



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA MACRO REGIÃO DO SUL DE MINAS

Parque Boa Vista – Varginha (MG) – CEP: 37.014-510

Rua João Urbano Figueiredo, 177



RESOLUÇÃO Nº 002/2024, DE 29 DE JANEIRO DE 2024.

DISPÕE SOBRE A CONCESSÃO DE DIÁRIAS NO ÂMBITO DO CISSUL E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

O Conselho Diretor do CISSUL – Consórcio Intermunicipal de Saúde da Macro Região do Sul de Minas, com fundamento no art. 16, IX, do Estatuto e com a anuência do Conselho Fiscal, estabelece regras para concessão de diárias, o que faz na forma seguinte:

Art. 1º. O empregado público do CISSUL que necessitar se deslocar à serviço ou para participação em eventos e cursos de capacitação profissional, fazem jus à percepção de diária de viagem para fazer face às despesas com hospedagem e alimentação.

§ 1º As diárias serão concedidas antecipadamente e por dia de afastamento.

§ 2º A solicitação de diárias deve ser feita com antecedência mínima de 3 (três) da realização da viagem, em formulário próprio constante no Anexo II desta Resolução.

§ 3º. A diária de viagem será devida também aos membros do Conselho Diretor, Conselho Fiscal, Conselho Técnico Executivo e Diretoria Executiva que, eventualmente, viajarem para tratar de assuntos de interesses do CISSUL, observadas as mesmas condições previstas para os demais empregados públicos.

Art. 2º. A concessão de diária fica condicionada, sempre, à existência de disponibilidade orçamentária e financeira na respectiva unidade administrativa.

PARÁGRAFO ÚNICO – As despesas com combustíveis, pedágios, estacionamento, peças, pneus e serviços, realizadas fora do Município, durante viagens, em caráter excepcional, serão ressarcidas mediante apresentação de cupom ou nota fiscal, mediante solicitação no prazo máximo de 5 (cinco) dias úteis subsequente ao seu retorno a sede, conforme formulário no Anexo IV.

Art. 3º. Os valores das diárias de viagem são os constantes no Anexo I.

§ 1º Diárias com pernoite não serão pagas, caso a cidade de destino apresente distância inferior à 100 km do local de trabalho do empregado,



salvo excepcionalidades devidamente justificadas, com a autorização do Presidente do Conselho Diretor ou do Secretário Executivo.

§ 2º. Caso a solicitação e justificativa seja feita pelo Secretário Executivo, a autorização será concedida exclusivamente pelo Presidente do Conselho Diretor.

§ 3º. Em casos devidamente justificados e documentalmente comprovados, em que o valor da diária não for suficiente para fazer frente as despesas contraídas, especialmente em viagens à capitais ou participação em grandes eventos, o empregado público poderá solicitar a complementação dos valores dispendidos desde que autorizado pela Secretaria Executiva.

Art. 4º. São competentes para autorizar a concessão de diária:

I - O Presidente do Conselho Diretor, nas solicitações feitas pelos membros do Conselho Diretor, Conselho Fiscal, Conselho Técnico Executivo e Secretaria Executiva;

II - A Secretaria Executiva do CISSUL, nas solicitações feitas pelos empregos públicos comissionados de Coordenação, Gerências, Chefia e Direção do CISSUL;

III - As respectivas coordenações/chefias e Gerências, nas solicitações feitas por seus subordinados.

Art. 5º. A diária integral é devida sempre que for necessário o pernoite oneroso do empregado público em outro município, a cada período de vinte e quatro horas de afastamento.

§ 1º. Quando não houver despesa com hospedagem ou não for necessário o pernoite e o afastamento for superior a oito horas, o Empregado fará jus à diária sem pernoite, cujo valor será aquele fixado no Anexo I desta Resolução;

§ 2º. Para viagens com duração inferior a 08 (oito) horas ou de até 100km, apurando-se a distância tão somente entre o local de saída e o destino e não o somatório da distância de ida e volta, o empregado público será reembolsado das despesas que realizar, mediante apresentação dos respectivos comprovantes fiscais, através de solicitação a ser feita no prazo máximo de 5 (cinco) dias úteis subsequentes ao seu retorno a sede, conforme formulário constante no Anexo IV.

§ 3º. Caso a viagem ultrapasse a quantidade de diárias solicitadas e pagas antecipadamente, ocorrerá o ressarcimento das diárias correspondentes ao período prorrogado, mediante justificativa fundamentada do empregado público solicitante e autorização, nos termos do art. 4º da presente Resolução.



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA MACRO REGIÃO DO SUL DE MINAS

Parque Boa Vista – Varginha (MG) – CEP: 37.014-510

Rua João Urbano Figueiredo, 177



Art. 6º. Não será concedida diária nas seguintes hipóteses:

I – no período de trânsito, ao empregado público que, por motivo de remoção ou transferência, tiver que mudar de sede;

II – no deslocamento para localidade onde o empregado público possua residência ou para a localidade da base em que se encontra lotado para o exercício do emprego público para o qual foi admitido;

III – cumulativamente com outra retribuição de caráter indenizatório de despesas com alimentação e hospedagem; e

IV – ao empregado público que estiver em falta com a apresentação da prestação de contas de diária anterior.

V – Sem a expressa autorização prevista no Art. 4º desta resolução.

PARÁGRAFO ÚNICO – Constitui infração disciplinar grave, punível na forma da lei, conceder ou receber diária indevidamente.

Art. 7º. O empregado público que receber diárias é obrigado a apresentar Relatório de Viagem e a respectiva prestação de contas, no prazo de 5 (cinco) dias úteis subsequentes ao seu retorno à sede, devendo, para isso, utilizar o formulário constante no Anexo III e restituir os valores relativos às diárias recebidas em excesso.

§1º. A restituição de que trata este artigo deverá ser feita por meio de depósito bancário em conta específica informada pela administração do CISSUL.

§2º. Quando houver pagamento de diária com pernoite, deverá o favorecido apresentar também, junto ao Relatório de Viagem, comprovantes que caracterizem (comprovem) a sua presença no local de destino informado, tais como atestados ou certificados de participação, comprovantes de gastos com alimentação, e outros documentos idôneos.

§3º Nas diárias com pernoite é obrigatória a apresentação de comprovante com hospedagem com emissão de Nota Fiscal no CNPJ do CISSUL/SAMU.

§4º. O descumprimento do disposto neste artigo sujeitará o empregado público ao desconto integral e imediato em folha de pagamento dos valores recebidos, sem prejuízo de outras sanções legais.

§5º. A responsabilidade pelo controle das viagens é, respectivamente, do solicitante e da autoridade concedente e a responsabilidade quanto a regularidade da prestação de contas é, respectivamente, do solicitante e da Tesouraria, sem prejuízo da fiscalização a ser exercida pelo Controle Interno.



Art. 8º. As despesas de viagens do Presidente do Conselho Diretor, Secretaria Executiva do CISSUL serão pagas com a adoção de um destes critérios:

I – mediante pagamento de diárias, pelos valores indicados no Anexo I desta Resolução;

II – pelo sistema de reembolso dos valores gastos, mediante apresentação dos documentos legais comprobatórios de sua realização.

Art. 9º. Os valores das diárias estabelecidas no Anexo I desta Resolução serão reajustados anualmente, mediante Portaria do Presidente do Conselho Diretor, nos mesmos índices, percentuais e datas das revisões gerais de vencimentos que forem concedidas aos empregados públicos do CISSUL.

Art. 10. Ficam instituídos os seguintes anexos a fim de possibilitar o cumprimento das disposições desta resolução e afins:

- a) ANEXO I: Tabela de Valores de Diárias;*
- b) ANEXO II: Formulário de Solicitação de Diárias de Viagens;*
- c) ANEXO III: Relatório de Viagem e Prestação de Contas;*
- d) ANEXO IV: Solicitação de Ressarcimento;*
- e) ANEXO V: Solicitação de Ressarcimento por utilização de veículo particular a serviço do CISSUL/SAMU;*

Art. 11. Esta Resolução, tendo sido regularmente aprovada por deliberação do Conselho Diretor do CISSUL/SAMU, entrará em vigor na data de sua publicação.

Varginha/MG, 29 de janeiro de 2024.

SILVIO ANTÔNIO FÉLIX

Presidente do Conselho Diretor



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA MACRO REGIÃO DO SUL DE MINAS

Parque Boa Vista – Varginha (MG) – CEP: 37.014-510

Rua João Urbano Figueiredo, 177



ANEXO I

TABELA DE VALORES DE DIÁRIAS:

<u>TABELA A</u> Presidente do Conselho Diretor e Secretário Executivo	
Diária com pernoite	R\$ 500,00
Diária sem Pernoite com distância superior a 100km ou com duração superior a 08 (oito) horas	R\$ 200,00

<u>TABELA B</u> Gerentes, Coordenadores, Controlador Interno, Procuradoria, Direção Médica, membros do Conselho Diretor, Conselho Fiscal, Conselho Técnico Executivo e Diretoria Executiva	
Diária com pernoite	R\$ R\$ 300,00
Diária sem Pernoite com distância superior a 100km ou com duração superior a 08 (oito) horas	R\$ 100,00



<u>TABELA C</u> Demais empregados públicos (efetivos e comissionados):	
Diária com pernoite	R\$ 250,00
Diária sem Pernoite com distância superior a 100km ou com duração superior a 08 (oito) horas	R\$ 100,00

**CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA MACRO REGIÃO DO SUL DE MINAS**

Parque Boa Vista – Varginha (MG) – CEP: 37.014-510

Rua João Urbano Figueiredo, 177

**ANEXO II**



 						
CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA MACRO REGIÃO DO SUL DE MINAS						
Rua João Urbano Figueiredo, 177 - Pq. Boa Vista - Varginha/MG - CEP 37.014-510 - (35) 3219-3150						
FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE DIÁRIAS DE VIAGEM						
Nome:		CPF:				
		RG:				
Cargo/Função:		SERVIDOR:		SIM NÃO		
CONTA PAGADORA	Banco:	Banco do Brasil		CONTA PARA DEPÓSITO	Banco:	
	Agência:	0032-9			Agência:	
	C. Corrente:	72.718-0			C. Corrente:	
Base:			Nº Diárias	Valor Unitário (R\$)	Valor Unitário (R\$)	
Endereço com CEP:						
Telefone:			00	R\$ -	R\$ -	
e-mail:			00	R\$ -	R\$ -	
Origem da Viagem:			UF:	Destino da Viagem:		UF:
VARGINHA			MG			
Data da Saída:	Hora da Saída:		Data da Retorno:	Hora da Saída:		
00 00 00	00 : 00		00 00 00	00 : 00		
Tipos de Diárias:		Natureza de Diária:				
Dentro do Estado <input type="checkbox"/>		Diária com pernoite <input type="checkbox"/>		Diária sem pernoite superior a 100 Km <input type="checkbox"/>		
Fora do Estado <input type="checkbox"/>		Diária sem pernoite superior a 8 horas <input type="checkbox"/>				
Tipo de Transporte	Aéreo <input type="checkbox"/>	Terrestre <input type="checkbox"/>	PLACA DO VEÍCULO			
			CISSUL <input type="checkbox"/>	PARTICULAR <input type="checkbox"/>		
Objetivo da viagem:						
RESOLUÇÃO N 002 DE 29 DE JANEIRO DE 2024						
TERMO DE COMPROMISSO			Autorização do Diretor de Departamento / Ordenador da Despesa.			
Declaro ser verdade os dados acima relatados						
00 00 00			00 00 00			
Data	Carimbo / Assinatura		Data	Carimbo / Assinatura		

**CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA MACRO REGIÃO DO SUL DE MINAS**

Parque Boa Vista – Varginha (MG) – CEP: 37.014-510

Rua João Urbano Figueiredo, 177

**ANEXO III**

 									
CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA MACRO REGIÃO DO SUL DE MINAS									
Rua João Urbano Figueiredo, 177 - Pq. Boa Vista - Varginha/MG - CEP 37.014-510 - (35) 3219-3150									
RELATÓRIO DE VIAGEM E PRESTAÇÃO DE CONTAS									
Nome:					CPF:				
					RG				
Cargo/Função:			SERVIDOR:		SIM		NÃO	0	
CONTA PAGADORA		Banco:		CONTA PARA DEPÓSITO		Banco:			
		Agência:				Agência:			
		C.Corrente:				C.Corrente:			
Base:									
Origem:				UF:	Chegada:			UF:	
				MG				MG	
Data da Saída:			Data da Chegada:			Nº de diárias:			
_ _			_ _						
Tipos de Diárias:			Natureza de Diária:						
Dentro do Estado		<input checked="" type="checkbox"/>	Diária com pernoite		<input type="checkbox"/>		Diária sem pernoite superior a 100 Km		<input checked="" type="checkbox"/>
Fora do Estado		<input type="checkbox"/>	Diária sem pernoite superior a 8 horas		<input checked="" type="checkbox"/>				
Tipo de Transporte		Aéreo		<input type="checkbox"/>	Terrestre		<input checked="" type="checkbox"/>	PLACA DO VEÍCULO	
							CISSUL	0	PARTICULAR
Relatório da viagem:									
RESOLUÇÃO N 002 DE 29 DE JANEIRO DE 2024									
TERMO DE COMPROMISSO					Autorização do Diretor de Departamento / Ordenador da Despesa.				
Declaro ser verdade os dados acima relatados									
_ _		_____			_ _		_____		
Data		Carimbo / Assinatura			Data		Carimbo / Assinatura		



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA MACRO REGIÃO DO SUL DE MINAS

Parque Boa Vista – Varginha (MG) – CEP: 37.014-510

Rua João Urbano Figueiredo, 177



ANEXO IV

SOLICITAÇÃO DE RESSARCIMENTO

RESOLUÇÃO N 002 DE 29 DE JANEIRO DE 2024

Nome:	
CPF:	RG:
Endereço com CEP:	
Cargo/Função:	Telefone:

DADOS BANCÁRIOS	Banco e Agência:	Banco do Brasil Ag. 0032-9	Banco e Agência para Depósito:	
	Nº Conta:	72.718-0	Depósito em conta CC:	

JUSTIFICATIVA DA(S) DESPESA(S)

MATERIAL DE CONSUMO/ SERVIÇOS	VALOR (R\$)
Abastecimento	
Alimentação	
Hospedagem	
Peça para veículo	
Pedágio/Travessia de balsa	
Locomoção (Táxi, UBER e outros)	
Outros serviços	
TOTAL À RESSARCIR	

OBSERVAÇÃO: Anexar o(s) comprovante (s) de despesa (s).

Varginha/MG, _____, _____ de _____ (data).

ASSINATURA DO SOLICITANTE

CIENTE DA COORDENAÇÃO

SECRETARIA EXECUTIVA (ORDENADOR)



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA MACRO REGIÃO DO SUL DE MINAS

Parque Boa Vista – Varginha (MG) – CEP: 37.014-510

Rua João Urbano Figueiredo, 177



ANEXO V

 Rua João Urbano de Figueiredo, 177 - Pq. Boa Vista CEP 37.014-510 - Varginha/MG CNPJ 13.985.968/0001-04		SOLICITAÇÃO DE RESSARCIMENTO POR USO DE VEÍCULO PARTICULAR A SERVIÇO DO CISSUL/SAMU				
DATA DA SOLICITAÇÃO:						
NOME :		_____				
CPF:	_____	TELEFONE:	_____			
CARGO:	_____	BASE:	_____			
ENDEREÇO :	_____	Nº:	_____			
BAIRRO:	_____	CIDADE:	_____	CEP:	_____	
INFORMAÇÕES BANCÁRIAS:						
BANCO:	_____	AGÊNCIA:	_____	CONTA:	_____	
SÍNTESE DAS TAREFAS A SEREM EXECUTADAS:						
() COBERTURA DE PLANTÃO NA BASE DE: _____						
() EXAMES MÉDICOS.						
(X) OUTROS: _____						
<small>Solicitação feita em conformidade com a Resolução n.º 03, de 12 de janeiro de 2022, para uso veículo particular em serviços executados no interesse do CISSUL/SAMU a vinculados a atividade funcional, do colaborador, submetendo-se às condições estabelecidas na Resolução referida, tendo o veículo as seguintes características:</small>						
PLACA: _____						
BOLETIM DE QUILOMETRAGEM						
DATA	ORIGEM	DESTINO	IDA	VOLTA	IDA E VOLTA	KM
					X	
						TOTAL KM: -
						(1) VALOR (R\$): R\$ -
PEDÁGIO/BALSA						
QUANTIDADE:						***ANEXAR COMPROVANTES
(2) VALOR (R\$):						
						(1+2) TOTAL A INDENIZAR: R\$ -
OBSERVAÇÃO:						
CARIMBO E ASSINATURA DA COORDENAÇÃO :						
<small>A SOLICITAÇÃO DE INDENIZAÇÃO DEVERÁ OCORRER NO PRAZO DE 30 (TRINTA) DIAS SUBSEQUENTES DO USO DO VEÍCULO PARTICULAR, SOB PENA DE NÃO PAGAMENTO, CONFORME RESOLUÇÃO 03/2021</small>						
ORDENADOR DE DESPESA (CARIMBO E ASSINATURA) :						