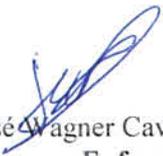




Estado de Mato Grosso
Prefeitura Municipal de Aripuanã
Secretaria Municipal de Saúde

4130-2021

Prefeitura Municipal de Aripuanã Secretaria Municipal de Saúde RELATORIO DE VIAGEM - DIARIAS CONCEDIDAS/2021	
Quantidades de diárias concedidas: 01	
Servidor: José Wagner Cavalcante Pereira	
Matricula nº: 5955	
Cargo:	Enfermeiro
Lotação:	Secretaria Municipal de Saúde
Motivo do deslocamento:	Referente à viagem para acompanhar o paciente Icaro Cassiano Lovo , paciente com abdome agudo, encaminhado para avaliação cirurgião geral na UPA de Juína- Mt, conforme documento em anexo.
Data da Saída ao destino: 22/05/2021	Data de chegada a Origem: 23/05/2021
Trajeto percorrido: Aripuanã x Juína – Juína x Aripuanã	
Meio de Transporte: Aéreo.	
Cronograma de Atividade: Referente à viagem para acompanhar o paciente Icaro Cassiano Lovo , paciente com abdome agudo, encaminhado para avaliação cirurgião geral na UPA de Juína- Mt, conforme documento em anexo.	
Observação: Compõe este Relatório os seguintes documentos comprobatórios:	
Nota fiscal de despesas de hospedagem, justificativa medica pelo transporte do paciente e copia do memorando de diária.	
Aripuanã, 24 de Maio de 2021.	
 José Wagner Cavalcante Pereira Enfermeiro	
Data da entrega: <u>27/05/21</u>	Conferido e Recebido em: <u>27/05/2021</u> <u>Ryane S. dos Anjos</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 DIARIAS					
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 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 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:	José Wagner Cavalcante Pereira	Telefone:	66 98439-6497
Cargo:	Enfermeiro	CPF	056.087.101-50
Nº da Matrícula:	5955	E-mail	

DADOS DA VIAGEM

TIPO DE VIAGEM:

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

MEIO DE TRANSPORTE:

() Próprio () Veículo da Instituição (x) 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 **Icaro Cassiano Lovo**, paciente com abdome agudo, encaminhado para avaliação cirurgião geral na UPA de Juína- Mt, conforme documento em anexo. Tendo em vista que o motivo por não ter assinado a diária e que o referido Enfermeiro não se encontra no momento.

	Destino	Data da Saída	Sugestão de horário	Data do Retorno	Sugestão de horário
Aripuanã-MT	Juína-MT	22/05/2021	16h30min	23/05/2021	09h30min

QUANTIDADE DE DIARIAS NECESSARIAS: 01

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: 558 FONTE: 102

SOLICITAÇÃO	
Data da Solicitação	
24/05/2021	
Ciente:	Assinatura do proposto
Assinatura da Chefia Imediata do(a) servidor(a):	LUCIANO VASCONCELOS DA COSTA Secretário Municipal de Saúde Portaria: 13.054/2021

AUTORIZAÇÃO	
Data	
24/05/21	
Autorizo:	Assinatura do proponente (com carimbo)
	 Katin Rodrigues Santos Secretaria de Finanças

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
 Katin Rodrigues Santos
 24/05/2021



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

TRANSPORTE AEREO DE PACIENTES DO HMSA-ARIPUANÃ PARA UPA DE JUINA.

Declaro para os devidos fins que o paciente, **ÍCARO CASSIANO LOVO**,
necessita de transporte AEREO do município de Aripuanã até Juina para UPA.

Justificativa médica: Abdome agudo. Avaliação cirurgião geral

PILOTO: *Anderson*

Téc. Enf: *Wagner*

Hora da saída: *10:30*

Hora do retorno:

Dr. *Carlo Henrique Portino*
Médico
CRM/MT 10046

Assinatura do Médico responsável

Assinatura e Carimbo do profissional que recebeu o paciente

Data: *22/05/2021*; Hora: *18:53*

Aripuanã, 22 de Maio de 2021.

A. Dados Pessoais

FICHA NACIONAL DE REGISTRO DE HOSPEDES

NOME COMPLETO - FULL NAME JOSE WAGNER CAVALCANTE PEREIRA		CPF 056.087.101-50
PROFISSÃO - OCCUPATION	NACIONALIDADE - NATIONALITY	DATA NASC. 07/11/1996
DOCUMENTO DE IDENTIDADE - TRAVEL DOCUMENT		SEXO - GENDER
NUMERO NUMBER 2729874	TIPO TYPE ORG. EXPED IS SING TYPE COUNTRY SSP/	FONE (DDD/DDI) PHONE (AREA CODE) 66 98439-6497
RESIDENCIA PERMANENTE - PERMANENT ADDRESS BAIRRO MARIA PAZ PASSARINHO 427 CENTRO	CEP - ZIP CODE	CIDADE, ESTADO - CITY, STATE ARIPUANA - MT
EMPRESA - COMPANY	E-MAIL	
CEP - ZIP CODE	FONE (DDD/DDI) - PHONE (AREA CODE)	PAÍS - COUNTRY
PRÓXIMO DESTINO - NEXT DESTINATION (CIDADE, PAÍS - CITY, COUNTRY)		ULTIMA PROCEDÊNCIA - ARRIVING FROM (CIDADE, PAÍS - CITY, COUNTRY)
MEIO DE TRANSPORTE - ARRIVING BY		MOTIVO DA VIAGEM - PURPOSE OF TRIP
VEICULO - VEHICLE		ASSINATUR DO HOSPEDE - GUEST SIGNATURE
PLACA - VEHICLE PLATE	ACOMPANHANTES	
ENTRADA - CHECK-IN 22/05/2021 19:12:26	SAIDA - CHECK-OUT 23/05/2021 06:33:02	PAÍS - COUNTRY Brasil
REGISTRO		FNRH

REGULAMENTO INTERNO IMPERIAL PALACE HOTEL

- Hóspedes sem bagagem ou com pendências anteriores, deverão efetuar o pagamento antecipado das diárias no check-in;
- Os hóspedes e seus respectivos acompanhantes deverão preencher corretamente com seus dados pessoais a FNRH, bem como apresentar CPF e RG (ou documento similar com foto) para realização de consulta prévia no ato do check-in, independentemente da forma de pagamento;
- É expressamente vedada a entrada ou permanência nas dependências do Hotel de pessoas (hóspedes ou não) sem documentos de identificação pessoal, sendo obrigatório, em caso de perda, roubo, furto ou extravio, a apresentação, em caráter de substituição, de Boletim de Ocorrência lavrado perante autoridade competente;
- Nenhum recém-nascido, criança ou adolescente poderá se hospedar desacompanhado ou sem autorização dos pais ou responsáveis, devendo, por ocasião do check-in, ser apresentada certidão de nascimento ou qualquer outro documento que comprove a sua filiação ou parentesco com o hóspede (Art. 82 da Lei 8.069/90 - Estatuto da Criança e do Adolescente);
- As diárias vencem às 12hs00min. (doze horas), devendo o hóspede comunicar à recepção do Hotel o horário de sua saída (check-out), deixando o aposento vago, impreterivelmente, até as 12hs00min. (doze horas), sob pena de ser-lhe cobrada nova diária;
- As contas da hospedagem (diárias, restaurante, frigobar, telefone, etc.) serão apresentadas a cada 03 diárias, ou em prazo inferior quando atingirem o limite estipulado pela direção do Hotel (Limites: Apto. Simples, R\$ 600,00; Apto. Duplo, R\$ 700,00; Apto. Triplo, R\$ 800,00; e Suítes, R\$ 900,00), e deverão ser liquidadas no mesmo dia, sob pena de bloqueio instantâneo via on line do cartão magnético que dá acesso ao apartamento;
- Este estabelecimento aceita como formas de pagamento: moeda nacional em espécie, cartões de débito e de crédito. Não será aceito em hipótese alguma o pagamento mediante cheque de pessoa física ou jurídica (art. 5o, II, da Constituição Federal);
- É obrigatória, no caso de pagamento com cartão de crédito, a apresentação de CPF e RG (ou documento similar com foto) para que a recepção possa aferir a assinatura do hóspede;
- Em caso de problemas técnicos ou físicos na operação com o cartão de débito ou de crédito apresentado pelo hóspede, este deverá providenciar a quitação do seu débito pelas outras formas de pagamento aceitas pelo Hotel;
- Havendo perda, extravio ou desmagnetização do cartão que dá acesso às dependências do aposento, o hóspede deverá dirigir-se pessoalmente à recepção para fins de identificação e confirmação dos dados cadastrais, para que se proceda à respectiva liberação, salvo em caso de bloqueio on-line por falta de pagamento, circunstância em que a liberação estará condicionada a quitação do débito pendente;
- O café da manhã é servido das 06:00hs às 9:00hs de segunda a sexta-feira e nos sábados, domingos e feriados das 06:00hs às 10:00hs;
- É dever do hóspede manter a porta dos seus aposentos fechada sempre que deixá-lo ou estiver em trajes de dormir ou inapropriados (sem camisa, à vontade etc);
- O Hotel não se responsabiliza por veículos deixados na garagem, nem tampouco por objetos de valor abandonados no interior dos mesmos;
- Não é permitido transitar e/ou permanecer em trajes de dormir ou inapropriados (sem camisa, à vontade etc) nos corredores, elevadores áreas comuns, salão de refeições, estacionamento ou demais dependências do Hotel;
- Nenhum recém-nascido, criança ou adolescente poderá permanecer, transitar ou frequentar, desacompanhados dos pais ou responsáveis, corredores, elevadores, áreas comuns, salão de refeições, áreas de lazer (piscina e academia), estacionamento ou demais dependências internas ou externas do Hotel;
- Não será permitido conservar animais nos quartos ou apartamentos do Hotel;
- Em cumprimento às posturas municipais, não se deve atrair pela janela objetos de qualquer natureza ou pendurar para fora toalhas, roupas ou quaisquer objetos;
- Recomenda-se a maior serenidade, principalmente depois das 22hs00min., quando não mais será permitido o uso de rádio ou qualquer tipo de aparelho sonoro ou instrumento musical que venham perturbar o silêncio;
- Os apartamentos serão conferidos todos os dias, estando o hóspede ciente que a falta de algum pertence, a constatação de qualquer dano material causado nas dependências do Hotel, ou consumo dos produtos disponibilizados no frigobar, acarretarão o ressarcimento pelo hóspede, o qual será cobrado juntamente com a(s) respectiva(s) diária(s);
- Não é permitida a entrada de hóspedes na cozinha, lavanderia e dependências privativas do Hotel;
- Recomenda-se não deixar luzes acesas nem torneiras abertas sem necessidade;
- Fumar somente nos apartamentos destinados a fumantes;
- Recomenda-se ao hóspede observar sempre a tabela concernente aos preços dos serviços e produtos disponibilizados pelo Hotel (tarifas de telefone, fax, internet, lavanderia, room service, restaurante etc.), exposta tanto na recepção quanto nos respectivos apartamentos via menu;
- A falta de pagamento das despesas alimentares a hospedagem assegura ao Hotel o direito de reter/apreender nas suas dependências as bagagens e outros pertences (móveis, jóias, dinheiro etc) do hóspede (art. 1.467, I, do Código Civil), sem prejuízo da repercussão na esfera Penal;
- Sobre a tarifa telefônica haverá um acréscimo de 150%.

FORMA DE PAGAMENTO

DINEIRO DÉBITO DEPÓSITO VALOR DA DIÁRIA



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

TRANSPORTE AEREO DE PACIENTES DO HMSA-ARIPUANÃ PARA UPA DE JUINA.

Declaro para os devidos fins que o paciente, **ÍCARO CASSIANO LOVO**, necessita de transporte AEREO do município de Aripuanã até Juina para UPA.

Justificativa médica: Abdome agudo. Avaliação cirurgião geral

PILOTO: Anderson

Téc. Enf: Enf: Wagner

Hora da saída: 16:30

Hora do retorno: 11:58

Dr. Caio Henrique Portilho
Médico
CRM/MT 10940

Assinatura do Médico responsável

Assinatura e Carimbo do profissional que recebeu o paciente

Data: 22/05/2021; Hora: 18:53.

Aripuanã, 22 de Maio de 2021.