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 0536/2025

Data: 12/12/2025
Destinatário: JÉSSICA MARTINS CAMILO
Beneficiário: ELLEN LEANDRO MARQUES
Nota de Empenho: 1474
Valor Empenhado: 1.000,00
Valor Utilizado: 50,00
Saldo Remanescente: 229,62

I. ANÁLISE E FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

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.

Ressalta-se que o processo administrativo original, iniciado com a solicitação de 21.03.2025, foi objeto de estorno da Nota de Empenho n.º 532/2025, o que motivou a reemissão e formalização da presente concessão através da Nota de Empenho n.º 1474, conforme exigido pelas normas de controle de recursos públicos.

1. **Da Concessão e Finalidade:** Solicitação para adiantamento de valor para despesas importe REF.PAGAMENTO de ADIANTAMENTO, para custear despesa com COMBUSTÍVEL para viagem na cidade de ARMAZEM/SC, no dia 28 de agosto de 2025, Memorando Interno SMDS nº.814/2025.

2. **Da Aplicação dos Recursos:** Foi utilizado para viajem o valor de R$ 50,00, (cinquenta reais) com despesas. Comprovantes seguem anexos.

II. TRATAMENTO DO SALDO REMANESCENTE E PRAZO DE APLICAÇÃO

1. **Do Saldo Sob Gestão:** O valor utilizado foi de R$50,00 restando um saldo não aplicado de R$ 229,62. Considerando a natureza do adiantamento (urgências do TFD), que exige que os recursos permaneçam à disposição para despesas futuras dentro do exercício financeiro (caráter anual/contínuo da necessidade).

2. **Da Continuidade do Empenho e Responsabilidade:** O saldo remanescente permanecerá sob a gestão da colaboradora ELLEN LEANDRO MARQUES para custear as despesas de abastecimentos, borracharia e hospedagem do setor de Tratamento Fora do Domicílio (TFD), conforme a finalidade original da concessão.

II. CONCLUSÃO E PARECER

Da análise do processo de prestação de contas em epígrafe constatou-se a presença de todos os elementos e formalidades exigidos pela legislação vigente, e dispostos na Instrução Normativa Instrução Normativa TC nº 33/2024 - TCE/SC, consolidada, do Tribunal de Contas do Estado de Santa Catarina.

Pelo preenchimento dos requisitos legais, este setor aprova a prestação de contas parcial referente ao montante de R$770,38.

Município de Capivari de Baixo - SC, 12 de Dezembro de 2025

ALESSANDRA PASCOALI
Controle Interno do Município

Capivari de Baixo, 05 de setembro de 2025.

Memorando 814/2025

De: Secretaria Municipal de Saúde de Capivari de Baixo

Para: Setor de Contabilidade

Venho, por meio deste, encaminhar documento auxiliar da nota fiscal eletrônica referente à despesa emergencial com combustível realizada em 28 de agosto de 2025, destinada à viagem ao município de Armazém/SC, para transporte de pacientes no âmbito do Tratamento Fora do Domicílio (TFD).

A referida despesa ocorreu em razão do encerramento do contrato pela empresa fornecedora de combustível, sem comunicação prévia. Dessa forma, para assegurar o transporte previamente agendado dos pacientes, foi necessário proceder ao abastecimento imediato.

Sendo o que se apresenta para o momento, me coloco a disposição de eventuais dúvidas e esclarecimentos

Ellen L. Marques
Coordenação Geral
Capivari de Baixo - SMS

Ellen L. Marques

Coordenadoria Geral

POSTOSLEÃO

Trevo: 48 3658-2215 SL: 48 3192-0221 City: 48 3658-3457 Beach: 48 3647-1944
Road: 48 3628-1240 Orleans: 48 3466-0130 BN: 48 3658-2240 Gravatal: 48 3642-2057

Cliente: 10971 858 000157

Data: _____ Fone: _____

Qtd.	Discriminação	Total
	Gasolina comum	7,95

Assinatura: Posto Leão do Trevo Lida

R$ 50,00

CNPJ: 76.816.842/0004-20 POSTO LEAO ROAD
RODOVIA SC 370 KM 170, 6581, SAO MARTINHO, TUBARAO, SC
CEP:88708-801 Fone: (48) 3628-1240 IE: 258.381.280

Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor Eletronica

CODIGO	DESCRICAO	QTD UN	VL. UNIT	SUBTOTAL
1409-1	GASOLINA COMUM	7,95 L	6,29	50,00

TOTAL (R$) 50,00
FORMA PAGAMENTO VALOR PAGO
CARTAO DEBITO - TEF 50,00

Consulte pela chave de acesso em:
https://sat.sef.sc.gov.br/nfce/consulta
42250876816842000420650010003731241280908332

CONSUMIDOR: FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE CAPIVAR I DE BAIXO

Numero: 373124 Serie: 1 28/08/2025-09:08:33
Protocolo Autorizacao: 242251179716654
Consulta via leitor de QR Code

Placa: RYC6J78
ICMS MONOFASICO SOBRE COMBUSTIVEIS COBRADO ANTERIORMENTE CONFORME CONVENIO ICMS 199/2022, BASE ICMS 7,950 (LITROS)x 1,4700=ICMS R$11,69
Tributos Aproximados: R$ 5,80 (11,60%) Federais, R$ 11,60 (23,20%) Estaduais, R$ 0,00 (0,00%) Municipais, Total Tributos: R$ 17,40 Fonte: IBPT Chave: 81AAFF
De acordo com a Medida Provisoria 1.157, PIS/Cofins e Cide do Diesel estao zerados ate 31/12/2023. Por forca da MP 1.163, para Gasolina C, ten-se tributacao federal de aprox. R$ 0,34 por L. (6,7%), Gasolina Premium R$ 0,50 por L (6,87%) e Etanol R$ 0,02 por L. (0,52%).
Operador : VITOR INACIO
Atendente: ROBSON MATEUS CASCAES
Bico: 4 Enc.: 3.427.525,56 a 3.427.533,51
Aplicativo: Posto Gestor

CNPJ: 76.816.842/0004-20 POSTO LEAO ROAD
RODOVIA SC 370 KM 170, 6581, SAO MARTINHO, TUBARAO, SC
CEP:88708-801 Fone: (48) 3628-1240 IE: 258.381.280

Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor Eletronica

CODIGO DESCRICAO QTD UN VL. UNIT SUBTOTAL
1409-1 GASOLINA COMUM 7,95 L 6,29 50,00

TOTAL (R$) 50,00
FORMA PAGAMENTO VALOR PAGO
CARTAO DEBITO - TEF 50,00

Consulte pela chave de acesso em:
https://sat.sef.sc.gov.br/nfce/consulta
42250876816842000420650010003731241280908332

CONSUMIDOR: FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE CAPIVAR I DE BAIXO

Numero: 373124 Serie: 1 28/08/2025-09:08:33
Protocolo Autorizacao: 242251179716654
Consulta via leitor de QR Code

Placa: RYC6J78
ICMS MONOFASICO SOBRE COMBUSTIVEIS COBRADO ANTERIORMENTE CONFORME CONVENIO ICMS 199/2022, BASE ICMS 7,950 (LITROS)x 1,4700=ICMS R$11,69
Tributos Aproximados: R$ 5,80 (11,60%) Federais, R$ 11,60 (23,20%) Estaduais, R$ 0,00 (0,00%) Municipais, Total Tributos: R$ 17,40 Fonte: IBPT Chave: 81AAFF
De acordo com a Medida Provisoria 1.157, PIS/Cofins e Cide do Diesel estao zerados ate 31/12/2023. Por forca da MP 1.163,

CERTIFICO que o MATERIAL / SERVIÇO constante deste documento foi RECEBIDO / PRESTADO e aceito
Em 05 / 09 / 25
Assinatura
NOME: Ellen L. Marques
CARGO: Coordenação Geral
MATRÍCULA:
Capivari de Baixo - SMS

POSTOSLEÃO

Trevo: 48 3658-2215 | SL: 48 3192-0221 | City: 48 3658-3457 | Beach: 48 3647-1944
Road: 48 3628-1240 | Orleans: 48 3466-0130 | BN: 48 3658-2240 | Gravatal: 48 3642-2057

Cliente: 10971 858 ccc157

Data: _____ Fone: _____

Qtd.	Discriminação	Total
	Gasolina comum	7,95

Posto Leão do Trevo Ltda

Assinatura: _____ R$ 50,00

POSTOSLEÃO

Trevo: 48 3658-2215 | SL: 48 3192-0221 | City: 48 3658-3457 | Beach: 48 3647-1944
Road: 48 3628-1240 | Orleans: 48 3466-0130 | BN: 48 3658-2240 | Gravatal: 48 3642-2057

Cliente: 10971 858 ccc157

Data: _____ Fone: _____

Qtd.	Discriminação	Total
	Gasolina comum	7,95

Posto Leão do Trevo Ltda

Assinatura: _____ R$ 50,00

Argo Rym 1758 Armazem 28.08.25
Milton. 4:30.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPIVARI DE BAIXO

PROCESSO PARA SOLICITAÇÃO DE TRANSPORTES DE PASSAGEIROS

N° DO PROCESSO: 2 DATA: 22/08/2025
NOME DO PASSAGEIRO: IARA ROSA BRANDÃO
N° CPF 53901401920 N° RG 1736178 N° CNS 704102129120675
DATA NASCIMENTO: 05/07/1966 FONE: 996699124/ 996076782
ENDEREÇO SOLICITANTE: RUA: JOÃO MANOEL LUIZ, 1173, CAMILA

LOCAL DE SAÍDA: motorista passou na casa e a paciente não quis ir p cirurgia, disse q não tinha com qm deixar a neta 26-09
PONTO DE REFERENCIA: PROX. DEIVID MOTOS
DESTINO: ARMAZEM ... HOSP SANTO ANTONIO
DATA DA SAÍDA: 28/08/2025 HORÁRIO DA SAÍDA: 4:30 HORARIO DO ATENDIMENTO 08:00

MOTIVO DA VIAGEM: CONSULTA

NOME DO ACOMPANHANTE:
N° CPF ACOMPANHANTE: #N/D N° RG ACOMPANHAMENTE #N/D
JUSTIFICATIVA DO ACOMPANHANTE:

VEICULOS: PLACA:
MOTORISTA:

RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO: CAMILY RODRIGUES

ASSINATURA E CARIMBO RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO:

ASINATURA DO SOLICITANTES:

Iara Rosa Brandão

ANEXAR OBRIGATÓRIAMENTE;

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 obrigae toriamente 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 sáida do solicitantes:

Armazem 28.08.25
4:30.

(2)

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPIVARI DE BAIXO

PROCESSO PARA SOLICITAÇÃO DE TRANSPORTES DE PASSAGEIROS

N° DO PROCESSO:	2			DATA:	22/08/2025
NOME DO PASSAGEIRO:	ROSANE ALVES				
N° CPF	071.970.849.46	N° RG	0	N° CNS	700203933504328
DATA NASCIMENTO:	09/09/1985	FONE:	99962241		
ENDEREÇO SOLICITANTE:	RUA: VANDIO MARIO DA SILVA , 180 SANTO ANDRE				
LOCAL DE SAÍDA:	ACIMA				
PONTO DE REFERENCIA:	RUA EM FRENTE A FUCAP				
DESTINO:	ARMAZEM .. HOSP SANTO ANTONIO				
DATA DA SAÍDA:	28/08/2025	HORÁRIO DA SAÍDA:	4:30	HORARIO DO ATENDIMENTO	06:00
MOTIVO DA VIAGEM:	~~CONSULTA~~ cirurgia				
NOME DO ACOMPANHANTE:	LUAN PEREIRA MONTEIRO				
N° CPF ACOMPANHANTE:	616.481.613.08	N° RG ACOMPANHAMENTE			0
JUSTIFICATIVA DO ACOMPANHANTE:					
VEICULOS:		PLACA:			
MOTORISTA:					
RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO:	CAMILY RODRIGUES				

ASSINATURA E CARIMBO RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO:

ASINATURA DO SOLICITANTES:

Rosane Alves

ANEXAR OBRIGATÓRIAMENTE;

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 obrigae toriamente 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 sáida do solicitantes:

Código: **613405662** Cirurgia 28/08 Internação 6:00h

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade Solicitante:
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE CAPIVARI DE BAIXO (6583547)

Op. Solicitante:
6583547FLAFLA

Data de Solicitação:
21.07.2025 - 11:46:45

Central Reguladora:
CER MACRO SUL (21SDR)

Unidade Desejada:
ARMAZEM HOSPITAL SANTO ANTONIO (2550938)

Data Desejada:

DADOS DO PACIENTE

CNS:
700203933504328

Nome do Paciente
ROSANE ALVES

Nome Social/Apelido:

Nome da Mãe
NOELI COSTA MARIA

Naturalidade:
TUBARAO - SC

Sexo:
FEMININO

Raça:
BRANCA

Data de Nascimento:
09/09/1985 (39 anos)

Tipo Sanguíneo:

Tipo Logradouro:
RUA

Logradouro:
VANDIO MARIO DA SILVA

Complemento:

Número:
180

Bairro:
SANTO ANDRE

CEP:
88745-000

País de Residência:
BRASIL

Município de Residência:
CAPIVARI DE BAIXO

UF:
SC

Telefone(s):
(48) 99905-2536 *(Exibir Lista Detalhada)*

DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante:

Nome do Médico Solicitante:
dr ulyssesv messias da silva

Status da Solicitação:
PENDENTE

Diagnóstico Inicial - CID:
K409 - HÉRNIA INGUINAL UNILATERAL OU NÃO ESPECIFICADA, SEM OBSTRUÇÃO OU GANGRENA

Caráter
10 - Eletivo

Classificação de Risco
Prioridade 3 - Atendimento eletivo

Clínica:
ESPEC - CIRURGICO - CIRURGIA GERAL

Clínica Complementar:
Nenhuma

Procedimento Solicitado:
HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)

Código:
0407040102

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:
611580407 paciente apresentando redutivel e sintomatica sob regiao inguinal D que se exacerba aos esforços valssalva + a D/td>

Principais Resultados de Provas Diagnósticas:
u.s com hernia inguinal a D medindo cerca de 2,4x 1,5x 2,0 cm com resolução subtotal ao final da manobra

Condições que Justificam a Internação:
quadro clinico

PARECER

Motivo de Impedimento do Regulador:
08/08/2025 - 17:15:56 por 07602238745ARTHUR
Laudo avaliado pelo médico regulador, liberado para execução AGOSTO 2025

Assinatura e Carimbo do Médico: (examinador)

CRM:

Data de Solicitação:
21.07.2025 - 11:46:45

Caçador
99669 91 24

OK pedido 21/08

UN... ...ção:

Un...
C...

...ITANTE

...nte:
...DE REGULACAO DE CAPIVARI DE

Cód. CNES:
9379185

Op. Solicitante:
9379185ZORAIDE

Op. Videofonista:

...IDADE EXECUTANTE

Unidade Executante:
ARMAZEM HOSPITAL SANTO ANTONIO

Endereço:
DOIS CORACOES

Telefone:
48 36450120

Profissional Executante:
LEONARDO GURJAO MARGOTTI

Cód. CNES:
2550938

Número:
21

CEP:
88740-000

Op. Autorizador:
6490212CM11086

Complemento:

Bairro:
CENTRO

Vaga Consumida:
Reserva Técnica

Data Aprovação:
19/08/2025

Município:
ARMAZEM

Data e Horário de Atendimento:
QUI • 28/08/2025 • 08h00min

Aviso
Paciente avisado por **ZORAIDE GOULART RODRIGUES** (20/08/2025 07:10:57)

DADOS DO PACIENTE

CNS:
704102129120675

Nome do Paciente
IARA ROSA BRANDAO

Nome da Mãe
NILZA ROSA BRANDAO

Nacionalidade:
BRASILEIRA

Tipo Logradouro:
RUA

Número:
1173

País de Residência:
BRASIL

Nome Social/Apelido:

Raça:
PRETA

Município de Nascimento:
SANTOS - SP

Logradouro:
JOAO MANOEL LUIZ

Bairro:
CAÇADOR

Município de Residência:
CAPIVARI DE BAIXO - SC

Data de Nascimento:
05/07/1966 (59 anos)

Sexo:
FEMININO

Tipo Sanguíneo:

Complemento:
CASA

CEP:
88745-000

Telefone(s):
(48) 99669-9124 • (48) 99607-6782 *(Exibir Lista Detalhada)*

Laudo / Justificativa: ***(Exibir Histórico)***
DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM OMBRO DIREITO HISTÓRIA DE 2 PROCEDIMENTOS PRÉVIOS BEG, LOC SEM EDEMA OU DEFORMIDADES DOR LEVE A PALPAÇÃO E MOBILIZAÇÃO DO OMBRO DIR ADM LIVRE E DOLOROSA FM 5 NV PRESERVADO JOBE+, PATTE+

DADOS DA SOLICITAÇÃO

Código da Solicitação:
618593367

CPF do Médico Solicitante:

CRM:

Diagnóstico Inicial:
SINDROME DO MANGUITO ROTADOR

Central Reguladora:
CER MACRO SUL (21SDR)

Unidade Desejada:

Procedimentos Solicitados:
CONSULTA EM CIRURGIA ORTOPEDICA

Situação Atual:
SOLICITAÇÃO / AUTORIZADA / REGULADOR

Nome Médico Solicitante:
CHARLES CACHOEIRA

CID:
M751

Risco:
VERDE - Não Urgente

Vaga Solicitada:
1ª Vez

Data Desejada:

Cód. Unificado:
0301010072

Data Solicitação:
18/08/2025

Cód. Interno:
0723054

PREPARO(S) PARA O PROCEDIMENTO(S)

30.10.10.072 - CONSULTA EM CIRURGIA ORTOPEDICA

-

Data da Extração dos Dados: 20/08/2025 07:10:58