Município de Capivari de Baixo - SC
CNPJ: 95.780.441/0001-60
Avenida Ernani Cotrin, Centro
Capivari de Baixo - SC • CEP: 88745000

Parecer nº 0414/2026

Antecipação de Recursos

1. DADOS DO PROCESSO

Data: 10/09/2026
Destinatário: GRACIELA PRATTO
Beneficiário: Ellen Leandro Marques - 058.975.499-82
N° de Empenho: 2453
Valor Empenhado: R$ 1.000,00
Valor Utilizado: R$ 116,92
Saldo Remanescente: R$883,08
Data: 09/11/2026
Processo: 0035
Modalidade: Antecipação de Recursos
Destinatário: GRACIELA PRATTO
Assunto: Adiantamento

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 01.09.2026, Memorando da Secretaria de Saúde n° 662/2026, e a Nota de Empenho n.º 2453, conforme exigido pelas normas de controle de recursos públicos.

1. **Da Concessão e Finalidade:** Solicitação para adiantamento de valor, para custear despesas de pronto pagamento emergenciais e em caráter de urgências que não puderem ser atendidas por processo normal de compra.

2. **Da Aplicação dos Recursos:** A despesa com equipamento totalizaram R$ 60,00 (sessenta reais) nota fiscal n°3658 de 16.09.2026 e aquisição de Arla, destinado ao veiculo utilizado no transporte de paciente (TFD), R$ 56,92 (cinquenta e seis reais noventa e dois centavos) nota fiscal n°5.905 de 13.10.2026, Comprovantes seguem anexos.

II. TRATAMENTO DO SALDO REMANESCENTE E PRAZO DE APLICAÇÃO

1. **Do Saldo Sob Gestão:** O valor utilizado foi de R$ 116,92 (cento e dezesseis reais noventa e dois centavos), restando um saldo não aplicado de R$ 883,08 (oitocentos e oitenta e três reais oito centavos). 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).

01° Prestação de contas R$ 1.000,00 - R$ 116,92,00 ficou um saldo de R$ 883,08.

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.

III. CONCLUSÃO E PARECER

Município de Capivari de Baixo - SC
CNPJ: 95.780.441/0001-60
Avenida Ernani Cotrin, Centro
Capivari de Baixo - SC • CEP: 88745000

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$116,92.

Município de Capivari de Baixo - SC, 9 de Novembro de 2026.

ALESSANDRA PASCOALI
Controle Interno do Município

Capivari de Baixo (SC), 01 de setembro de 2026.

Memorando n. 662/2026

De: Secretaria Municipal de Saúde

Para: Setor de Contabilidade

Prezado (a),

Venho, por meio deste, solicitar a emissão de empenho no valor de R$ 1.000,00 (mil reais) destinado ao custeio de despesas emergenciais necessárias à manutenção do adequado funcionamento dos serviços prestados pela Secretaria Municipal de Saúde.

A solicitação justifica-se pela possibilidade de ocorrência de situações imprevistas que demandem providências imediatas, especialmente quando relacionadas diretamente na assistência aos pacientes atendidos pela saúde pública do município.

Ressalta-se que tais despesas possuem caráter excepcional e emergencial, sendo necessárias para evitar a interrupção ou o comprometimento dos atendimentos prestados à população, garantindo a continuidade e a adequada prestação dos serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

Diante do exposto, solicita-se a emissão do respectivo empenho para atender a essas demandas emergenciais, conforme a necessidade e mediante apresentação da documentação comprobatória das despesas realizadas.

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

Atenciosamente,

Aline Pereira de Sousa

Secretária Municipal de Saúde

FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE CAPIVARI DE BAIXO

Relação da Situação da Despesa e Extrato do Credor

ENTIDADE(S): FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE CAPIVARI DE BAIXO

Parâmetros: Data Inicial (emissão empenho): 01/01/2026; Demonstrar os Empenhos Totalmente Anulados: SIM; Demonstrar historico do empenho?: SIM; Data Final (emissão empenho): 09/11/2026; Consolidado: N; Credor: {"valor":"3009804","descricao":"ELLEN LEANDRO MARQUES / FISICA"}; Numero do Empenho: ["2453"]; Entidades: [{"valor":"1580","descricao":"FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE CAPIVARI DE BAIXO"}]; Tipo Documento: TODOS; Demonstrar os Empenhos Totalmente Pagos: SIM; Demonstrar referência da liquidação no pagamento?: NAO - Versão: 50 de 27/01/2026 15:36:33

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 DE SAUDE CAPIVARI DE BAIXO**											
Credor.:	**ELLEN LEANDRO MARQUES**											
Empenho 2453	PELA DESPESA EMPENHADA COM ADIANTAMENTO FINANCEIRO À COLABORADORA ELLEN LEANDRO MARQUES, DESTINADA A CUSTEAR DESPESAS DE PRONTO PAGAMENTO EMERGENCIAIS E EM CARÁTER DE URGÊNCIAS QUE NÃO PUDEREM SER ATENDIDAS POR PROCESSO NORMAL DE COMPRA .						0,00	1.000,00	2708	15/09/2026	0,00	1.000,00
	10/09/2026	1.000,00	2553	10/09/2026	( )							**1.000,00**
	Total do Empenho.:	**1.000,00**					**0,00**	**1.000,00**				**0,00**
	Total do Credor.:	**1.000,00**					**0,00**	**1.000,00**				**1.000,00**

G336111228035572l
11/09/2026 12:36:10

Emissão de comprovantes

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
11/09/2026 - AUTOATENDIMENTO - 12.36.10
5456905456 0001

Comprovante Pix

CLIENTE: ASPS-LC141-FMS 420395SC
AGENCIA: 5456-9 CONTA: 13.742-1

SOBRE A TRANSACAO

ID: E00000000202609111534335584175 80
CNPJ DO PAGADOR: 10.971.858/0001-57
VALOR: R$1.000,00
TARIFA: R$9,90
DATA: 11/09/2026 - 12:35:52
DESCRICAO:LIQ. 2553.

PAGO

PAGO PARA: Ellen L Marques
CPF: ***.975.499-**
CHAVE PIX: 05897549982
INSTITUICAO: 00360305 CAIXA ECONOMICA FEDERAL
AGENCIA: 3918 - CONTA: 37010000005899502025
TIPO DE CONTA: Conta Corrente

Esta transação pode ser tarifada em até 0,99%, com valor máximo de R$10,00. O valor definitivo poderá ser consultado no BBDPJ.

Notificacao enviada em: 11/09/2026 - 12:35:52

DOCUMENTO: 091101
AUTENTICACAO SISBB: B.1AA.3E0.0A3.8BC.AD8

Central de Atendimento BB
4004 0001
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais habituais agencia, SAC e Demais canais de atendimento.

Atendimento a deficientes auditivos ou fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de cartao e outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Transação efetuada com sucesso por: JA355340 LUIZ FERNANDO ZAPELINI.

Data: 11/09/2026

Usuário: gracielapratto

FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE 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

Data da Liquidação: 10/09/2026

Nº da Liquidação: 2553/2026

Nº do Empenho: 2453/2026

ESTIMATIVO

Vencimento: 11/09/2026

Órgão:	08.000	FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
Unidade:	08.001	FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
Funcional:	10.301.11	Saúde que acolhe, cuidado que transforma
Projeto/Atividade:	2054	MANUTENÇÃO DAS ATIVIDADES DO PRONTO ATENDIMENTO
Natureza de Despesa:	3.3.90.36.96.00.00.00	OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA FÍSICA - PAGAMENTO
Recurso:	1.500.1002.5002	RECEITAS DE IMPOSTOS E DE TRANSFERÊNCIA DE IMPOSTOS - SAÚDE

Número do empenho:	2453/2026	**Liquidações anteriores:**	0,00
Valor do empenho:	1.000,00	**Valor liquidado:**	1.000,00
Valor anulado:	0,00	**Valor anulado:**	0,00
Total (A):	1.000,00	**Total (B):**	1.000,00
		Total (A - B):	0,00

Credor: ELLEN LEANDRO MARQUES

CPF/CNPJ: 058.975.499-82 **Inscr.Est./Ident.Prof.:** **Telefone:** **UF:**

Endereço: **Cidade:**

Banco: **Conta:**

Agência: **Tipo da Conta:**

Especificação:
ADIANTAMENTO FINANCEIRO À COLABORADORA ELLEN LEANDRO MARQUES, DESTINADA A CUSTEAR DESPESAS DE PRONTO PAGAMENTO EMERGENCIAIS E EM CARÁTER DE URGÊNCIAS QUE NÃO PUDEREM SER ATENDIDAS POR PROCESSO NORMAL DE COMPRA .

Valor geral: 1.000,00

Fonte de Recurso: Ordinário

Descontos:

Total de descontos: 0,00

Liquido a pagar: 1.000,00

Fundamento legal: **Número Processo:** **Data:**

Modal. litação: **Número Licitação:** **Data:**

Contrato: **Data:**

Declaro para os devidos fins que o (material/serviço) foi (Fornecido/prestado) _____ Data: 10/09/2026

Responsável

FRANCIELE GALDINO FAVARIN	GRACIELA PRATTO	ALINE PEREIRA DE SOUSA	LUIZ FERNANDO ZAPELINI
..919-**	***.***.969-**	***.***.559-**	***.***.429-**
TÉC. CONTÁBIL SMA/SUS	CONTADORA SMA/SUS - CRC/SC 48526/O	Secretária de Saúde	CONTROLADOR DE TESOURARIA

ESTADO DE SANTA CATARINA
FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE CAPIVARI DE BAIXO

Nota de Empenho

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

Nº do Empenho: 2453/2026
Data do Empenho: 10/09/2026
Estimativo

Órgão:	08.000	FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
Unidade:	08.001	FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
Funcional:	10.301.11	Saúde que acolhe, cuidado que transforma
Projeto/Atividade:	2054	MANUTENÇÃO DAS ATIVIDADES DO PRONTO ATENDIMENTO
Natureza de Despesa:	3.3.90.36.96.00.00.00	OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA FÍSICA - PAGAMENTO
Recurso:	1.500.1002.5002	RECEITAS DE IMPOSTOS E DE TRANSFERÊNCIA DE IMPOSTOS - SAÚDE

Valor Dotação:	350.000,00	**Empenhos anteriores:**	328.196,14
Valor Dotação Atualizada:	350.000,00	**Valor do empenho:**	1.000,00
Total (A):	350.000,00	**Valor anulado:**	0,00
		Total (B):	329.196,14
		Total (A - B):	20.803,86

Credor: ELLEN LEANDRO MARQUES **Inscr.Est./Ident.Prof.:** **Telefone:** **UF:**
CPF/CNPJ: 058.975.499-82 **Cidade:**
Endereço: **Conta:**
Banco: **Tipo da Conta:**
Agência:

Especificação:
PELA DESPESA EMPENHADA COM ADIANTAMENTO FINANCEIRO À COLABORADORA ELLEN LEANDRO MARQUES, DESTINADA A CUSTEAR DESPESAS DE PRONTO PAGAMENTO EMERGENCIAIS E EM CARÁTER DE URGÊNCIAS QUE NÃO PUDEREM SER ATENDIDAS POR PROCESSO NORMAL DE COMPRA .

Valor geral: 1.000,00

Fonte de Recurso: Ordinário

Fundamento legal: **Número Licitação:** **Data homologação:**
Modal. Licitação: **Número Processo:** **Data contrato:**
Número Contrato:

Declaro para os devidos fins que o (material/serviço) foi (Fornecido/prestado) _____ Responsável Data: 10/09/2026

FRANCIELE GALDINO FAVARIN
..919-**
TÉC. CONTÁBIL SMA/SUS

GRACIELA PRATTO
..969-**
CONTADORA SMA/SUS - CRC/SC

ALINE PEREIRA DE SOUSA
..559-**
Secretária de Saúde

DOCUMENTO AUXILIAR DE VENDA - ORÇAMENTO

NÃO É DOCUMENTO FISCAL - NÃO É VÁLIDO COMO RECIBO E COMO GARANTIA DE MERCADORIA - NÃO COMPROVA PAGAMENTO

BIOMEDTRONIC COM. EQUIP. MÉDICO-HOSP. LTDA.
CNPJ: 08.727.731/0001-45 - Insc. Estadual: 255497725
Rua RAYMUNDO PUCHER - SALA 15, 785 - FÁBIO SILVA
88803-357 - Criciúma - SC
Fone: (48) 3438 0374
www.biomedtronic.com.br

DAV: 0000027431

N. do Documento Fiscal: 000000
Vendedor: FERNANDO
Validade: 08/10/2026
Data: 08/09/2026 **Hora:** 17:25:53

Identificação do Solicitante
Cliente: 1059 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE CAPIVARI DE BAIXO
Fantasia: FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
Solicitante: ENF. GISELE - PRONTO ATENDIMENTO
Endereço: RUA ERNANI COTRIN,187
CEP: 88745-000
Comercial: **Fax:**
Residencial: **E-mail:** compras.saude@capivaridebaixo.sc.gov.br

CPF/CNPJ: 10.971.858/0001-57
RG/IE: ISENTO
IM:
Bairro: CENTRO
Cidade/UF: Capivari de Baixo / SC
Celular/0800:

Relação de Produtos/Serviços

Código	Cód. Barras	Descrição	Qtd	Med	Unitário	Desconto	Total
001	429	429 JACARE TAMANHO MEDIO (PT/VM/VD/AM/AZ)	10,00	UN	6,00	0,00	60,00

Transportadora:
Quantidade: 0,00 **Peso Bruto:** 0,0000 **Peso Líquido:** 0,0000
Qtd Total de Itens: 10,00

SubTotal:	**60,00**
Desconto:	**0,00**
Frete:	**0,00**
Total:	**60,00**

Pagamento: A vista

Observações:
FRETE FOB - POR CONTA DO CLIENTE E NÃO INCLUSO.

EM CASO DE APROVAÇÃO, FAVOR ENVIAR A AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO.

_____ / _____ / _____
Data

_____
Assinatura do Solicitante

É VEDADA A AUTENTICAÇÃO DESTE DOCUMENTO

CAPIVARI DE BAIXO Fazendo mais por nossa cidade!

Capivari de Baixo, 10 de setembro de 2026.

De: Secretaria Municipal Saúde
Para: Contabilidade
A/C Graciela Pratto

Assunto: Solicitação de Adiantamento.

Valor: R$ 60,00
Nome: Gisele Vieira Rodrigues dos Santos
Matricula: 13558/2
Cargo: Coordenadoria de Serviço de urgência e emergência
Local: pronto atendimento municipal
Dados bancários: pix CPF (03251122945)
Finalidade: DESPESA EMERGENCIAL DE PRONTO PAGAMENTO QUE NÃO PUDEREM SER ATENDIDAS POR PROCESSO NORMAL DE COMPRA.
Objetivo:ATENDIMENTO DE DEMANDAS URGENTES DO PRONTO ATENDIMENTO DE SAÚDE.
Embasamento legal: conforme lei 1.299/2010 art. 4º incisos IX e X.

As despesas deverão ser entregues em notas ficais emitidas em nome do Municipal de Saúde, CNPJ N° 10.971.858/0001-57.
Comprometo-me a Realizar a prestação de contas dentro do prazo estipulado, com documentos comprobatórios das despesas realizadas. E Devolver eventuais valores não utilizados, conforme previsto na legislação e nas normas do Tribunal de Contas do Estado de Santa Catarina –TCE/SC.(ART. 13 DA IN TC-33/2024 DO TCE/SC).

Aline Pereira de Souza
Secretária Municipal de Saúde

Gisele Vieira Rodrigues dos Santos
Coordenadoria de Serviço de urgência e emergência

MEMORANDO Nº
Capivari de Baixo, 10 de setembro de 2026

De: Secretaria Municipal de Saúde / Pronto Atendimento de Urgência e Emergência
Para: Setor de Compras / Departamento competente

Assunto: Solicitação de aquisição de 10 Jacaré tamanho Médio (PT,VM, VD, AM, Az), para o cabo do Eletrocardiograma do centro de especialidades(Eletro tele medicina externo)

Solicitamos, com urgência, a aquisição de 10 unidades Jacaré tamanho Médio (PT,VM, VD, AM, Az), para o cabo do Eletrocardiograma do centro de especialidades(Eletro tele medicina externo) e considerando que o equipamento atualmente em uso apresenta necessidade de substituição visto que há interferência nas ondas na realização do eletro, equipamento utilizado 2x na semana em média de 50 a 60 atendimentos.

A presente solicitação tem por finalidade evitar a interrupção dos serviços de saúde, especialmente no atendimento aos pacientes externos que dependem do exame de Eletro , para pôs operatório, encaminhamento para cardiologista e consultas do atendimento das Unidades de Saúde.

Atenciosamente,

Gisele Vieira Rodrigues dos Santos
Coordenadoria Do Serviço De Urgência E Emergência

Capivari de Baixo (SC), 17 de setembro de 2026.

Memorando n. 542/2026

De: Secretaria Municipal de Saúde

Para: Setor de Contabilidade

Prezado (a),

Venho por meio deste, encaminhar nota fiscal de despesa em situação emergencial no dia **16 de setembro de 2026** para aquisição de "jacaré tamanho médio" para o equipamento da unidade de pronto atendimento.

A aquisição ocorreu em caráter emergencial em razão da identificação de **interferências no funcionamento do equipamento**, ocasionadas pela necessidade de substituição dos referidos componentes. A situação demandou providências imediatas, considerando que o equipamento é utilizado diretamente na assistência aos pacientes atendidos no Pronto Atendimento.

Diante da necessidade de manter o equipamento em condições adequadas de funcionamento, bem como de evitar a interrupção ou comprometimento dos atendimentos realizados na unidade, foi necessária a aquisição imediata de **06 (seis) jacarés tamanho médio no valor de R$60,00**, não sendo possível aguardar o trâmite habitual de aquisição sem que houvesse risco de prejuízo à continuidade dos serviços de saúde.

Ressalta-se que a aquisição teve caráter excepcional e emergencial, sendo realizada exclusivamente para solucionar a situação apresentada e restabelecer o adequado funcionamento do equipamento utilizado no atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS.

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

Atenciosamente,

ELLEN LEANDRO MARQUES:05897549982

Assinado de forma digital por ELLEN LEANDRO MARQUES:05897549982
Dados: 2026.09.17 08:56:49 -03'00'

Ellen Leandro Marques

Secretária Adjunta de Saúde

Recebemos de BIOMEDTRONIC COM. EQUIP. MEDICO-HOSP. LTDA. os produtos constantes na Nota Fiscal indicada ao lado. Destinatário: FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE CAPIVARI DE BAIXO - RUA ERNANI COTRIN, 187 - CENTRO - Capivari de Baixo/SC	Data de Emissão 16/09/2026	NFe Nº 0000003658 Série 001
Data de Recebimento / Identificação e Assinatura do Recebedor	Valor Total da Nota 60,00	

BIOMEDTRONIC
COMERCIO E MANUTENÇÃO DE EQUIP. MEDICO HOSP.

BIOMEDTRONIC COM. EQUIP. MEDICO-HOSP. LTDA.
Rua RAYMUNDO PUCHER, 785 - SALA 15 - FABIO SILVA - 88803-357 - Criciuma - SC - Fone/Fax: 48 3438 0374

DANFE
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

Saída: 1
Entrada: 0
1
Nº 0000003658
Série 001
Folha 1/1

Controle do Fisco

Chave de Acesso
4226 0908 7277 3100 0145 5500 1000 0036 5817 5580 2388

Consulta de autenticidade do portal nacional da NFe www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz autorizadora

Natureza de Operação	Protocolo de Autorização
Venda a vista	242260439131278 - 16/09/2026 - 15:48:52
Inscrição Estadual	**Inscrição Estadual Sub. Tributária**	**CNPJ/CPF**
255497725		08.727.731/0001-45

Destinatário / Remetente

Nome/Razão Social	CNPJ/CPF	Data de Emissão
FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE CAPIVARI DE BAIXO	10.971.858/0001-57	16/09/2026

Endereço	Bairro/Distrito	CEP	Data Saída/ Entrada
RUA ERNANI COTRIN, 187 -	CENTRO	88745-000	16/09/2026

Município	Fone	UF	Inscrição Estadual	Hora Saída/Entrada
Capivari de Baixo		SC		15:47:00

Cálculo dos Impostos

Base de Cálculo do ICMS	Valor do ICMS	Base Cálc. do ICMS Subs.	Valor do ICMS Subs.	Valor Aprox. dos Trib. (IBPT)	Valor Total dos Produtos
0,00	0,00	0,00	0,00	11,24	60,00

Valor do Frete	Valor do Seguro	Desconto	Out. Desp. Acessor.	Valor do IPI	Valor Deson.	Valor Total da Nota
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	60,00

Transportador / Volumes Transportados

Razão Social	Frete por Conta	Código ANTT	Placa Veículo	UF	CNPJ/CPF
	9-Sem Transporte				

Endereço	Município	UF	Inscrição Estadual

Quantidade	Espécie	Marca	Numeração	Peso Bruto	Peso Líquido

Dados dos Produtos

Cód. Prod.	Descrição dos Produtos	NCM/SH	CST CSOSN	CFOP	Med.	Quantidade	Vlr. Unitário	Vlr. Desconto	Vlr. Total	BC Icms	Vlr. Icms	Vlr. IPI	ALIQ. % ICMS	ALIQ. % IPI	Vlr Aprox dos Trib.
1 429	JACARE TAMANHO MEDIO (PT/VM/VD/AM/AZ)	90309090	0102	5102	UN	10,0000	6,0000	0,00	60,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	11,24

Dados Adicionais

Informações Complementares	Informações Adicionais do Fisco
I-DOC.EMITIDO P/ME OU EPP OPTANTE P/SIMPLES NACIONAL II-NAO GERA DIREITO A CREDITO FISCAL DE IPI Trib Aprox. R$ 9,20 Fed - R$ 2,04 Est - R$ 0,00 Mun / Fonte:IBPT/empresome A906AF NF vinculada ao DAV n 27431.	

CERTIFICO que o MATERIAL / SERVIÇO constante deste documento foi RECEBIDO / PRESTADO e aceito
Em 17 / 09 / 2026
Assinatura
NOME: Ellen L. Marques
CARGO: Sec. Adj. Saúde
MATRICULA 10330



CAIXA

Comprovante de Pix

Pix enviado

16/09/2026, 10:08:41

Valor	R$ 60,00
Comentário	ref pronto atendimento FMS Capivari de Baixo

Recebedor

Nome	Biomedtronic Comercio de Equipamentos Medico-hospi
CNPJ	08.727.731/0001-45
Instituição	CCLA SUL CATARINENSE

Pagador

Nome	Ellen Leandro Marques
CPF	***.975.499-**
Instituição	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

Dados da transação

Situação	Efetivado
ID transação	E00360305202609161307b71340a0491
Chave de segurança	9AWCR88FW6W5QL5X
Chave Pix	08.727.731/0001-45

Voltar

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

Alô CAIXA: 4004 0104 (Capitais e regiões 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

Capivari de Baixo (SC), 16 de outubro de 2026.

Memorando n. 605/2026

De: Secretaria Municipal de Saúde

Para: Setor de Contabilidade

Prezado (a),

Venho, por meio deste, encaminhar a nota fiscal referente à despesa realizada em caráter emergencial no dia **13 de outubro de 2026**, no valor de **R$ 56,92**, para aquisição de **ARLA 32 a granel**, destinado ao veículo utilizado no transporte de pacientes para Tratamento Fora do Domicílio (TFD), conforme documento fiscal anexo.

A aquisição ocorreu durante o deslocamento do veículo, que **já se encontrava em viagem, na estrada, realizando o transporte de pacientes para TFD**, quando surgiu a necessidade de abastecimento com o referido insumo, indispensável ao funcionamento adequado do sistema de controle de emissões do veículo a diesel.

Considerando que o veículo estava em trânsito e que a continuidade da viagem era necessária para o cumprimento do serviço de transporte de pacientes, tornou-se indispensável a aquisição imediata do produto, não sendo possível aguardar o trâmite habitual de aquisição sem risco de comprometer o deslocamento e a assistência prestada aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Ressalta-se que a despesa teve caráter pontual e emergencial, visando garantir as condições adequadas de funcionamento do veículo e a continuidade do transporte de pacientes atendidos pela Secretaria Municipal de Saúde.

Sendo o que se apresenta para o momento, coloco-me à disposição para eventuais dúvidas e esclarecimentos.

Atenciosamente,

ELLEN LEANDRO MARQUES:05897549982

Assinado de forma digital por ELLEN LEANDRO MARQUES:05897549982
Dados: 2026.10.16 09:36:40 -03'00'

Ellen Leandro Marques

Secretária Adjunta de Saúde

RECEBEMOS DE JOMAR - JOSE MARTINS COM DE COMBUSTIVEIS LTDA OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO.

DATA DO RECEBIMENTO:	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR:

NF-e
Nº 000.005.905
SÉRIE 1

Linx

JOMAR - JOSE MARTINS COM DE COMBUSTIVEIS LTDA
ROD BR 101 KM 230,5, 0 - ENSEADA DO BRITO
CEP 88.135-000 - PALHOCA - SC
Fone (048) 3242-8035

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]

Nº 000.005.905
SÉRIE 1
Página 1 de 1

CONTROLE DO FISCO

CHAVE DE ACESSO
4226 1086 1833 7300 0322 5500 1000 0059 0510 0637 1612

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO: VENDA SEM ECF

INSCRIÇÃO ESTADUAL:	INSC. EST. DO SUBST. TRIB.:	CNPJ:	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
253697646		86.183.373/0003-22	242260487145401 13/10/2026 12:12:37

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL:	CNPJ/CPF:	DATA DE EMISSÃO:
F M S DE CAPIVARI DE BAIXO	10.971.858/0001-57	13/10/2026

ENDEREÇO:	BAIRRO/DISTRITO:	CEP:	DATA DE SAIDA / ENTRADA:
RUA ERNANI COTRIN, 187	CENTRO	88745000	13/10/2026

MUNICÍPIO:	FONE/FAX:	UF:	INSCRIÇÃO ESTADUAL:	HORA DE SAÍDA:
CAPIVARI DE BAIXO		SC	ISENTO	

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS:	VALOR DO ICMS:	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBST.:	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO:	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
56,92	9,68	0,00	0,00	56,92

VALOR DO FRETE:	VALOR DO SEGURO:	DESCONTO:	OUT. DESP. ACESSÓRIAS:	VALOR DO IPI:	VALOR TOTAL DA NOTA:
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	56,92

TRANSPORTADOS / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL:	FRETE POR CONTA:	CÓDIGO ANTT:	PLACA DO VEÍCULO:	UF:	CNPJ/CPF:
	9 - SEM FRETE				

ENDEREÇO:	MUNICÍPIO:	UF:	INSCRIÇÃO ESTADUAL:

QUANTIDADE:	ESPÉCIE:	MARCA:	NUMERAÇÃO:	PESO BRUTO:	PESO LÍQUIDO:

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓD. PROD.	CÓD. ANP	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	V. TRIBUTOS	CÓD. NCM	CST	CFOP	UND	QUANTIDADE	V. UNITÁRIO	V. TOTAL	BC ICMS	V. ICMS	ALIQ. ICMS
13118		ARLA 32 A GRANEL	17,34	31021010	000	5102	L	15,02	3,79	56,92	56,92	9,68	17,00

CERTIFICO que o MATERIAL / SERVIÇO constante deste documento foi RECEBIDO / PRESTADO e aceito
Em 16 / 10 / 2026
Assinatura
NOME: Ellen L. Marques
CARGO: Sec Aoj Saúde
MATRÍCULA: 10330

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
Operacao sujeita a reducao linear de beneficios da LC 224/2025 PLACA: SXY5E17 KM: 52536 Tributos aproximados: R$ 7.66 (13.46%) Federal, R$ 9.68 (17.01%) Estadual, R$ 0.00 (0.00%) Municipal - Fonte: IBPT - SC 42CA5A	

Ibica Sprinter SXY5E1+ Floripa 13.10.26
4:00

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPIVARI DE BAIXO

(4) (2)

PROCESSO PARA SOLICITAÇÃO DE TRANSPORTES DE PASSAGEIROS

N° DO PROCESSO: 2 DATA: 09/10/2026
NOME DO PASSAGEIRO: NICOLAU PASCASIO ALMEIDA PEREIRA
N° CPF 34221425920 N° RG 0 N° CNS 703407394985100
DATA NASCIMENTO: 06/12/1950 FONE: 996514821
ENDEREÇO SOLICITANTE: RUA : ROBERTO PEDRO PRUDENCIO , 279 , SANTA LUCIA

LOCAL DE SAÍDA:
PONTO DE REFERENCIA: PX: PARQUE AMBIENTAL MÃO PELADA
DESTINO: FLORIANOPOLIS ... HOSP NEREU RAMOS
DATA DA SAÍDA: 13/10/2026 HORÁRIO DA SAÍDA: 4:00 HORARIO DO ATENDIMENTO 09:30

MOTIVO DA VIAGEM: CONSULTA

NOME DO ACOMPANHANTE: ANDREIA PEREIRA DE OLIVEIRA
N° CPF ACOMPANHANTE: 020.086.079.84 N° RG ACOMPANHAMENTE 0
JUSTIFICATIVA DO ACOMPANHANTE:

VEICULOS: PLACA:
MOTORISTA:

RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO: CAMILY RODRIGUES

ASSINATURA E CARIMBO RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO:

ASINATURA DO SOLICITANTES:

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:

Floripa
Km Saim 5232
Km Chegam 5264
Saim 4:00
Chegam 17:00