



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

Exercício de 2024

Simone Floriano
LANÇADO

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: 700 Data: 09/05/24 Valor: 2.000,00
 Projeto/Atividade: 2.037 Manutenção do Bloco de Atenção Primária 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: 700	09/05/2024	Valor recebido nesta data conforme empenho	2.000,00	
18	03/06/2024	Prestação de contas		100,00
19	03/06/2024	Prestação de contas		100,00
20	03/06/2024	Prestação de contas		100,00
21	14/06/2024	Prestação de contas		150,00
22	14/06/2024	Prestação de contas		100,00
23	18/06/2024	Prestação de contas		25,00
0		Devolução de Adiantamento		0,00
Pagamento: 871	10/05/2024	Comprovante:167143	2.000,00	100,00
		Comprovante:1486731		100,00
		Comprovante:174680		100,00
		Comprovante:683919		150,00
		Comprovante:182885		100,00
		Comprovante:1		25,00
Totais			2.000,00	575,00

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 0208/2024

Data: 18/06/2024
Destinatário:
Beneficiário: Simone Fernandes Floriano
Nota de Empenho: 700
Valor Empenhado: 2.000,00
Valor Utilizado: 25,00

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.

Foi solicitada a autorização de adiantamento, para efetuar despesas com concerto de pneu do veículo SPIN RYP 3G94, em viagem á Timbé do Sul/ SC, ao Hospital Santo Antônio, no dia **11/06/2024**, para levar pacientes para consulta hospitalar, em nome do motorista **Jean Martins Gonçalves**.

Quanto aos documentos apresentados:

Foi utilizado para concerto o valor de R\$ 25,00 (vinte e cinco reais).

Não foi apresentado comprovante de devolução, pois sempre vai restar um saldo disponível para ser utilizado em casos de emergências.

6º Prestação de contas R\$ 1.450,00 - R\$25,00 ficou R\$ 1.425,00.

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, 18 de Junho de 2024.




ALESSANDRA PASCOALI
Controle Interno do Município

MEMORANDO Nº 405/2024 - Capivari de Baixo, SC. 11 de junho de 2024.

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

Solicitamos autorizar o adiantamento no valor de R\$ 25,00 (vinte e cinco reais), para efetuar despesas com conserto de pneu do veículo **SPIN RYP 3G94** em viagem à **TIMBE DO SUL/SC, HOSPITAL SANTO ANTONIO**, no dia **11/06/2024**, para levar pacientes para consulta hospitalar, em nome de **JEAN MARTINS GONÇALVES**.

Atenciosamente,



PLÍNIO DA SILVA VIEIRA
Secretário de Saúde



Valor
R\$ 25,00

Data
11/06/24
08:13

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
PNEU FURADO

Data de débito
11/06/2024

Código da operação
099027921

Chave de segurança
73TXLNFSE40555XP

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

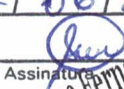
SC Auto Center

48 99183-3850
 Rua Felipe Nápoli, 155
 CNPJ: 22.081.778/0001-05

Data: 11 / 06 / 24
 Cliente: Secretaria Saúde Capenga de Baixo
 End.: _____ Cidade: _____
 Veículo: Spin Placa: _____

Quant.	Discriminação	TOTAL
01	Concerto de ruu	
Vencimento: ____/____/____ TOTAL		25000


Assinatura: _____

TESTIFICADO que o MATERIAL constante
 SERVIÇO deste documento foi RECEBIDO e aceito
 PRESTADO
 Em 11 / 06 / 24
 Assinatura: 
 NOME: Simone Fernandes Floriano
 CARGO: _____
 MATRÍCULA: 10023

SC Auto Center

48 99183-3850
 Rua Felipe Nápoli, 155
 CNPJ: 22.081.778/0001-05

Data: 11 / 06 / 24
 Cliente: Secretaria Saúde Capenga de Baixo
 End.: _____ Cidade: _____
 Veículo: Spin Placa: _____

Quant.	Discriminação	TOTAL
01	Concerto de ruu	
Vencimento: ____/____/____ TOTAL		25000

Assinatura: _____