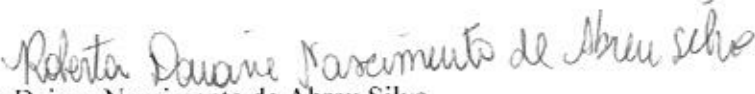
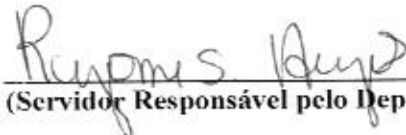




8983

| <b>Secretaria Municipal de Saúde</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>RELATORIO DE VIAGEM - DIARIAS CONCEDIDAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Quantidades de diárias concedidas: 01</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Servidor:</b> Roberta Daiane Nascimento de Abreu Silva                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>Matricula nº:</b> 7856                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Cargo:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Técnica em Enfermagem                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Lotação:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Secretaria Municipal de Saúde                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Motivo do deslocamento:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>Referente</b> à viagem para acompanhar o paciente Gustavo Francisco Miranda Nunes, paciente encaminhado do Hospital Municipal Santo Antônio, com diagnostico de fratura de clavícula direita, encaminhado com vaga cedida, para tratamento no (Hospital Municipal de Juína Dr Hideo Sakuno) em Juína- MT. |
| <b>Data da Saída ao destino:</b> 29/09/2024                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>Data de chegada a Origem:</b> 30/09/2024                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Trajetos percorridos:</b> Aripuanã x Juína – Juína x Aripuanã.                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Meio de Transporte:</b> Ambulância Placa SCN 4D52.                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Cronograma de Atividade:</b> Referente à viagem para acompanhar o paciente Gustavo Francisco Miranda Nunes, paciente encaminhado do Hospital Municipal Santo Antônio, com diagnostico de fratura de clavícula direita, encaminhado com vaga cedida, para tratamento no (Hospital Municipal de Juína Dr Hideo Sakuno) em Juína- MT. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Observação:</b> Compõe este Relatório os seguintes documentos comprobatórios:                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Nota fiscal de hospedagem, comprovante de abastecimento do veículo, justificativa medica referente ao transporte do paciente e cópia do memorando de diária.                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Aripuanã, 30 de setembro de 2024.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <br>Roberta Daiane Nascimento de Abreu Silva<br>Técnica em Enfermagem                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Data da entrega:</b> 14/10/24                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>Conferido e Recebido em:</b> 14 / 10 / 24<br><br>(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: 29/09/2024 A 30/09/2024.

| 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 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                                                                 | Está 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 RELATÓRIO 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 RELATÓRIO 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, contados da data do regresso ao Município?                                                                                                                |     |     |     |           |
| Data da análise:                                                    |                                                                                                                                                                                                                                           |     |     |     |           |

Roberta Daiane Nascimento de Abreu Silva

Recebido em 10/10/24  
Valor: R\$ 0,00



ANEXO I - PROPOSTA DE CONCESSÃO DE DIÁRIA

(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           |
| <input type="checkbox"/> Servidor Efetivo |                                          | <input type="checkbox"/> Servidor Nomeado em Comissão |                          |
| Nº da Matrícula:                          | 7856 (Servidora Contratada)              | E-mail:                                               | Robertaallan08@gmail.com |

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 ☒

(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 ☒ - 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 Gustavo Francisco Miranda Nunes, paciente encaminhado do Hospital Municipal Santo Antônio, com diagnóstico de fratura de clavícula direita, encaminhado com vaga cedida, para tratamento no (Hospital Municipal de Juína Dr Hideo Sakuno) em Juína- MT. Conforme solicitação médica em anexo. Não foi possível a Técnica em Enfermagem assinar a solicitação de diário.

| Origem      | Destino  | Data da Saída | Sugestão de horário | Data do Retorno | Sugestão de horário |
|-------------|----------|---------------|---------------------|-----------------|---------------------|
| Aripuanã-MT | Juína-MT | 29/09/2024    | 19h15min            | 30/09/2024      | 08h30min            |

QUANTIDADE DE DIARIAS NECESSÁRIAS: 01

TERMO DE COMPROMISSO

Pelo presente, comprometo-me a:

- Apresentar prestação de contas, quando do retorno, dentro do prazo de 10(diez), 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 valor 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:                                          | 30/09/2024                              |
| Assinatura do proponente:                                     | <i>Roberta Daiane N. de Abreu Silva</i> |
| Nome:                                                         | <i>Andréia P. da Silva</i>              |
| Assinatura da Chefe Imediata do(a) servidor(a) (com carimbo): |                                         |

AUTORIZAÇÃO

Data

30, 9, 24

Autorizo:

*Andréia 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 programação, formulário e-mail de convocação e outros, caso contrário, poderá haver recusa a solicitação.

PROTOCOLO DE RECEBIMENTO

| Tipo | Placa | Modelo | Produto | Fornecedor | Data Hora Transação | Litros/Ads | Valor(R\$) | Odometro Anterior | Odometro Atual | Km Percorrido/Horas Trabalhadas | Condutor | Mínima Fm | Maxima Fm | Media Consumo |
|------|-------|--------|---------|------------|---------------------|------------|------------|-------------------|----------------|---------------------------------|----------|-----------|-----------|---------------|
|------|-------|--------|---------|------------|---------------------|------------|------------|-------------------|----------------|---------------------------------|----------|-----------|-----------|---------------|

Departamento =&gt; MANUTENCAO DAS ACOES DAS APS

Placa =&gt; SCMD52

|        |        |                     |          |                                  |                        |        |           |       |       |     |                                      |       |        |           |
|--------|--------|---------------------|----------|----------------------------------|------------------------|--------|-----------|-------|-------|-----|--------------------------------------|-------|--------|-----------|
| ONLINE | SCMD52 | STRADA (AMBULANCIA) | GASOLINA | AUTO<br>POSTO<br>2001 -<br>JUIVA | 30/09/2024<br>07:10:45 | 26,780 | R\$173,90 | 90649 | 90923 | 274 | EDIVALDO<br>ONOFFRE<br>DOS<br>SANTOS | 5,500 | 11.000 | 10,2 KM/L |
| ONLINE | SCMD52 | STRADA (AMBULANCIA) | GASOLINA | POSTO<br>KRUPINSKI               | 29/09/2024<br>19:21:32 | 39,785 | R\$275,31 | 90340 | 90649 | 309 | EDIVALDO<br>ONOFFRE<br>DOS<br>SANTOS | 5,500 | 11.000 | 7,8 KM/L  |

6



**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

1317

**JUINA HOTEL**

Razão social: CARLA D. BROCCO

CPF/CNPJ: 22.525.796/0001-39

Avenida: NOVE DE MAIO, 261 [N] - MÓDULO 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 eletrônica**

|                                    |                                                        |                                                                    |  |
|------------------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--|
| Exigibilidade do ISSQN<br>Exigível | Data/hora de emissão da NFS-e<br>30/09/2024 - 07:19:01 | Código de autenticidade<br>14cd 66ca f8ed 3217 bff2 9593 902d 7f7a |  |
| 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://blue.juina.mt.gov.br/portal/prefjuinam/#!/autenticidade>

**Dados do tomador dos serviços**

|                                      |                    |                     |                                                                 |                                    |  |
|--------------------------------------|--------------------|---------------------|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------|--|
| CPF/CNPJ<br>004.013.652-39           | Inscrição estadual | Inscrição municipal | Nome / razão social<br>ROBERTA DAIANE NASCIMENTO DE ABREU SILVA |                                    |  |
| Endereço<br>Rua PADRE FZEQUIEL RAMIM |                    | Número<br>731       | Complemento                                                     | Bairro<br>CENTRO                   |  |
| Cidade / UF<br>ARIPUANÁ - MT         |                    | CEP<br>78325-000    | Telefone                                                        | E-mail<br>robertaallan08@gmail.com |  |

**Serviços prestados**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Atividade econômica municipal<br>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<br>2,01 % |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|

Descrição do serviço  
disponha do pernoite  
dia 29/09 a 30/09/2024

| 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\$ 70,00                 | R\$ 70,00              | R\$ 0,00          | R\$ 70,00                |

**Retenções de impostos**

|                 |                    |                  |                  |                 |                              |                   |
|-----------------|--------------------|------------------|------------------|-----------------|------------------------------|-------------------|
| PIS<br>R\$ 0,00 | COFINS<br>R\$ 0,00 | INSS<br>R\$ 0,00 | IRRF<br>R\$ 0,00 | CSL<br>R\$ 0,00 | Outras retenções<br>R\$ 0,00 | ISSQN<br>R\$ 0,00 |
|-----------------|--------------------|------------------|------------------|-----------------|------------------------------|-------------------|

**Resumo geral**

|                                          |                                 |                                  |                            |                                    |                                               |
|------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|----------------------------|------------------------------------|-----------------------------------------------|
| Valor total dos serviços<br>R\$ 70,00    | Valor dos descontos<br>R\$ 0,00 | Valor das retenções<br>R\$ 0,00  | Valor líquido<br>R\$ 70,00 |                                    | Valor da dedução construção civil<br>R\$ 0,00 |
| Valor base de cálculo ISSQN<br>R\$ 70,00 | % alíquota do ISSQN<br>2,01     | Valor total do ISSQN<br>R\$ 1,41 | % abatimento<br>100,00     | Valor ISSQN a recolher<br>R\$ 0,00 | ISSQN retido?<br>Não                          |

**Observações**

O imposto referente a esta nota deve ser recolhido à Receita Federal do Brasil (RFB) por meio do Documento de Arrecadação do Simples Nacional (DAS), exceto nos casos em que o serviço seja prestado a tomadores substitutos tributários, quando o tributo será retido na fonte.

Informações complementares

Autenticidade Mecânica.



14cd66caf8ed3217bff29593902d7f7a

**Protocolo de entrega da nota fiscal de serviço eletrônica**

|                                                                                                         |                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| Natureza da operação: Exigível                                                                          | Data/hora de emissão da NFS-e: 30/09/2024 - 07:19:01 |
| Recebi(emos) de CARLA D. BROCCO todos os serviços relacionados nesta nota fiscal de serviço eletrônica. |                                                      |

Nota fiscal de serviço  
eletrônica - NFS-e  
1317

