

PORTARIA 019/2025

Dispõe sobre a concessão de reembolso e antecipação de despesas com alimentação, pernoite e deslocamento da equipe técnica do Programa VISA-CIS, no âmbito do Consórcio Intermunicipal de Saúde dos Municípios da Região dos Lagos do Sul de Minas Gerais – CISLAGOS, e dá outras providências.

O PRESIDENTE DO CONSÓRCIO CISLAGOS, no uso de suas atribuições legais e considerando:

- A Deliberação CIB-SUS/MG nº 4.799, de 17 de julho de 2024;
- A Resolução SES/MG nº 9.637, de 17 de julho de 2024;
- A necessidade de disciplinar as atividades externas e os critérios de reembolso aos profissionais do Programa VISA-CIS política que possui suas especificidades.

RESOLVE:

Art. 1º A presente Resolução disciplina o pagamento de reembolso e antecipação de despesas com alimentação e pernoite da equipe contratada pelo Consórcio CISLAGOS para a execução de atividades externas vinculadas ao Programa VISA-CIS, condicionadas à comprovação do efetivo deslocamento do município onde localiza a sede do consórcio.

Art. 2º As atividades externas compreendem ações técnicas e administrativas previstas no Plano de Trabalho do VISA-CIS, realizadas em municípios distintos da sede do Consórcio, mediante planejamento e autorização prévia.

Art. 3º Os deslocamentos deverão ser autorizados previamente pela Coordenação do Programa, mediante registro formal de roteiro de campo.

Art. 4º O deslocamento deve respeitar critérios de necessidade, economicidade e adequação à agenda do Plano de Trabalho.

Art. 5º Será concedido reembolso de despesas com alimentação aos servidores em atividades externas com duração acima de 4 (quatro) horas consecutivas fora do município onde situa a

sede do consórcio.

§1º O limite diário para reembolso de alimentação é de R\$ 35,00 (trinta e cinco reais), salvo no caso de pernoite.

§2º O reembolso será condicionado à apresentação do formulário padrão preenchido, da comprovação da atividade externa e do comprovante fiscal original de gasto com alimentação.

§3º O comprovante destacado no §2º deve conter, pelo menos, as seguintes informações: CNPJ da empresa e CPF do servidor.

Art. 6º Em caso de pernoite fora do município onde situa a sede do consórcio, será permitida a antecipação de despesa ou o reembolso da quantia relacionada à hospedagem e alimentação.

§1º A antecipação de despesa está condicionada à apresentação de justificativa e aprovação prévia pela Coordenação do VISA-CIS.

§2º O reembolso será condicionado à apresentação do formulário padrão preenchido, do relatório de atividades e dos comprovantes fiscais originais de gastos com alimentação e hospedagem.

§3º São condições para pernoite:

I – Duração da atividade ou distância incompatível com retorno no mesmo dia;

II – Inexistência de transporte ou risco à segurança do servidor;

III – Previsão no roteiro de campo validado pela Coordenação.

§4º Os limites para reembolso por pernoite são:

I - Hospedagem: até R\$ 300,00 (trezentos reais);

II - Alimentação: até R\$ 80,00 (oitenta reais);

§5º Não serão aceitas despesas com bebidas alcoólicas, produtos pessoais ou outros que não sejam estritamente necessários para o custeio de alimentação e hospedagem.

Art. 7º Em deslocamentos oficiais da equipe do Programa VISA-CIS para o Município de Belo Horizonte/MG, em razão de reuniões técnicas, capacitações, seminários ou demandas da Secretaria de Estado de Saúde, ficam estabelecidos os seguintes valores de referência para fins de reembolso:

I – Hospedagem: até R\$ 300,00 (trezentos reais) por diária;

II – Alimentação: até R\$ 150,00 (cento e cinquenta reais) por dia;

Art. 9º As despesas com deslocamento do servidor integrante do Programa VISA-CIS, para execução de atividades do programa, serão passíveis de reembolso, desde que haja comprovação idônea e aprovação pela Coordenação do VISA-CIS.

§1º Para os fins desta Resolução, serão consideradas as seguintes hipóteses de deslocamento:

I – Abastecimento de veículo oficial do Consórcio;

II – Passagens de ônibus intermunicipal ou municipal, exclusivamente para o trajeto relacionado à atividade;

III – Serviços de transporte individual, como táxi e aplicativos de mobilidade urbana.

§2º Para o custeio de deslocamento de serviços de transporte individual previstos no inciso III do parágrafo anterior, o servidor deverá comprovar:

I - Justificativa de inviabilidade do uso de transporte público ou da frota própria;

II - O serviço seja compatível com a distância, o horário e a natureza da atividade;

III - Comprovante com data, local de origem e destino da corrida.

§3º Em caso de uso de veículo próprio em situações excepcionais, deverá haver autorização prévia expressa.

Art. 10 Para o reembolso de despesas com hospedagem, o prestador de serviço deverá emitir a Nota Fiscal em nome do Consórcio CISLAGOS, contendo, pelo menos, os seguintes dados:

I – Razão Social: Consórcio Intermunicipal de Saúde dos Municípios da Região dos Lagos do Sul de Minas Gerais – CISLAGOS

II – CNPJ: 01.243.423/0001-03

III – Endereço: Rua Cel. Pedro Correa, 234- Centro -Alfenas 37130-000

IV – Discriminação do serviço prestado, a partir dos seguintes elementos:

a) Nome do hóspede (servidor);

b) Período da hospedagem;

c) Valor unitário e total da diária;

§1º A nota fiscal deve ser apresentada original ou em versão digital com validade jurídica, preferencialmente acompanhada de comprovante de pagamento.



CISLAGOS

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS
DA REGIÃO DOS LAGOS DO SUE. DE MINAS

GNPJ 01.243.423/0001-03

Telefax: (35) 3292-2152
Rua Cel. Pedro Corrêa, 234
CEP 37130-000 - Alfenas - MG

§2º Não serão aceitos cupons ou recibos informais, nem notas emitidas em nome do servidor.

§3º Em caso de recusa por parte do estabelecimento em emitir a nota fiscal com os dados do Consórcio, o servidor deverá comunicar previamente à Coordenação do Programa VISA-CIS, que poderá orientar a busca por outro fornecedor ou, em caráter excepcional, autorizar outra forma de comprovação, mediante justificativa formal.

Art. 11 O formulário de reembolso deverá ser entregue até os 2 (dois) dias úteis após a realização das atividades.

Art. 12 A aprovação do reembolso será de responsabilidade da Coordenação do Programa do Programa VISA-CIS, devendo constar registro do deferimento ou justificativa de indeferimento.

Art. 13 Se o beneficiário não prestar contas na forma exigida nesta Resolução, ou tiver estas indeferidas, poderá responder a processo administrativo e deverá devolver os valores recebidos, desde que estejam corrigidos monetariamente.

Art. 14 Os formulários de prestação de contas e de solicitação de reembolso deverão seguir o padrão de estrutura formal em anexo a esta Resolução.

Art. 15 Os reembolsos aprovados deverão ocorrer em até 3 (três) dias úteis, após o retorno da viagem, desde que toda a documentação exigida tenha sido corretamente apresentada pelo servidor.

Parágrafo único: Em caso de pendências ou necessidade de esclarecimentos, o prazo poderá ser suspenso até regularização da documentação, com comunicação formal ao servidor.

Art. 16 As antecipações de despesas deverão ser requeridas até 5 (cinco) dias úteis antes da realização das atividades programadas.

Art. 17 As despesas de reembolso e antecipação serão arcadas por dotação orçamentária constante no Fundo Estadual de Saúde de Minas Gerais, prevista na Resolução SES/MG nº



CISLAGOS

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS
DA REGIÃO DOS LAGOS DO SUE. DE MINAS

GNPJ 01.243.423/0001-03

Telefax: (35) 3292-2152
Rua Cel. Pedro Corrêa, 234
CEP 37130-000 - Alfenas - MG

9.637, de 17 de julho de 2024, que regulamenta o financiamento da política instituída pela Deliberação CIB-SUS/MG nº 4.799/2024.

Art. 18 Este Ato Normativo entra em vigor na data de sua publicação.

Alfenas/MG, 05 de agosto de 2025.

ROSIEL DE LIMA
Presidente do CISLAGOS



CISLAGOS

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS
DA REGIÃO DOS LAGOS DO SUE. DE MINAS

GNPJ 01.243.423/0001-03

Telefax: (35) 3292-2152
Rua Cel. Pedro Corrêa, 234
CEP 37130-000 - Alfenas - MG

FORMULÁRIO PADRÃO DE SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO

(VIAGENS EM GERAL)

CONSÓRCIO CISLAGOS – PROGRAMA VISA-CIS

**Formulário de Solicitação de reembolso – Alimentação / Pernoite/ Combustível e
passagens**

Nome completo do servidor: _____

Cargo/Função: _____ **Município(s) visitado(s):**

_____ **Data(s) da atividade externa:** ____ / ____ / ____ a ____ / ____ /

Horário estimado da atividade: Início: ____h__ Término: ____h__min

Tipo de despesa: () Alimentação () Hospedagem () Ambas

Valor total solicitado: R\$ _____

Forma de pagamento: () Dinheiro () Cartão () Pix () Outro: _____

Notas/comprovantes anexos: () Sim () Não Qtde: _____

Resumo da atividade a ser executada:

Declaração do servidor:

Declaro que as informações acima são verdadeiras e que as despesas ocorreram no contexto das atividades externas do Programa VISA-CIS, conforme autorizado e planejado.

Assinatura do servidor: _____ **Data:** ____ / ____ /

PARECER DA COORDENAÇÃO DO VISA-CIS:

() Aprovado () Indeferido Justificativa (se indeferido):

Assinatura: _____ **Data:** ____ / ____ / _____

PARECER DA CONTABILIDADE CONSÓRCIO:



CISLAGOS

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS
DA REGIÃO DOS LAGOS DO SUE. DE MINAS

GNPJ 01.243.423/0001-03

Telefax: (35) 3292-2152
Rua Cel. Pedro Corrêa, 234
CEP 37130-000 - Alfenas - MG

() Aprovado () Indeferido Assinatura: _____ Data: ____ / ____
/ ____

AUTORIZAÇÃO DO SECRETÁRIA EXECUTIVA DO CONSÓRCIO CISLAGOS:

() Deferido () Indeferido

Observações/Justificativa (se houver):

Assinatura: _____ Data: ____ / ____ / ____



CISLAGOS

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS
DA REGIÃO DOS LAGOS DO SUE. DE MINAS
CNPJ 01.243.423/0001-03

Telefax: (35) 3292-2152
Rua Cel. Pedro Corrêa, 234
CEP 37130-000 - Alfenas - MG

**FORMULÁRIO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS – ATIVIDADE EXTERNA / VIAGEM TÉCNICA
CONSÓRCIO CISLAGOS – PROGRAMA VISA-CIS**

Nome do servidor: _____

Cargo/Função: _____

Município(s) visitado(s): _____

Data(s) da viagem: ____ / ____ / ____ a ____ / ____ / ____ Horário: | Saída:

____ Retorno: ____

Tipo de despesas apresentadas: () Alimentação () Hospedagem () Ambas () Nenhuma

Valor total solicitado: R\$ _____

Comprovantes fiscais anexos: () Sim Qtde: _____ () Não (justificar abaixo)

Resumo das atividades realizadas(Descrever de forma objetiva a ação executada, resultados obtidos e eventuais observações)

Declaração do servidor

Declaro, sob as penas da lei, que as informações prestadas são verdadeiras, que os gastos estão relacionados às atividades do Programa VISA-CIS e que os comprovantes fiscais anexos correspondem exclusivamente às despesas da missão autorizada.

Assinatura do servidor: _____ Data: ____ / ____ /

Parecer da Coordenação VISA-CIS

() Prestação aprovada () Prestação aprovada com ressalvas () Rejeitada

Justificativa (em caso de ressalva ou rejeição):



CISLAGOS

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS
DA REGIÃO DOS LAGOS DO SUE. DE MINAS

GNPJ 01.243.423/0001-03

Telefax: (35) 3292-2152
Rua Cel. Pedro Corrêa, 234
CEP 37130-000 - Alfenas - MG

Assinatura: _____ Data: ____ / ____ / ____

Autorização do Secretário Executivo do Consórcio CISLAGOS:

() Deferido () Indeferido Observações/Justificativa (se houver):

Assinatura: _____ Data: ____ / ____ / ____