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

Parecer nº 0416/2026

Antecipação de Recursos

1. DADOS DO PROCESSO

Data: 17/08/2026
Destinatário: GRACIELA PRATTO
Beneficiário: Ellen Leandro Marques - 05[redacted]82
N° de Empenho: 2175
Valor Empenhado: R$ 1.000,00
Valor Utilizado: R$ 1.000,00
Saldo Remanescente: R$0,00
Processo: 0037
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 17.08.2026, Memorando da Secretaria de Saúde n° 453/2026, e a Nota de Empenho n.º 2175, 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.

2. **Da Aplicação dos Recursos:** As despesas com viagens totalizaram R$ 470,00 (quatrocentos e setenta reais) com despesas. (25 de agosto, 01, 19 e 21 de outubro) Comprovantes seguem anexos.

II. TRATAMENTO DO SALDO REMANESCENTE E PRAZO DE APLICAÇÃO

1. **Do Saldo Sob Gestão: O valor utilizado foi de R$ 470,00** (quatrocentos e setenta reais), não restando saldo a aplicar.

01° Prestação de contas R$ 1.000,00 - R$ 100,00 ficou um saldo de R$ 900,00
02° Prestação de contas R$ 900,00 - R$ 300,00 ficou um saldo de R$ 600,00
03° Prestação de contas R$ 600,00 - R$ 150,00 ficou um saldo de R$ 450,00
04° Prestação de contas R$ 450,00 - R$ 470,00 ficou um saldo de R$ 0,00

2. **Ressalva sobre o Limite do Adiantamento:** Considerando que o valor total das despesas apresentadas (R$1.020,00) é superior ao valor total empenhado ao servidor para o custeio destas (R$ 1.000,00) e em estrita observância aos princípios da legalidade e da dotação orçamentária, bem como o disposto na Instrução Normativa TC nº 33/2024 - TCE/SC, que rege a matéria, a aprovação desta prestação de contas está limitada ao valor máximo do

empenho realizado. A concessão de adiantamento não é permitida para despesas maiores do que as quantias adiantadas, conforme estabelece o Artigo 10, inciso III da IN TC/SC nº 33/2024.

O valor a ser considerado válido para fins de prestação de contas e ressarcimento/baixa contábil será o valor total empenhado (R$ 1.000,00).

O excedente das despesas comprovadas que supera o valor empenhado (R$ 20,00) fica por conta do servidor, não cabendo ao Município a obrigação de ressarcimento ou inclusão deste montante na prestação de contas.

III. 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 esta prestação de contas.

Município de Capivari de Baixo - SC, 10 de Novembro de 2026.

ALESSANDRA PASCOALI
Controle Interno do Município

Capivari de Baixo (SC), 26 de agosto de 2026.

De: Secretaria Municipal de Saúde

Para: Setor de Contabilidade

Prezado (a),

Venho por meio deste, encaminhar nota fiscal de despesa para combustível em situação emergencial no dia **25 de agosto de 2026** para viagem realizada com objetivo de transporte de pacientes para Tratamento Fora do Domicílio - TFD.

Valor: **R$100,00** (cem reais)

Local: **Hosp. Jeser Amarante Faria, Joinville**

Motorista: **Antonio dos Reis Patrício**

Placa Veículo: **UMU7J54**

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

Atenciosamente,

ELLEN LEANDRO MARQUES
SECRETÁRIA ADJUNTA DE SAÚDE

RECEBEMOS DE POSTO MIME S.A. FL 42 OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA INDICADA ABAIXO. EMISSÃO: 25/08/2026 VALOR TOTAL: R$ 100,00 DESTINATÁRIO: FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE CAPIVARI DE BAIXO - TARCISIO VILLELA, 99 - SEM COMPLEMENTO CACADOR CAPIVARI DE BAIXO-SC

DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e
Nº. 000.141.732
Série 003

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

POSTO MIME S.A. FL 42
RODOVIA: BR 101, SN
CORVETA - 89245-000
ARAQUARI - SC Fone/Fax: 4734393804

DANFE
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
1

Nº. 000.141.732
Série 003
Folha 1/1

CHAVE DE ACESSO
4226 0883 4888 8200 4362 5500 3000 1417 3210 1586 7964

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA NFC-E	242260397911461 - 25/08/2026 10:04:01

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO MUNICIPAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.	CNPJ / CPF
258344334	ISENTO		83.488.882/0043-62

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE CAPIVARI DE BAIXO			10.971.858/0001-57	25/08/2026
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**		**CEP**	**DATA DA SAÍDA/ENTRADA**
TARCISIO VILLELA, 99 - SEM COMPLEMENTO	CACADOR		88745-000	25/08/2026
MUNICÍPIO	**UF**	**FONE / FAX**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DA SAÍDA/ENTRADA**
CAPIVARI DE BAIXO	SC	4899835213		10:03:58

PAGAMENTO

Pagamento Instantâneo (PIX)	
Valor	R$ 100,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALC. DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLC. ICMS S.T.	VALOR DO ICMS SUBST.	V. IMP. IMPORTAÇÃO	V. ICMS UF REMET.	V. FCP UF DEST.	VALOR DO PIS	V. TOTAL PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	100,00
VALOR DO FRETE	**VALOR DO SEGURO**	**DESCONTO**	**OUTRAS DESPESAS**	**VALOR TOTAL IPI**	**V. ICMS UF DEST.**	**V. TOT. TRIB.**	**VALOR DA COFINS**	**V. TOTAL DA NOTA**
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	34,80	0,00	100,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
	9-Sem Transporte				
ENDEREÇO		**MUNICÍPIO**		**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	O/CST	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	VALOR DESC	B.CÁLC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQ. ICMS	ALÍQ. IPI
85006	GASOLINA COMUM #DATA#2026-08-25#HORA#10:00:37#	27101259	061	5656	L	15,6500	6,3900	100,00	0,00	0,00	0,00		0,00	

CERTIFICO que o MATERIAL / SERVIÇO constante deste documento foi RECEBIDO / PRESTADO e aceito
Em 26 / 08 / 2026
Assinatura
NOME: Ellen L. Marques
CARGO: Sec Adj Saude
MATRICULA: 10330

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Inf. Contribuinte: PLACA: UMU7J54 KM: 8034 MOTORISTA: ANTONIO | nBico: 9 nBomba: 5 nTanque: 53 vEncIni: 3752192.080 vEncFin: 3752207.729 | Tributacao monofasica do ICMS conforme Convenio ICMS 15/2023, alterado pelo Convenio ICMS 112/2025. | Tributos aproximados: R$ 11.60 (11.60%) Federal, R$ 23.20 (23.20%) Estadual, R$ 0.00 (0.00%) Municipal | - Fonte: IBPT - SC 42CA5A | | FORMA DE PAGAMENTO: | TEF PIX PIN PAD*: 100,00
Valor Aproximado dos Tributos : R$ 34,80

RESERVADO AO FISCO

Capivari de Baixo (SC), 02 de outubro de 2026.

Memorando n. 594/2026

De: Secretaria Municipal de Saúde

Para: Setor de Contabilidade

Prezado (a),

Venho por meio deste, encaminhar nota fiscal de despesa para combustível em situação emergencial no dia **01 de outubro de 2026** para viagem realizada com objetivo de transporte de pacientes para Tratamento Fora do Domicílio - TFD.

Valor: **R$100,00** (cem reais)

Local: Hospital São Vicente de Paula, **Mafra/SC**

Paciente: **Lauri Rodrigues Porto**

Motorista: **Jean Martins Gonçalves**

Placa Veículo: **UMU7J54**

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: 2026.10.02 11:07:08 -03'00'

ELLEN LEANDRO MARQUES
SECRETÁRIA ADJUNTA DE SAÚDE

RECEBEMOS DE POSTO Z11 LTDA OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA INDICADA ABAIXO. EMISSÃO: 01/10/2026 VALOR TOTAL: R$ 100,00 DESTINATÁRIO: FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE CAPIVARI DE BAIXO - R ERNANI COTRIN, 187 CENTRO CAPIVARI DE BAIXO-SC

DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e
Nº. 000.050.009
Série 003

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

POSTO Z11 LTDA

RODOVIA SC - 301, 14586
DONA FRANCISCA (PIRABEIRABA) - 89239-400
JOINVILLE - SC Fone/Fax: 4734246713

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA **1**

Nº. 000.050.009
Série 003
Folha 1/1

CHAVE DE ACESSO
4226 1012 7027 0700 0129 5500 3000 0500 0910 1165 3180

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA	**242260467332700 - 01/10/2026 16:53:10**

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO MUNICIPAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.	CNPJ / CPF
256233012			**12.702.707/0001-29**

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE CAPIVARI DE BAIXO			**10.971.858/0001-57**	**01/10/2026**
ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO		CEP	DATA DA SAÍDA/ENTRADA
R ERNANI COTRIN, 187	**CENTRO**		**88745-000**	**01/10/2026**
MUNICÍPIO	UF	FONE / FAX	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA/ENTRADA
CAPIVARI DE BAIXO	**SC**			**16:53:18**

FATURA / DUPLICATA

Num.	001
Venc.	10/11/2026
Valor	R$ 100,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLC. DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLC. ICMS S.T.	VALOR DO ICMS SUBST.	V. IMP. IMPORTAÇÃO	V. ICMS UF REMET.	V. FCP UF DEST.	VALOR DO PIS	V. TOTAL PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	100,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR TOTAL IPI	V. ICMS UF DEST.	V. TOT. TRIB.	VALOR DA COFINS	V. TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	100,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
	9-Sem Transporte				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	O/CST	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	VALOR DESC	B.CÁLC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQ. ICMS	ALÍQ. IPI
2-1	GASOLINA COMUM #DATA#2026-10-01#HORA#16:40:39#	27101259	061	5656	L	16,4200	6,0900	100,00	0,00	0,00	0,00		0,00	

ATESTO que o MATERIAL / SERVIÇO constante neste documento foi RECEBIDO / PRESTADO e aceito
Em 02 / 10 / 2026
NOME: Ellen L. Marques
CARGO: Sec Aux Saúde
10330

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Inf. Contribuinte: Tributos Aproximados: R$ 11,60 (11,60%) Federais, R$ 23,20 (23,20%) Estaduais, R$ 0,00 (0,00%) Municipais, Total Tributos: R$ 34,80 Fonte: IBPT Chave: 1C2537 KM: 19680 - Media: 127,28 Placa: UMU7J54 - KM / HM: 19680 ICMS MONOFASICO SOBRE COMBUSTIVEIS COBRADO ANTERIORMENTE CONFORME CONVENIOS ICMS 112/2025 e 113/2025, BASE ICMS 16,420 (LITROS)x 1,5700=ICMS R$25,78
Forma Pagamento: CARTAO CREDITO - TEF R$100,00
Valor Aproximado dos Tributos : R$ 0,00

RESERVADO AO FISCO

Capivari de Baixo (SC), 20 de outubro de 2026.

Memorando n. 644/2026

De: Secretaria Municipal de Saúde

Para: Setor de Contabilidade

Prezado (a),

Venho por meio deste, encaminhar nota fiscal de despesa para combustível em situação emergencial no dia **19 de outubro de 2026** para viagem realizada com objetivo de transporte de pacientes para Tratamento Fora do Domicílio - TFD.

Valor: **R$100,00** (cem reais)

Local: **Florianópolis**

Paciente: **Leticia Inacia da Silva**

Motorista: **Odair Fogaça Firmiano**

Placa Veículo: **SXYE17**

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

Atenciosamente,

ELLEN LEANDRO MARQUES
SECRETÁRIA ADJUNTA DE SAÚDE

RECEBEMOS DE POSTO AVENIDA LTDA OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA INDICADA ABAIXO. EMISSÃO: 19/10/2026 VALOR TOTAL: R$ 100,00 DESTINATÁRIO: FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE CAPIVARI DE BAIXO - RUA ERNANI COTRIN, 187 CENTRO CAPIVARI DE BAIXO-SC

DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e
Nº. 000.000.688
Série 012

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

POSTO AVENIDA LTDA

DELMINDA SILVEIRA, 485
AGRONOMICA - 88025-500
FLORIANOPOLIS - SC Fone/Fax:

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA **1**

Nº. 000.000.688
Série 012
Folha 1/1

CHAVE DE ACESSO
4226 1083 8727 6200 0105 5501 2000 0006 8817 2280 0030

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA DE COMBUSTÍVEL OU LUBRIFICANTE ADQUIRIDO OU RECEB	**242260497728939 - 19/10/2026 09:28:35**

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO MUNICIPAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.	CNPJ / CPF
250130335			**83.872.762/0001-05**

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE CAPIVARI DE BAIXO			**10.971.858/0001-57**	**19/10/2026**
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**		**CEP**	**DATA DA SAÍDA/ENTRADA**
RUA ERNANI COTRIN, 187	**CENTRO**		**88745-000**	**19/10/2026**
MUNICÍPIO	**UF**	**FONE / FAX**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DA SAÍDA/ENTRADA**
CAPIVARI DE BAIXO	**SC**			**09:28:33**

PAGAMENTO

Forma	Cartão de Débito
Valor	R$ 100,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLC. DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLC. ICMS S.T.	VALOR DO ICMS SUBST.	V. IMP. IMPORTAÇÃO	V. ICMS UF REMET.	V. FCP UF DEST.	VALOR DO PIS	V. TOTAL PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	100,00
VALOR DO FRETE	**VALOR DO SEGURO**	**DESCONTO**	**OUTRAS DESPESAS**	**VALOR TOTAL IPI**	**V. ICMS UF DEST.**	**V. TOT. TRIB.**	**VALOR DA COFINS**	**V. TOTAL DA NOTA**
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	100,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
	9-Sem Transporte				
ENDEREÇO		**MUNICÍPIO**		**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	O/CST	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	VALOR DESC	B.CÁLC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQ. ICMS	ALÍQ. IPI
DS	DS DIESEL S10 COMUM #DATA#2026-10-19#HORA#09:24:00#	27101921	061	5656	LT	13,0040	7,6900	100,00	0,00	0,00	0,00		0,00	

JUSTIFICO que o MATERIAL/SERVIÇO constante desse documento foi RECEBIDO/PRESTADO e aceito.
Em 20 / 10 / 2026
NOME: Ellen L. Marques
CARGO: Scc. Aoj Saúde
10330

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Inf. Contribuinte: KM: 54132 PLACA: SXY5E17 | Trib aprox R$ 8,60 Fed | R$ 18,30 Est | R$ 0,00 Mun | Fonte IBPT(26.2.B) | Caixa: 50 | Forma de Pagamento: | VERO - VISA ELECTRON DEBITO: R$ 100,00 | ICMS MONOFASICO COBRADO ANTERIORMENTE CONFORME CONVENIO ICMS 199/2022 | DS - DIESEL S10 COMUM COM QUANTIDADE DE BASE DE CALCULO DE ICMS MONOFASICO DE 13,00, ALIQUOTA 1,17 E VALOR DO ICMS MONOFASICO DE R$ 15,21
Sistema: ARGO SISTEMAS

RESERVADO AO FISCO

Capivari de Baixo (SC), 21 de outubro de 2026.

Memorando n. 646/2026

De: Secretaria Municipal de Saúde

Para: Setor de Contabilidade

Prezado (a),

Venho por meio deste, encaminhar nota fiscal de despesa para combustível em situação emergencial no dia **21 de outubro de 2026** para viagem realizada com objetivo de transporte de pacientes para Tratamento Fora do Domicílio - TFD.

Valor: **R$170,00** (cento e setenta reais)

Local: **Joinville, HAP VIDA**

Paciente: **Adriano Lopes**

Motorista: **Jean Martins Gonçalves**

Placa Veículo: **RYP3H24**

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

Atenciosamente,

gov.br Documento assinado digitalmente
ELLEN LEANDRO MARQUES
Data: 22/10/2026 08:29:01-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

ELLEN LEANDRO MARQUES
SECRETÁRIA ADJUNTA DE SAÚDE

DANFE SIMPLIFICADO

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

4226 1052 6174 4600 0100 5500 1000 0018 96.3 1017 4202



OPERAÇÃO: 1-Saída SÉRIE: 1 NÚMERO: 1.896
EMISSÃO: 21/10/2026

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO:
242260503916315 21/10/2026 19:26:03

NATUREZA DA OPERAÇÃO:
VDA COMB,LUB ADQ DSTN.A

EMITENTE:
AUTO POSTO SANTOS DUMONTT LTDA
CNPJ: 42.617.446/0001-00 - I.E: 261.175.882
JOINVILLE-SC

DESTINATÁRIO/REMETENTE:
FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE CAPIVARI DE BAIXO
CNPJ: 10.971.858/0001-57
CAPIVARI DE BAIXO-SC (48) 3621-4400

PRODUTOS/SERVIÇOS:

Cód	Descrição	Qtde Un	V.Unit	V.Total	V.Trib.
5	DIESEL S10				
0		23,644 LT	7,19	170,00	45,73

Valor Total dos Produtos: 170,00
VALOR TOTAL DA NOTA: 170,00

Informação dos Tributos Totais Incidentes (Lei Federal 12.741/2012): 45,73

DADOS ADICIONAIS/INF COMPL:
Cliente: Codigo : 572 Atendente: TAMIRIS DE O Tipo Pagto(s): 5PLACA: R-YP34 KM: 69.476 MARCA: CARRO NCIA FRENT:MARCOS CHA #DATA#2026-10-21#HORA#19:17:23# Trib ap: R$ 14,62 Fed. e R$ 31,11 Est. e R$ 0,00 Mun. Fonte:IBPT/empresometro.com.br - CAF7DD INF.COMP: ICMS monofasico sobre combust cobrado ant conf.Conv.ICMS 199/2022

www.methodinformatica.com.br
Gerado em 21/10/2026 às 19:26:06 pelo UniDANFE 3.9.4 Free - www.unidanfe.com.br

CERTIFICO que o MATERIAL/SERVIÇO constante deste documento foi RECEBIDO/PRESTADO e aceito
Em 21 / 10 / 2026
Assinatura
NOME: Ellen L. Marques
CARGO: Sec. Ap Saúde
10330