

**DISPÕE SOBRE A CONCESSÃO DE DIÁRIA DE INDENIZAÇÃO POR
DESLOCAMENTO AOS COLABORADORES DO INSTITUTO TRANSFORMAR – IT E
DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.**

O **INSTITUTO TRANSFORMAR – IT**, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ nº 32.304.118/0001-08, no uso de suas atribuições estatutárias, especialmente aquelas conferidas ao Conselho de Administração, e

CONSIDERANDO o disposto na Lei nº 13.019/2014 (MROSC) e no Termo de Colaboração celebrado com o Município de Viana/MA para gestão do Hospital Municipal Dom Hélio Campos;

CONSIDERANDO a necessidade de normatizar, com transparência e padronização, a concessão de diárias e de indenização de transporte no âmbito do Instituto Transformar;

CONSIDERANDO que tais despesas constituem custos necessários à execução das atividades institucionais, inclusive em ações assistenciais, administrativas, técnicas e de saúde;

RESOLVE:

Art. 1º Dispor sobre os critérios, condições e procedimentos para concessão de diárias e de indenização de transporte aos colaboradores do Instituto Transformar – IT, incluindo membros da Diretoria Executiva, quando em deslocamento a serviço da entidade, conforme dispõe o artigo 81 do Estatuto Social.

Art. 2º Fazem jus à concessão de diária e/ou indenização de transporte os colaboradores, dirigentes, técnicos e profissionais vinculados ao IT que se desloquem, a serviço, para localidade diversa de sua base habitual de atuação, mediante autorização prévia da Diretoria Executiva ou da autoridade competente.

Art. 3º A diária destina-se a indenizar despesas com transporte, deslocamento terrestre, fluvial ou outro meio necessário à execução das atividades institucionais, inclusive combustível, pedágio, passagens ou locação de veículo, quando devidamente autorizadas e comprovadas, despesas com alimentação, hospedagem e demais gastos ordinários decorrentes de deslocamento temporário a serviço do Instituto, não possuindo natureza salarial, remuneratória ou habitual.

Art. 4º A concessão de diárias e indenizações observará os princípios da legalidade, economicidade, razoabilidade, finalidade pública, transparência e prestação de contas, sendo vedada sua utilização para fins estranhos às atividades institucionais.

Art. 5º As despesas previstas nesta Portaria deverão estar vinculadas ao plano de trabalho, ao objeto do Termo de Colaboração ou às atividades administrativas e institucionais do IT, sendo obrigatória a devida comprovação documental.

Art. 6º Os valores das diárias são:

CARGO/FUNÇÃO	VALOR EM R\$	
	SEM HOSPEDAGEM	COM HOSPEDAGEM
Diretor	400,00	800,00
Assessor	200,00	400,00
Terceirizado PJ – Nível Superior	100,00	300,00
Terceirizado PJ – Nível médio	80,00	200,00
Colaborador – Nível Superior	100,00	300,00
Colaborador – Nível Médio	80,00	200,00
Colaborador para transporte sanitário (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e motorista)	100,00	-

Parágrafo único. Os critérios específicos, hipóteses e condições especiais aplicáveis ao Hospital Municipal Dom Hélio Campos – Viana/MA, inclusive para transporte de pacientes em ambulância, constam do Anexo I, parte integrante desta Portaria.

Art. 7º Os casos omissos serão resolvidos pela Diretoria Executiva do Instituto Transformar, observada a legislação aplicável e as normas internas da entidade.

Art. 8º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação interna, revogadas as disposições em contrário.

São Luís/MA, 01 de janeiro de 2026.

Klauber de Araújo Souza Azevedo
Diretor Presidente – Instituto Transformar

ANEXO I

NORMAS ESPECÍFICAS PARA CONCESSÃO DE DIÁRIA E INDENIZAÇÃO DE TRANSPORTE - HOSPITAL MUNICIPAL DOM HÉLIO CAMPOS EM VIANA/MA

Art. 1º – Da Finalidade

Este Anexo dispõe sobre normas específicas para concessão de diária e indenização de transporte aos profissionais vinculados ao **Hospital Municipal Dom Hélio Campos**, gerido e operacionalizado pelo Instituto Transformar, especialmente em atividades assistenciais, administrativas e de **transporte de pacientes em ambulância**.

Art. 2º – Do Transporte de Pacientes em Ambulância

Fica autorizada a concessão de diária e/ou indenização de transporte nos deslocamentos realizados para **remoção, transferência ou acompanhamento de pacientes**, dentro ou fora do Município de Viana/MA, quando devidamente justificados.

Art. 3º – Da Composição da Equipe de Transporte

Poderão fazer jus à indenização prevista neste Anexo os seguintes profissionais que integrem a equipe de transporte em ambulância:

- I – Motorista da ambulância;
- II – Médico;
- III – Técnico de Enfermagem ou Enfermeiro, conforme o caso;
- IV – Outros profissionais indispensáveis ao atendimento, mediante justificativa técnica.

Art. 4º – Da Natureza da Indenização

A indenização de transporte e a diária concedidas nos termos deste Anexo possuem caráter **estritamente indenizatório**, não se incorporando à remuneração, não gerando vínculo trabalhista adicional, nem reflexos de qualquer natureza.

Art. 5º – Dos Critérios

A concessão observará, cumulativamente:

- I – Autorização prévia da Direção do Hospital ou da Diretoria Executiva do IT;
- II – Justificativa técnica ou administrativa do deslocamento;
- III – Compatibilidade com o plano de trabalho e com o objeto do Termo de Colaboração;

INSTITUTO TRANSFORMAR - IT

CNPJ: 32.304.118/0001-08

RUA DAS JUÇARAS, S/N, CONDOMÍNIO EXECUTIVE LAKE CENTER
SALA 909, JARDIM RENASCENÇA, SÃO LUIS – MA, CEP-65075-230.

e-mail: institutotransformar.it@gmail.com

IV – Comprovação da efetiva realização do serviço.

Art. 6º – Das Despesas Abrangidas

Poderão ser indenizadas despesas com:

I – Alimentação durante o deslocamento;

II – Combustível e pedágios;

III – Hospedagem, quando necessária;

IV – Outras despesas essenciais e devidamente autorizadas.

Art. 7º – Da Prestação de Contas

As despesas deverão ser comprovadas mediante relatórios, formulários internos, ordens de serviço, fichas de transporte de pacientes ou outros documentos idôneos, conforme normativos internos do Instituto Transformar.

Art. 8º – Disposições Finais

Este Anexo integra a Portaria nº ____/2026 – IT, aplicando-se exclusivamente às atividades relacionadas ao Hospital Municipal Dom Hélio Campos – Viana/MA.

ANEXO II
FORMULÁRIO PADRÃO DE SOLICITAÇÃO DIÁRIA E / OU INDENIZAÇÃO DE
TRANSPORTE

1. IDENTIFICAÇÃO DO SOLICITANTE

Nome completo: _____

CPF: _____ Cargo/Função: _____

Vínculo com o IT:

☐ Colaborador

☐ Diretoria Executiva

☐ Profissional Assistencial

☐ Outro: _____

Unidade/Projeto vinculado:

☐ Sede Administrativa – IT

☐ Hospital Municipal Veterinário de São Luís/MA

☐ Hospital Municipal Dom Hélio Campos – Viana/MA

☐ Outro: _____

Telefone: _____ E-mail: _____

2. DADOS DO DESLOCAMENTO

Município de origem: _____

Município de destino: _____

Data de saída: ____ / ____ / ____ Horário: ____ : ____

Data de retorno: ____ / ____ / ____ Horário: ____ : ____

Quantidade de dias: _____

Finalidade do deslocamento (descrever de forma clara e objetiva):

INSTITUTO TRANSFORMAR - IT

CNPJ: 32.304.118/0001-08

RUA DAS JUÇARAS, S/N, CONDOMÍNIO EXECUTIVE LAKE CENTER
SALA 909, JARDIM RENASCENÇA, SÃO LUIS – MA, CEP-65075-230.

e-mail: institutotransformar.it@gmail.com

O deslocamento está vinculado a:

- ☐ Atividade administrativa
- ☐ Atividade técnica
- ☐ Atividade assistencial em saúde
- ☐ Transporte de paciente em ambulância
- ☐ Outro: _____

3. SOLICITAÇÃO

Solicito a concessão de:

- ☐ Diária
- ☐ Indenização de Transporte
- ☐ Diária + Indenização de Transporte

4. INFORMAÇÕES ESPECÍFICAS – TRANSPORTE DE PACIENTE (quando aplicável)

Nome do paciente: _____

Tipo de transporte:

- ☐ Ambulância
- ☐ Veículo institucional
- ☐ Outro: _____

Equipe que acompanhará o transporte (assinalar):

- ☐ Motorista
- ☐ Médico
- ☐ Enfermeiro
- ☐ Técnico de Enfermagem
- ☐ Outro: _____

Justificativa técnica do transporte:

5. MEIO DE TRANSPORTE UTILIZADO

- ☐ Veículo institucional
- ☐ Veículo próprio
- ☐ Veículo locado
- ☐ Transporte coletivo

INSTITUTO TRANSFORMAR - IT

CNPJ: 32.304.118/0001-08

RUA DAS JUÇARAS, S/N, CONDOMÍNIO EXECUTIVE LAKE CENTER
SALA 909, JARDIM RENASCENÇA, SÃO LUIS – MA, CEP-65075-230.

e-mail: institutotransformar.it@gmail.com

() Outro: _____

6. DECLARAÇÃO DO SOLICITANTE

Declaro que as informações acima são verdadeiras e que o deslocamento solicitado está diretamente vinculado às atividades institucionais do Instituto Transformar, comprometendo-me a apresentar a documentação comprobatória e o relatório de execução, quando exigido, nos termos das normas internas e da Portaria vigente.

Local e data: _____

Assinatura do solicitante: _____

7. AUTORIZAÇÃO DA CHEFIA IMEDIATA / DIREÇÃO

() DEFERIDO

() INDEFERIDO

Observações:

Nome do responsável: _____

Cargo/Função: _____

Assinatura: _____ Data: ____ / ____ / ____

8. AUTORIZAÇÃO DA DIRETORIA EXECUTIVA – IT

() DEFERIDO

() INDEFERIDO

Assinatura: _____

Nome: _____

Cargo: _____

Data: ____ / ____ / ____

INSTITUTO TRANSFORMAR - IT

CNPJ: 32.304.118/0001-08

RUA DAS JUÇARAS, S/N, CONDOMÍNIO EXECUTIVE LAKE CENTER
SALA 909, JARDIM RENASCENÇA, SÃO LUIS – MA, CEP-65075-230.

e-mail: institutotransformar.it@gmail.com