



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

Exercício de 2024

Unidade Concedente: **FUNDO MUNICIPAL SAÚDE CAPIVARI DE BAIXO**
Ordenador da Despesa:
Entidade Beneficiada: **SIMONE FERNANDES FLORIANO** C.P.F.: 035.259.179-02
Endereço: CEP:
Responsável: CPF:
Nota Empenho Número: 123 Data: 12/01/24 Valor: 1.000,00
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 DOMICILIO, 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 | |
| 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 | | 100,00 |
| 10 | 08/03/2024 | Prestação de contas | | 250,00 |
| 12 | 30/04/2024 | Prestação de contas | | 173,99 |
| 13 | 30/04/2024 | Prestação de contas | | 50,00 |
| 14 | 30/04/2024 | Prestação de contas | | 100,00 |
| 0 | | Devolução de Adiantamento | | 0,00 |
| Pagamento: 176 | 08/02/2024 | Comprovante:46302 | 1.000,00 | 100,00 |
| | | Comprovante:927032 | | 100,00 |
| | | Comprovante:1671421 | | 100,00 |
| | | Comprovante:3420 | | 250,00 |
| | | Comprovante:25225 | | 173,99 |
| | | Comprovante:3541 | | 50,00 |
| | | Comprovante:146925 | | 100,00 |
| Totais | | | 1.000,00 | 873,99 |

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 0109/2024

Data: 15/04/2024
Destinatário:
Beneficiário: Simone Fernandes Floriano
Nota de Empenho: 123
Valor Empenhado: 1.000,00
Valor Utilizado: 100,00

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 borcharia em caráter de urgências para atender as necessidades do setor de tratamento fora do domicílio, conforme a solicitação em anexo.

Em viagem á Joinville/SC, Hospital Jeser Amarante/centrinho, no dia 04/04/2024, para levar um paciente para consulta hospitalar, em nome do motorista **Jean Martins Gonçalves**, para efetuar abastecimento do veiculo ARGO RYC 6J78.

Quanto aos documentos apresentados:

Foi utilizado para viagem o valor de R\$ 100,00 (cem reais) com abastecimento.

Não foi apresentado comprovante de devolução, pois sempre vai restar um saldo disponível para ser utilizado em casos de emergências. 6°Prestação de contas R\$400,00 - R\$100,00, ficou R\$300,00.

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 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, 15 de Abril 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: Tipo Documento: TODOS; Data Final (emissão empenho): 15/04/2024; Data Inicial (emissão empenho): 01/01/2024; Credor: {"valor": "2737667", "descricao": "SIMONE FERNANDES FLORIANO / FISICA"}; Entidades: {"valor": "1580", "descricao": "FUNDO MUNICIPAL SAÚDE CAPIVARI DE BAIXO"}; Demonstrar os Empenhos Totalmente Anulados: SIM; Número do Empenho: ["123"]; Consolidado: N; Demonstrar referência da liquidação no pagamento?: NAO; Demonstrar os Empenhos Totalmente Pagos: SIM; Demonstrar histórico do empenho?: SIM - Versão: 39 de 04/04/2024 08:19:47

| DESPESAS | | | | PAGAMENTOS | | | | | | | |
|--|------------|-------------------------------------|--|------------|---------------------|-------------|-----------------|-----------|------------|-----------------|---------------|
| DESPESAS EMPENHADAS | | DESPESAS EFETIVADAS PELA LIQUIDAÇÃO | | | | | | | | | |
| Documento | Data | Valor | Documento | Data | Nº / Tipo Documento | Retido | Valor | Documento | Data | Valor Pago | Saldo a pagar |
| Entidade.: FUNDO MUNICIPAL SAÚDE CAPIVARI DE BAIXO Credor.: SIMONE FERNANDES FLORIANO | | | | | | | | | | | |
| Empenho 123 | | | 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 DOMICILIO, CONFORME A SOLICITAÇÃO EM ANEXO. | | | | | | | | |
| | 12/01/2024 | 1.000,00 | 20 | 12/01/2024 | (1) | | | 176 | 08/02/2024 | 1.000,00 | 0,00 |
| Total do Empenho.: | | 1.000,00 | | | | 0,00 | 1.000,00 | | | 1.000,00 | 0,00 |
| Total do Credor.: | | 1.000,00 | | | | 0,00 | 1.000,00 | | | 1.000,00 | 0,00 |

POSTO AGRICUPEL FL 06 CNPJ:83.488.882/0007-07
 RUA MARCOS WELMUTH, 2636, SAGUACU, JOINVILLE, SC
 Fone (047) 3017-3432

Documento Aux. da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica

| Código | Descrição | Qtde | UN | Vl Unit | Total |
|---------------------------------|---------------------|--------|----|---------|------------------|
| 320102001 | GASOLINA COMUM Bico | 16,892 | L | 5,92 | 100,00 |
| #DATA#2024-04-04#HORA#10:33:26# | | | | | |
| Qtde. total de itens | | | | | 1 |
| Subtotal R\$ | | | | | 100,00 |
| Valor Total R\$ | | | | | 100,00 |
| FORMA DE PAGAMENTO | | | | | VALOR PAGO (R\$) |
| TEF REDECARD MASTER CREDITO* | | | | | 100,00 |
| Traco R\$ | | | | | 0,00 |

Consulte pela Chave de Acesso em

<https://sat.sef.sc.gov.br/nfce/consulta>
 42240483488882000707650070001469251002380711

CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO

NFC-e nº: 000146925 Série: 007 Emissão: 04/04/2024 10:38

Prot. de Autorização: 342240324011829 04/04/2024 10:38:19



Tributos aproximados: Federal R\$ 0,00 (0,00%) / Estadual R\$ 17,00 (17,00%) / Municipal R\$ 0,00 (0,00%) - Fonte: IBPT - SC D3C559

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

Vendedor: 1514982659 - JANAINA APARECIDA PEREIRA BRIGADO PELA PREFERENCIA! VOLTE SEMPRE!

10971858000157

10971858000157

nBico: 9 nBomba: 2 nTanque: 31 vEncIni: 1681258,527 vEncFin: 1681275,419

www.linx.com.br

Documento emitido por AutoSystem



POSTO AGRICUPEL FL 06 CNPJ:83.488.882/0007-07
 RUA MARCOS WELMUTH, 2636, SAGUACU, JOINVILLE, SC
 Fone (047) 3017-3432

Documento Aux. da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica

| Código | Descrição | Qtde | UN | Vl Unit | Total |
|---------------------------------|---------------------|--------|----|---------|------------------|
| 320102001 | GASOLINA COMUM Bico | 16,892 | L | 5,92 | 100,00 |
| #DATA#2024-04-04#HORA#10:33:26# | | | | | |
| Qtde. total de itens | | | | | 1 |
| Subtotal R\$ | | | | | 100,00 |
| Valor Total R\$ | | | | | 100,00 |
| FORMA DE PAGAMENTO | | | | | VALOR PAGO (R\$) |
| TEF REDECARD MASTER CREDITO* | | | | | 100,00 |
| Traco R\$ | | | | | 0,00 |

Consulte pela Chave de Acesso em

<https://sat.sef.sc.gov.br/nfce/consulta>
 42240483488882000707650070001469251002380711

CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO

NFC-e nº: 000146925 Série: 007 Emissão: 04/04/2024 10:38

Prot. de Autorização: 342240324011829 04/04/2024 10:38:19



Tributos aproximados: Federal R\$ 0,00 (0,00%) / Estadual R\$ 17,00 (17,00%) / Municipal R\$ 0,00 (0,00%) - Fonte: IBPT - SC D3C559

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

Vendedor: 1514982659 - JANAINA APARECIDA PEREIRA BRIGADO PELA PREFERENCIA! VOLTE SEMPRE!

10971858000157

10971858000157

nBico: 9 nBomba: 2 nTanque: 31 vEncIni: 1681258,527 vEncFin: 1681275,419

www.linx.com.br

Documento emitido por AutoSystem



CERTIFICO que o MATERIAL constante deste documento foi RECEBIDO e aceito PRESTADO

Em _____ / _____ / _____

Nome: Simone Fernandes Floriano

CARGO: Matricula: 11523

MATRICULA: _____


MEMORANDO Nº 200 /2024 - Capivari de Baixo, SC. 03 de abril de 2024.

De: Plínio da Silva Vieira- Secretária de Saúde

Para: CONTABILIDADE

Solicitamos autorizar o adiantamento no valor de R\$ 100,00 (cem reais), para efetuar despesas com abastecimento do veículo **ARGO RYC 6J78** em viagem à **JOINVILLE/SC, HOSPITAL JESER AMARANTE/CENTRINHO**, no dia **04/04/2024**, para levar um paciente para consulta hospitalar, em nome de **JEAN MARTINS GONÇALVES**.

Atenciosamente,


PLÍNIO DA SILVA VIEIRA
Secretário de Saúde

Comprovante TEV

CAIXA

Valor
R\$ 100,00

Data
04/04/24
10:07



Operação realizada com sucesso!

Dados do Pagador

Conta de débito
2362 | 3701 | 000589951556-9

Dados do Recebedor

Nome do destinatário
JEAN MARTINS GONCALVES

Conta de crédito
2362 | 001 | 00070634-8

Dados da transação

Identificação da operação
COMBUSTIVEL

Data de débito
04/04/2024

Código da operação
070681897

Chave de segurança
5YKNA18PH30CH2CZ

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 - Comprovaes".

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

Atê CAIXA: 4004 0104 (Capitais e reg. metropolitanas)

Atê CAIXA: 0800 104 0 104 (Demais reg. Des)

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

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