



ESTADO DE SANTA CATARINA
FUNDO MUNICIPAL SAÚDE CAPIVARI DE BAIXO
 Balancete de Prestação de Contas de Recursos Antecipados

Unidade Concedente: **FUNDO MUNICIPAL SAÚDE CAPIVARI DE BAIXO**
 Ordenador da Despesa:
 Entidade Beneficiada: **MICHAEL DE JESUS MENDES** C.P.F.: 032.786.759-08
 Endereço: CEP:
 Responsável: CPF:
 Nota Empenho Número: 124 Data: 12/01/24 Valor: 100,00
 Projeto/Atividade: 2.038 Manutenção do Bloco de Atenção Especializada em Saúde
 Item: 3.3.90.00.00.00.00.00 Aplicacoes Diretas
 Fonte: 1.500.1002.5002 Receitas de Impostos e de Transferência de Impostos - Saúde
 Natureza da Despesa: 3.3.90.36.99.00.00.00 Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Física

Histórico Fiel da Finalidade: SOLICITAÇÃO PARA ADIANTAMENTO DE VALOR PARA DESPESAS COM ABASTECIMENTO DO VEICULO SPIN RYE 1176 EM VIAGEM À JOINVILLE/SC,HOSPITAL INFANTIL JESSER AMARANTE , NO DIA 12/01/24, PARA O SERVIDOR MICHAEL DE JESUS MENDES, CONFORME A SOLICITAÇÃO EM ANEXO.

Documento		Histórico	Recebimentos	Pagamentos
Número	Data			
Empenho: 124	12/01/2024	Valor recebido nesta data conforme empenho	100,00	100,00
3	08/02/2024	Prestação de contas		0,00
0		Devolução de Adiantamento	100,00	100,00
Pagamento: 177	08/02/2024	Comprovante:87643		
Totais			100,00	100,00

Município de Capivari de Baixo - SC

Estado de Santa Catarina

Avenida Ernani Cotrin , 187 - Centro - 88745-000
CNPJ. 95.780.441/0001-60

RECURSOS CONCEDIDOS A TÍTULO DE ADIANTAMENTO

PARECER 0043/2024

Data: 08/02/2024
Destinatário:
Beneficiário: MICHAEL DE JESUS MENDES
Nota de Empenho: 124
Valor Empenhado: 100,00
Valor Utilizado: 100,00

Luiz Carlos
LANÇADO

Tratam os autos da prestação de contas dos recursos repassados por meio de Adiantamento, no valor acima mencionado, conforme Lei Municipal LEI Nº 1299/2010 DE 31 DE MARÇO DE 2010., objetivando atender despesas previstas em lei quando do deslocamento do Servidor Público a serviço do Município de Capivari de Baixo.

O responsável pela gerência do Adiantamento instruiu o processo de prestação de contas com os documentos apresentados, entende-se que os mesmos comprovam adequadamente a aplicação dos recursos nas finalidades para as quais foram concedidos, bem como a realização do objeto.

Solicitação para adiantamento de valor para despesas com abastecimento do veículo spin RYE 1176 em viagem à Joinville/SC, Hospital Infantil Jesser Amarante, no dia 12/01/24, para o servidor Michael de Jesus Mendes, conforme a solicitação em anexo.

Quanto aos documentos apresentados:


Nota fiscal NFSe nº 000087643 – Posto de Gasolina Agricopel

Foi utilizado para viagem o valor de R\$ 100 (cem reais).

Da análise do processo de prestação de contas em epígrafe constatou-se a presença de todos os elementos e formalidades exigidos pela legislação vigente, dispostos na Instrução Normativa DECRETO Nº 651, DE 22 DE JULHO DE 2015. APROVA A INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 002/2015 DE 17 DE JULHO DE 201, consolidada, do Tribunal de Contas do Estado de Santa Catarina.

Pelo preenchimento dos requisitos legais, este setor aprova esta prestação de contas.

Município de Capivari de Baixo - SC, 8 de Fevereiro de 2024.


ALESSANDRA PASCOALI
Controle Interno do Município

Parâmetros: Empenho: [124]; Entidade: [1580]; Descrição: [FUNDO MUNICIPAL SAÚDE CAPIVARI DE BAIXO]; Data Inicial: 01/01/2024; Data Final: 08/02/2024; Data Lançamento: 2024; Despesa Lançada: N; Tipo de Data: EMISSAO; Exercício: 2024; Mostrar complemento do elemento: S; Consolidado: N; Emitir: EMPENHO; Ordenar Por: EMPENHO; Demonstrar histórico do empenho?: NAO; Tipo de Data: EMISSAO; Exercício: 2024; Despesa Lançada: N; Deseja exibir comprovantes e retenções: N; Categoria do recurso: TODOS; Tipo do recurso: TODOS - Versão: 32 de 29/06/2023 10:32:03

ESTADO DE SANTA CATARINA
FUNDO MUNICIPAL SAÚDE CAPIVARI DE BAIXO
RELAÇÃO DE EMPENHOS

Empenho	Tipo	Processo	SF	Data	Vlr. Empenho	Anulado	Liquidado	Pago	A pagar	Conta	Funcional	Recurso	Ação	Dot.	Nat. Despesa	Credor
124	O			12/01	100,00	0,00	100,00	0,00	100,00	92500781	10.302.11	1.500.1002.5002	2.038	9	33903699000000	MICHAEL DE JESUS MENDES

Total do Período: 100,00 100,00 0,00 100,00

ESTADO DE SANTA CATARINA
FUNDO MUNICIPAL SAÚDE CAPIVARI DE BAIXO
 Gestor do Contrato: FUNDO MUNICIPAL SAÚDE CAPIVARI DE BAIXO

Rua Ernani Cotrin, 187 - Centro - Capivari de Baixo - SC
 CEP: 88745-000 CNPJ: 10.971.858/0001-57 Telefone: (48) 3621-4400

SOLICITAÇÃO DE FORNECIMENTO
 Nr.: 98/2024

Processo Administrativo: N/A
 Contrato: Sem termo
 Sequencial do Contrato: 1802
 Aditivo: N/A
 Data da Contratação: 12/01/2024
 Data da Solicitação: 12/01/2024

Telefone(s):

Fornecedor: **MICHAEL DE JESUS MENDES**

CPF/CNPJ: 032.786.759-08

Endereço:

E-mail:

Prezados senhores,
 Comunicamos que o fornecedor acima foi vencedor do(s) item(ns) especificado(s) abaixo.
 Aguardamos, portanto, o fiel cumprimento das especificações e condições constantes no Processo Licitatório.

Organograma: 0800100001 - SECRETARIA DA SAÚDE

Condição de Pagamento:

Prazo de Entrega:

Local de Entrega:

Objeto da Contratação:

SOLICITAÇÃO PARA ADIANTAMENTO DE VALOR PARA DESPESAS COM ABASTECIMENTO DO VEICULO SPIN RYE 1176 EM VIAGEM Á JOINVILLE/SC,HOSPITAL INFANTIL JESSER AMARANTE , NO DIA 12/01/24, PARA O SERVIDOR MICHAEL DE JESUS MENDES, CONFORME A SOLICITAÇÃO EM ANEXO.

Observações:

SOLICITAÇÃO PARA ADIANTAMENTO DE VALOR PARA DESPESAS COM ABASTECIMENTO DO VEICULO SPIN RYE 1176 EM VIAGEM Á JOINVILLE/SC,HOSPITAL INFANTIL JESSER AMARANTE , NO DIA 12/01/24, PARA O SERVIDOR MICHAEL DE JESUS MENDES, CONFORME A SOLICITAÇÃO EM ANEXO.

Empenho:

Despesas:

9 - 08.001.10.302.0011.2038.3.3.90.00.00 - Manutenção do Bloco de Atenção Especializada em Saúde

Desdobramento :

3.3.90.36.99.00.00.00

Recurso :

1.500.1002.5002 - Receitas de Impostos e de Transferência de Impostos - Saúde

Item	Quantidade	Unid.	Especificação do material	Marca	Preço Un.	Preço Total
1	1,000	UN	ADIANTAMENTO DE DESPESA - ADIANTAMENTO DE DESPESA		100,0000	100,00
					Total Geral:	100,00

Capivari de Baixo/SC, 12 de Janeiro de 2024

Assinatura e Carimbo do Responsável

Capivari de Baixo/SC, 12 de Janeiro de 2024
 Diretoria de Compras
 Número: 14124

MEMORANDO Nº 25/2024 - Capivari de Baixo, SC. 12 de Janeiro de 2024.

De: Plínio da Silva Vieira- Secretaria de Saúde
Para: CONTABILIDADE

Solicitamos autorizar o adiantamento no valor de R\$ 100,00 (cem reais), para efetuar despesas com abastecimento do veículo **SPIN RYE 1176** em viagem à **JOINVILLE/SC, HOSPITAL INFANTIL JESSER AMARANTE**, no dia **12/01/2024**, para uma alta hospitalar do HNSC, em nome de **MICHAEL DE JESUS MENDES**.

Atenciosamente,



PLÍNIO DA SILVA VIEIRA
Secretário de Saúde

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPIVARI DE BAIXO

PROCESSO PARA SOLICITAÇÃO DE TRANSPORTES DE PASSAGEIROS

Nº DO PROCESSO: 2 DATA: 11/01/2024
NOME DO PASSAGEIRO: ISABELI MACHADO DE SOUZA
Nº CPF: 0 N° RG: 0 N° CNS: 0
DATA NASCIMENTO: 15/10/2010 FONE: 999564890/996391757
ENDEREÇO SOLICITANTE: RUA: CASTRO ALVES, 1477, CAÇADOR

LOCAL DE SAÍDA: ACIMA
PONTO DE REFERENCIA:
DESTINO: JOINVILLE- H JESER AMARANTE FARIAS
DATA DA SAÍDA: 12/01/2024 HORÁRIO DA SAÍDA: 3:00 HORARIO DO ATENDIMENTO: 07:00

MOTIVO DA VIAGEM: TRANSFERENCIA HNSC P/ H DE JOINVILLE

NOME DO ACOMPANHANTE: FABIANA MACHADO DE OLIVEIRA
Nº CPF ACOMPANHANTE: 0 N° RG ACOMPANHANTE: 0
JUSTIFICATIVA DO ACOMPANHANTE:

VEICULOS: PLACA:
MOTORISTA:

RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO: GABRIELA

ASSINATURA E CARIMBO RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO:

ASSINATURA DO SOLICITANTES:

- ANEXAR OBRIGATORIAMENTE;
- 1 - Cópia documentos de Identificação do Solicitante e do Acompanhante;
 - 2 - Cópia comprovante de endereço do solicitante;
 - 3 - Comprovante do motivo da viagem.

- OBSERVAÇÕES:
- 1 - Antes do retorno o solicitante deverá obrigatoriamente apresentar atestado devidamente assinado e identificado do atendimento realizado;
 - 2 - A solicitação de transporte deverá ser efetuado 48 (quarenta e oito) horas antes do prazo determinado para saída do solicitantes;

POSTO AGRICOPEL FL 42 CNPJ:83.488.882/0043-62
 RODOVIA: BR 101, SN, CORVETA, ARAQUARI, SC
 Fone (047) 3439-3804
 Documento Aux. da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica

Código	Descrição	Qtde	UN	VI Unit	Total
320102002	GASOLINA ADITIVADA	18,553	L	5,39	100,00
#DATA#2024-01-12#HORA#08:29:02#					
Qtde. total de itens					1
Subtotal R\$					100,00
Valor Total R\$					100,00
FORMA DE PAGAMENTO					VALOR PAGO (R\$)
TEF REDECARD ELO DEBITO*					100,00
Troco R\$					0,00

Consulte pela Chave de Acesso em
<https://set.sef.sc.gov.br/nfca/consulta>
 424018348882004362650070000876431002136962

CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO

NFC-e nº: 000087643 Série: 007 Emissão: 12/01/2024 08:39
 Prot. de Autorização: 342240037669744 12/01/2024 08:39:52



Tributos aproximados: Federal R\$ 0,00 (0,00%) / Estadual R\$ 17,10 (17,10%) / Municipal R\$ 0,00 (0,00%) - Fonte: IBPT - SC 33EAB0

ICMS a ser recolhido e repassado nos termos do Capítulo V do Convênio ICMS nº 15/23.

Cliente: FUNDO MUN. DE SAUDE DE CAP. DE BAIXO
 Vendedor: 1517986717 - MARLON DELLON WOLFF

Ass: OBRIGADO PELA PREFERENCIA! VOLTE SEMPRE!

CNPJ: 10.971.858/0001-57
 CNPJ: 10.971.858/0001-57

nBico: 15 nBonba: 6 nTanque: 54 vEncIni: 1508380.126 vEncFin: 1508386.679

www.linx.com.br

Documento emitido por: AutoSystem

linx

CERTIFICADO que o MATERIAL comprado neste documento foi PRESTADO e devido em 15/01/2024.

Assinatura: *Michael de Jesus Mendes*
 NOME: Michael de Jesus Mendes
 CARGO: Ass. Especial Gabinete
 MATRICULA: 84821

POSTO AGRICOPEL FL 42 CNPJ:83.488.882/0043-62
 RODOVIA: BR 101, SN, CORVETA, ARAQUARI, SC
 Fone (047) 3439-3804
 Documento Aux. da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica

Código	Descrição	Qtde	UN	VI Unit	Total
320102002	OLINA ADITIVADA	18,553	L	5,39	100,00
#DATA#2024-01-12#HORA#08:29:02#					
Qtde. total de itens					1
Subtotal R\$					100,00
Valor Total R\$					100,00
FORMA DE PAGAMENTO					VALOR PAGO (R\$)
TEF REDECARD ELO DEBITO*					100,00
Troco R\$					0,00

Consulte pela Chave de Acesso em
<https://set.sef.sc.gov.br/nfca/consulta>
 42 4018348882004362650070000876431002136962

CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO

NFC-e nº: 000087643 Série: 007 Emissão: 12/01/2024 08:39
 Prot. de Autorização: 342240037669744 12/01/2024 08:39:52



Tributos aproximados: Federal R\$ 0,00 (0,00%) / Estadual R\$ 17,10 (17,10%) / Municipal R\$ 0,00 (0,00%) - Fonte: IBPT - SC 33EAB0

ICMS a ser recolhido e repassado nos termos do Capítulo V do Convênio ICMS nº 15/23.

Cliente: FUNDO MUN. DE SAUDE DE CAP. DE BAIXO
 Vendedor: 1517986717 - MARLON DELLON WOLFF

Ass: OBRIGADO PELA PREFERENCIA! VOLTE SEMPRE!

CNPJ: 10.971.858/0001-57
 CNPJ: 10.971.858/0001-57

nBico: 15 nBonba: 6 nTanque: 54 vEncIni: 1508380.126 vEncFin: 1508386.679

www.linx.com.br

Documento emitido por: AutoSystem

linx


CAIXA**Comprovante de transferência entre contas da CAIXA - TEV**

Via Gerenciador Financeiro CAIXA

Emitente:	MUNICIPIO DE CAPIVARI DE BAIXO
Conta origem:	2362 006 00000031-4
Conta destino:	2362 1288 000925007813-2
Nome destinatário:	MICHAEL DE JESUS MENDES
Valor:	R\$ 100,00
Identificação da operação:	ADIANTAMENTO
Data de débito:	15/01/2024
Data/hora da operação:	15/01/2024 10:59:28
Código da operação:	13928961
Chave de segurança:	6NTMMXP50125FTF8
CPF'S autorizadores:	053.699.429-35 910.089.219-04

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO DO CREDITO NA CONTA DESTINO E DE 30 MINUTOS
 SAC CAIXA: 0800 726 0101
 Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
 Ouvidoria: 0800 725 7474
 Alô CAIXA: 0800 104 0104

ADIANTAMENTO REALIZADO EM DATA
 POSTERIOR DEVIDO AO BLOQUEIO DO
 BANCO AO ACESSO A CONTA PI
 MOTIVO DE SEGURANCA, SENDO
 DESBLOQUEADO APENAS 24H DEPOIS.
 BANCO DO BRASIL SI ACESSO
 REMOTO.


 Luiz Fernando Lapenna
 Controlador de tesouraria
 Sec de Adm e Finanças



FUNDO MUNICIPAL SAÚDE CAPIVARI DE BAIXO
 NOTA DE LIQUIDAÇÃO COM DESCONTOS
 ESTADO DE SANTA CATARINA

C.N.P.J.: 10.971.858/0001-57
 Município: CAPIVARI DE BAIXO

Página: 1 / 1
 Data: 06/02/2024
 Usuário: jessica.martins

Data da Liquidação: 12/01/2024
 N° da Liquidação: 21/2024
 N° do Empenho: 124/2024
 ORDINARIO
 Vencimento: 12/02/2024

Órgão: 08.000 FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
 Unidade: 08.001 FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
 Funcional: 10.302.11 Capivari de Baixo em Desenvolvimento em Ações da Saúde
 Projeto/Atividade: 2038 MANUTENÇÃO DO BLOCO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE
 Natureza de Despesa: 3.3.90.36.99.00.00.00 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA FÍSICA
 Recurso: 1.500.1002.5002 RECEITAS DE IMPOSTOS E DE TRANSFERÊNCIA DE IMPOSTOS - SAÚDE

Número do empenho:	124/2024	Liquidações anteriores:	0,00
Valor do empenho:	100,00	Valor liquidado:	100,00
Valor anulado:	0,00	Valor anulado:	0,00
Total (A):	100,00	Total (B):	100,00
		Total (A - B):	0,00

Credor: MICHAEL DE JESUS MENDES
 CPF/CNPJ: 032.786.759-08 Inscr.Est./Ident.Prof.: Telefone:
 Endereço: Cidade: UF:
 Banco: 104 - Caixa Econômica Federal Conta: 925007813-2
 Agência: 1167-6 - 2362 Tipo da Conta: Poupança

Especificação:
 SOLICITAÇÃO PARA ADIANTAMENTO DE VALOR PARA DESPESAS COM ABASTECIMENTO DO VEICULO SPIN RYE 1176 EM VIAGEM A JOINVILLE/SC.HOSPITAL INFANTIL JESSER AMARANTE , NO DIA 12/01/24, PARA O SERVIDOR MICHAEL DE JESUS MENDES. CONFORME A SOLICITAÇÃO EM ANEXO.

Fonte de Recurso: Ordinário Valor geral: 100,00

Descontos:

Total de descontos:	0,00	Liquido a pagar:	100,00
---------------------	------	------------------	--------

Fundamento legal: Número Processo: 999999/9999 Data:
 Modal. licitação: Número Licitação: Data:
 Contrato: Data:

Declaro para os devidos fins que o (material/serviço) foi (Fornecido/prestado) _____ Data: 12/01/2024
 Responsável

JÉSSICA MARTINS CAMILO
 CONTADORA - CRC/SC 38335/O-7

PLINIO DA SILVA VIEIRA
 SECRETÁRIO DE SAÚDE

LUIZ FERNANDO ZAPELINI
 Controlador de Tesouraria