



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: _____ C.P.F.: 035.259.179-02
 Entidade Beneficiada: **SIMONE FERNANDES FLORIANO** CEP: _____
 Endereço: _____ CPF: _____
 Responsável: _____ Valor: 1.000,00
 Nota Empenho Número: 123 Data: 12/01/24
 Projeto/Atividade: 2.038 Manutenção do Bloco de Atenção Especializada em Saúde
 Item: 3.3.90.00.00.00.00.00 Aplicações 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 DESPESA, PARA A SERVIDORA SIMONE FERNANDES FLORIANO, PARA CUSTEAR AS DESPESAS COM ABASTECIMENTO E / OU BORRACHARIA EM CARÁTER DE UGÊNCIAS PARA ATENDER AS NECESSIDADES DO SETOR DE TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO, CONFORME A SOLICITAÇÃO EM ANEXO.

Documento		Histórico	Recebimentos	Pagamentos
Número	Data			
Empenho: 123	12/01/2024	Valor recebido nesta data conforme empenho	1.000,00	100,00
4	20/02/2024	Prestação de contas		100,00
5	20/02/2024	Prestação de contas		100,00
9	08/03/2024	Prestação de contas		250,00
10	08/03/2024	Prestação de contas		0,00
0		Devolução de Adiantamento	1.000,00	100,00
Pagamento: 176	08/02/2024	Comprovante:46302		100,00
		Comprovante:927032		100,00
		Comprovante:1671421		250,00
		Comprovante:3420		
Totais			1.000,00	550,00

Município de Capivari de Baixo - SC

Estado de Santa Catarina

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

Simone Fernandes Floriano
LANÇADO

RECURSOS CONCEDIDOS A TÍTULO DE ADIANTAMENTO

PARECER 0075/2024

Data: 08/03/2024
Destinatário:
Beneficiário: Simone Fernandes Floriano
Nota de Empenho: 123
Valor Empenhado: 1.000,00
Valor Utilizado: 250,00

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 despesa, para a servidora Simone Fernandes Floriano, para custear as despesas com abastecimento e / ou borracharia em caráter de urgências para atender as necessidades do setor de tratamento fora do domicílio, conforme a solicitação em anexo.

Em viagem á Campos Novos/SC, Hospital Drº Jose Athanasio, no dia 04/03/2024, para levar um paciente para consulta hospitalar, em nome do motorista Onassis da Silva, para abastecimento do veiculo SPIN RYE 1176

Quanto aos documentos apresentados:


Foi utilizado para viagem o valor de R\$ 250,00 (duzentos e cinquenta reais) com abastecimento.

Não foi apresentado comprovante de devolução, pois sempre vai restar um saldo disponível para ser utilizado em casos de emergências. 4ª Prestação de contas R\$700,00 - R\$250,00, ficou R\$450,00.

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 2015, consolidada, do Tribunal de Contas do Estado de Santa Catarina.

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

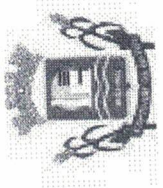
Município de Capivari de Baixo - SC, 8 de Março de 2024.



ALESSANDRA PASCOALI
Controle Interno do Município

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPIVARI DE BAIXO

Situação da Despesa por Credor - (Extrato do Credor)



ENTIDADE(S): FUNDO MUNICIPAL SAÚDE CAPIVARI DE BAIXO

Parâmetros: Consolidado: N; Número do Empenho: [123]; Demonstrar os Empenhos Totalmente Anulados: SIM; Entidades: [{"valor": "1580", "descricao": "FUNDO MUNICIPAL SAÚDE CAPIVARI DE BAIXO"}]; Credor: [{"valor": "2737667", "descricao": "SIMONE FERNANDES FLORIANO / FISICA"}]; Data Inicial (emissão empenho): 01/01/2024; Data Final (emissão empenho): 08/03/2024; Tipo Documento: TODOS; Demonstrar histórico do empenho?: SIM; Demonstrar os Empenhos Totalmente Pagos: SIM; Demonstrar referência da liquidação no pagamento?: NAO - Versão: 38 de 05/02/2024 09:57:59

DESPESAS				PAGAMENTOS			
DESPESAS EMPENHADAS		DESPESAS EFETIVADAS PELA LIQUIDAÇÃO					
Documento	Data	Valor	Documento	Data	Valor Pago	Saldo a pagar	

Entidade: FUNDO MUNICIPAL SAÚDE CAPIVARI DE BAIXO

Credor: SIMONE FERNANDES FLORIANO

Empenho 123	12/01/2024	1.000,00	20	12/01/2024 (1)	1.000,00	0,00
				Total do Empenho.:	1.000,00	0,00
					1.000,00	0,00

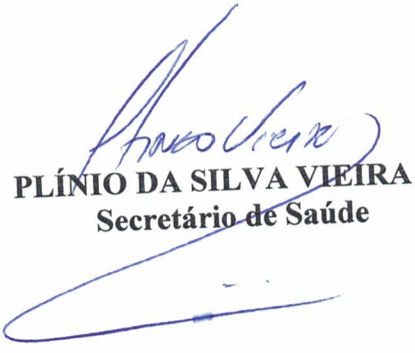
Total do Credor.: 1.000,00

MEMORANDO Nº 119/2024 - Capivari de Baixo, SC. 04 de Março de 2024.

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

Solicitamos autorizar o adiantamento no valor de R\$ 250,00 (duzentos e cinquenta reais), para efetuar despesas com abastecimento do veículo **SPIN RYE 1176** em viagem à **CAMPOS NOVOS/SC, HOSPITAL DR JOSE ATHANASIO**, no dia **41/03/2024**, para levar um paciente para consulta hospitalar, em nome de **ONASSIS DA SILVA**.

Atenciosamente,



PLÍNIO DA SILVA VIEIRA
Secretário de Saúde

Comprovante TEV

CAIXA

Valor
R\$ 250,00

Data
04/03/24
11:17

 **Operação realizada com sucesso!**

Dados do Pagador

Conta de débito
2362 | 3701 | 000589951556-9


Dados do Recebedor


Nome do destinatário
ONASSIS DA SILVA
Conta de crédito
2362 | 001 | 00001027-0

Dados da transação

Data de débito
04/03/2024
Código da operação
065829842
Chave de segurança
9JNJ51CHVZR9W05W

 **DEBITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO DO CREDITO NA CONTA DESTINO E DE 30 MINUTOS**

 Quando a data de débito coincidir com dia não útil e/ou com o último dia útil do ano, a transferência será feita no primeiro dia útil subsequente.

 Você poderá consultar futuramente essa e outras transações no item "Transações", opção "Consultas - Comprovantes".

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 4004 0104 (Capitais e reg. metropolitanas)
Alô CAIXA: 0800 104 0 104 (Demais regiões)
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
SAC CAIXA: 0800 726 0101
Ouvidoria: 0800 725 7474

DATA DO RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

ABASTECEDORA DE COMBUSTIVEIS E LUBRIFICANTES 2000 LTDA EPP

ROD BR 282 KM 291, 0SN - S J CERRIT R - SAO JOSE DO CERRITO - SC - CEP: 88570-000
Fone: (49)9835-0438
xpert v3.5 - xpert.com.br

DANFE
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica
0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
Nº 000.003.420
SÉRIE 001
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO
4224 0323 5728 1600 0195 5500 1000 0034 2014 2858 0761

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e
www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz autorizadora

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
342240057387286

ATUREZA DA OPERAÇÃO
Prestação Registrada em ECF

INSCRIÇÃO ESTADUAL 257801600 INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO CNPJ 23.572.816/0001-95

DESTINATÁRIO / REMETENTE		CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE CAPIVARI DE BAIXO		10.971.858/0001-57	04/03/2024
ENDEREÇO		BAIRRO / DISTRITO	DATA DA SAÍDA
ERNANI COTRIN, 187		CENTRO	04/03/2024
MUNICÍPIO		CEP	HORA DA SAÍDA
CAPIVARI DE BAIXO		88745-000	11:05:49
UF	TELEFONE / FAX	INSCRIÇÃO ESTADUAL	
SC	(48)3621-4400		

CÁLCULO DO IMPOSTO		BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBST.	VALOR DO ICMS SUBST.	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
BASE DE CÁLCULO DO ICMS		0,00	0,00	250,00
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
				VALOR TOTAL DA NOTA
				250,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS		FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE CAPIVARI DE BAIXO		9 - SEM FRETE				
ENDEREÇO		MUNICÍPIO			UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS													
CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QTDE.	VALOR UNITÁRIO	% DESCONTO	VALOR LÍQUIDO	BASE DE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ. % ICMS IPI
320102001	GASOLINA COMUM	27101259	060	5929	LT	33,9560	5,89	0,00	200,00	0,00	0,00	0,00	0,00 0,00
320102002	GASOLINA ADITIVADA	27101259	060	5929	LT	8,3480	5,99	0,00	50,00	0,00	0,00	0,00	0,00 0,00

CERTIFICO que o MATERIAL constante neste documento foi RECEBIDO e aceito
Em 06/03/2024
Assinatura
NOME: Simone F. Floriano
CARGO:
MATRÍCULA: 10323

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
Trib. Aprox.: R\$: 29,00 (Fed), R\$ 58,00 (Est), R\$ 0,00 (Mun) - Fonte: IBPT/empres - 4B7157
PLACA: RYE1176
MOTORISTA:
KM: 40622
ECF: 2D nro: 001: 253957

RESERVADO AO FISCO