/22

14:25h



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

**GUIA DE TRANSPORTE TERRESTRE DO HOSPITAL MUNICIPAL SANTO
ANTÔNIO, ARIPUANÃ PARA A UTI DO HOSPITAL SÃO LUCAS - JUÍNA - MT**

Declaro para os devidos fins que o paciente **GEOVANI DA SILVA CAMPOS** necessita de transporte para a UTI do Hospital São Lucas em Juína – MT, A/C de um Técnico de Enfermagem. Sua locomoção deverá ser feita via **TRANSPORTE TERRESTRE**.

JUSTIFICATIVA MÉDICA: Pact. Vitima de acidente ofídico. Sangue incoagulável. (exames anexados).

MOTORISTA:

TÉCNICO DE ENFERMAGEM:

Dia: ____/____/2022.

Hora Saída: ____:____hrs


Dr. Jessica Martins
Rodrigues
Médica
CRM/MT 13112

Assinatura do Médico plantonista

Aripuanã, 02 de março de 2022.



Prefeitura Municipal de Arapuanã

4664

REQUISICÃO DE COMBUSTIVEL

NUMERO DA REQ.	PLACA	ORGÃO	DATA DE EMISSÃO
32603	RCS 4089	CAJUEIRO	02/03/2011
COMBUSTIVEL	ABASTECIMENTO	FORNECEDOR	
GASOLINA	LITROS		
DIESEL			
ALCOOL			
ABASTECIMENTO EM RS			
LUBRIFICANTES			
Observações:	Assinatura do Motorista		
	Assinatura do Responsável		

para o veículo do carro de polícia

**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 eletrônico - NFS-e

494

JUINA HOTEL

Razão social: CARLA D. BROCCO

CPF/CNPJ: 22.525.796/0001-39

Avenida: NOVE DE MAIO, 261 [N] - MODULO 02 - JUÍNA - MT - CEP: 78320-000

Telefone: (66)3566-4228

Inscrição Municipal: 13057949202

E-mail: carlamonteirocdb@outlook.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 eletrônico**

Exigibilidade do ISSQN Exigível	Data/hora de emissão da NFS-e 03/03/2022 - 09:06:27	Código de autenticidade cc44 ff60 cf32 18bf 3386 8f55 78a5 11d0
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 733.604.571-53	Inscrição estadual	Inscrição municipal	Nome / razão social JANAINA LISBOA DE ALMEIDA NEVES
Endereço Rua RUA 21 DE ABRIL	Número 624	Complemento	Bairro NAO ENCONTRADO NO SISTEMA LEGADO
Cidade / UF ARIPUANÃ - MT	CEP 78325-000	Telefone	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

diária ref. a 02 do 03 de 2022 a 03 do 03 de 2022

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\$ 50,00	R\$ 50,00	R\$ 0,00	R\$ 50,00

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\$ 50,00	Valor dos descontos R\$ 0,00	Valor das retenções R\$ 0,00	Valor líquido R\$ 50,00		Valor da dedução construção civil R\$ 0,00
Valor base de cálculo ISSQN R\$ 50,00	% alíquota do ISSQN 2,01	Valor total do ISSQN R\$ 1,00	% abatimento 100,00	Valor ISSQN a recolher R\$ 0,00	ISSQN retido? Não

Observações

Informações complementares

Autenticidade Mecânica:



cc44ff60cf3218bf33868f5578a511d0

Protocolo de entrega da nota fiscal de serviço eletrônico

Natureza da operação: Exigível Data/hora de emissão da NFS-e: 03/03/2022 - 09:06:27

Recebi(emos) de CARLA D. BROCCO todos os serviços relacionados nesta nota fiscal de serviço eletrônico.

Nota fiscal de serviço eletrônico - NFS-e
494