

# Prefeitura Municipal de Quadra



ESTADO DE SÃO PAULO

**= SETOR DE CADASTRO E TRIBUTAÇÃO =**

Processo Contábil – Nº: **04/2024**

**Prestação de Contas: ADIANTAMENTO**

Responsável:

**Aline Ap. de Paula M. Oliveira**

Empenho Nº: **1026/1**

RUA JOSÉ CARLOS SILVEIRA, 36 • JD. SANTO ANTONIO • QUADRA • SP  
FONE (15) 3253•1225 • FAX (15) 3253•1162



02-02

**Prefeitura Municipal de Quadra**  
*"Capital do Milho Branco"*  
**Paço Municipal José Darci Soares**

EMP. 1026 / 1

02-02-24

**PEDIDO DE ADIANTAMENTO**

Eu, Aline Ap. de Paula Machado de Oliveira, CPF: [REDACTED], servidor(a) público(a) desta municipalidade, no cargo/função de: Diretora Municipal de Saúde, venho, mui respeitosamente, solicitar a V.S.<sup>a</sup> um adiantamento de numerário, com a finalidade de cobrir despesas através do regime de adiantamento, com base no artigo 2º da Lei Municipal nº 147 de 30 de Novembro de 2.001

**Valor Solicitado em Adiantamento:** R\$ 500,00 ( Quinhentos Reais )

*Descrição e Justificativa da Despesa:*

Custeio de Despesas Miúdas e de Pronto Pagamento, conforme Lei 4320/64 art. 68.

*Dotação Orçamentária:*

\_\_\_ nº. 3.3.90.39.99 - Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica.

*Ficha nº.*

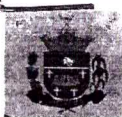
Nestes Termos, P. Deferimento.

Quadra, sexta-feira, 2 de fevereiro de 2024 .

Aline Ap. de Paula Machado de Oliveira  
Diretora Municipal de Saúde

Lheonides de Oliveira Andrade  
Prefeita Municipal





PREFEITURA MUNICIPAL DE QUADRA  
DEPARTAMENTO DE FINANÇAS  
CONTABILIDADE

Usuário: 14073849883  
Sistema CECAM  
Data: 15/02/2024 13:57:31  
(Página 1/1)

|                                     |                                                                        |                                        |                                     |                        |
|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|------------------------|
| DATA<br><b>02/02/2024</b>           | INTERESSADO<br><b>1565 - ALINE APARECIDA DE PAULA MACHADO OLIVEIRA</b> | RESERVA Nº<br><b>/0</b>                | PROCESSO Nº/REQUISIÇÃO<br><b>/0</b> | FICHA Nº<br><b>169</b> |
| C.N.P.J/C.P.F.<br><b>[REDACTED]</b> |                                                                        | BANCO<br><b>18255-000</b>              | AGÊNCIA<br><b>-</b>                 | CONTA<br><b>-</b>      |
| ENDEREÇO<br><b>[REDACTED]</b>       |                                                                        | CEP.<br><b>18255-000</b>               | TELEFONE<br><b>-</b>                |                        |
| EMAIL<br><b>[REDACTED]</b>          |                                                                        | LOCAL DE ENTREGA<br><b>QUADRA - SP</b> |                                     |                        |

|                                                             |                                                                                    |                                                             |                                 |                          |
|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------|
| LICITAÇÃO MODALIDADE Nº<br><b>OUTROS/NÃO APLICÁVEL - /0</b> | FUNDAMENTO LEGAL                                                                   | CONDIÇÕES DE PAGAMENTO                                      | VENCIMENTO<br><b>02/02/2024</b> | VALIDADE PROPOSTA        |
| ORGÃO<br><b>02-PODER EXECUTIVO</b>                          | UNIDADE ORÇAMENTÁRIA<br><b>02.05-SECRETARIA DE SAÚDE</b>                           | UNIDADE EXECUTORA<br><b>02.05.01 - ASSISTENCIA MEDICA G</b> | FUNÇÃO<br><b>10</b>             | SUB FUNÇÃO<br><b>301</b> |
| PROJETO ATIVIDADE<br><b>2004 - MANUTENÇÃO DA SAUDE</b>      | CATEGORIA ECONÔMICA<br><b>3.3.90.39.96 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIRO PESSOA JU</b> | ÁREA DE ATUAÇÃO<br><b>0 -</b>                               | PROGRAMA<br><b>0007</b>         |                          |
| DESTINAÇÃO DE RECURSOS<br><b>01.310.0000 - SAÚDE-GERAL</b>  | ADIANTEAMENTO<br><b>SIM</b>                                                        |                                                             |                                 |                          |
| ATIVO NÃO FINANCEIRO                                        | REGIME                                                                             |                                                             |                                 | CONTRATO                 |
| PASSIVO NÃO FINANCEIRO                                      |                                                                                    |                                                             |                                 | CONVÊNIO                 |

| EMPENHO |        |        | O.P./ANULAÇÃO ANTERIOR |        |        | VALOR DA O.P. |        |        | SALDO   |         |         |
|---------|--------|--------|------------------------|--------|--------|---------------|--------|--------|---------|---------|---------|
| 500,00  |        |        | 0,00                   |        |        | 500,00        |        |        | 0,00    |         |         |
| COTA 1  | COTA 2 | COTA 3 | COTA 4                 | COTA 5 | COTA 6 | COTA 7        | COTA 8 | COTA 9 | COTA 10 | COTA 11 | COTA 12 |
| 0,00    | 500,00 | 0,00   | 0,00                   | 0,00   | 0,00   | 0,00          | 0,00   | 0,00   | 0,00    | 0,00    | 0,00    |

| VÍNCULOS |                          |        | CENTRO DE CUSTOS |                          |        |
|----------|--------------------------|--------|------------------|--------------------------|--------|
| CÓDIGO   | DESCRIÇÃO                | VALOR  | CÓDIGO           | DESCRIÇÃO                | VALOR  |
| 3        | FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE | 500,00 | 15               | ASSISTENCIA MEDICA GERAL | 500,00 |
| TOTAL    |                          | 500,00 | TOTAL            |                          | 500,00 |

| ITENS DA NOTA |        |            |         |                                                        |                |             |
|---------------|--------|------------|---------|--------------------------------------------------------|----------------|-------------|
| ITEM          | CÓDIGO | QUANTIDADE | UNIDADE | ESPECIFICAÇÃO                                          | VALOR UNITÁRIO | VALOR TOTAL |
| 1             |        | 1,000      |         | ADIANTEAMENTO DE FUNDOS CONFORME LEI MUNICIPAL 147/01. | 500,0000       | 500,00      |
| TOTAL         |        |            |         |                                                        |                | 500,00      |

|                                                                                       |                                                                                                                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <u>02 / 02 / 2024</u><br><br>ANDERSON GONÇALVES FAUSTINO<br>CONTADOR<br>1SP335601/O-6 | PAGUE-SE A IMPORTÂNCIA CONSTANTE D/. PRESENTE ORDEM DE PAGAMENTO<br><u>02 / 02 / 2024</u><br><br>LHEONIDES DE OLIVEIRA ANDRADE<br>PREFEITA |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| RECIBO<br>RECEBI da(0) PREFEITURA MUNICIPAL DE QUADRA<br>A IMPORTÂNCIA DE quinhentos reais<br>CONSTANTE DESTA DOCUMENTO E NOTA FISCAL Nº _____<br>PARA MAIOR CLAREZA FIRMO O PRESENTE RECIBO<br>QUADRA, _____ DE _____ DE <u>02 FEV 2024</u><br><br>Nome _____ RG <u>42734784-1</u> | DESPESA PAGA<br>BANCO _____<br>CONTA <u>TESOURARIA</u><br>CHEQUE Nº _____<br>BC Nº _____<br><br>TESOUREIRO<br>ADNILSON FARIA |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



F.M. QUADRA

Fl. ... 04

Fis. Nº 04

A

**Prefeitura Municipal de Quadra***"Capital do Milho Branco"***Paço Municipal José Darci Soares**

Ide1

ORGÃO CONCESSOR: **PREFEITURA MUNICIPAL DE QUADRA**ORGÃO BENEFICIÁRIO: **Aline Ap. de Paula Machado de Oliveira**

DATA DO RECEBIMENTO : 2 fevereiro, 2024

EMPENHO nº. : 1026/1

VALOR : R\$ 500,00

Aline Ap. de Paula Machado de Oliveira, Diretora de Saúde  
vem indicar na forma abaixo detalhada, a documentação comprovadora da aplicação dos recursos  
recebidos, o qual solicita a referida aprovação e a baixa de sua responsabilidade.

|   | DATA      | ESPECIFICAÇÃO DO DOCUMENTO  | NATUREZA           | VALOR      |
|---|-----------|-----------------------------|--------------------|------------|
| 1 | 8-fev-24  | Nice de Moura               | despesas de viagem | R\$ 103,80 |
| 2 | 23-fev-24 | Pedagio                     | despesas de viagem | R\$ 5,10   |
| 3 | 23-fev-24 | Restaurante da Fazenda LTDA | despesas de viagem | R\$ 78,80  |
| 4 | 1-mar-24  | Villeto Restaurante LTDA    | despesas de viagem | R\$ 110,96 |
| 5 | 1-mar-24  | Real Alimentos              | despesas de viagem | R\$ 65,10  |
| 6 |           |                             |                    |            |
| 7 |           |                             |                    |            |
| 8 |           |                             |                    |            |

TOTAL DAS DESPESAS: R\$ 363,76

RESTITUIÇÃO AO TESOIRO MUNICIPAL: R\$ 136,24

SOMA: R\$ 500,00

Quadra/SP, segunda-feira, 4 de março de 2024

Aline Ap. de Paula Machado de Oliveira

Diretora de Saúde

P.M. QUADRA  
Fis. Nº 09  
Fis. Nº 03  
A





P.M. QUADRA  
Fls. Nº 04  
Fls. Nº 06  
A

## PREFEITURA MUNICIPAL DE QUADRA

*Capital do Milho Branco*

### RELATÓRIO DE VIAGEM

Quadra, 08 de FEVEREIRO

de 2024.

|                      |                                                 |
|----------------------|-------------------------------------------------|
| <b>Veículo</b>       | <b>C3</b>                                       |
| <b>Placa</b>         | <b>FXR-8J26</b>                                 |
| <b>Secretaria</b>    | <b>SAUDE</b>                                    |
| <b>Motorista</b>     | <b>CELSO</b>                                    |
| <b>Hora da Saída</b> | <b>09:00</b>                                    |
| <b>Hora Chegada</b>  | <b>15:00</b>                                    |
| <b>Km. Saída</b>     | <b>34775</b>                                    |
| <b>Km. Chegada</b>   | <b>34856</b>                                    |
| <b>Destino</b>       | <b>ALAMBARI</b>                                 |
| <b>Objetivo</b>      | <b>REUNIÃO COM SECRETARIO REGIONAL DE SAUDE</b> |
| MARCIA E FERNADA     |                                                 |
| Observações:         |                                                 |

Assinatura do Motorista

Assinatura do Responsável



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUADRA  
DEPARTAMENTO DE FINANÇAS  
CONTABILIDADE

Usuário: 42410735819  
Sistema CECAM  
Data: 12/03/2024 09:30:36  
(Página 1/1)

|                                                          |                                                  |                                                      |                                 |                                                                         |                                                                  |                                           |                          |                   |            |                        |          |          |
|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------|-------------------|------------|------------------------|----------|----------|
| DATA                                                     | 04/03/2024                                       |                                                      |                                 |                                                                         | ANULAÇÃO DE ORDEM DE PAGAMENTO. Nº 100471 ( Ref O.P.: 1026 / 1 ) |                                           |                          |                   | RESERVA Nº | PROCESSO Nº/REQUISIÇÃO |          | FICHA Nº |
| INTERESSADO                                              | 1565 - ALINE APARECIDA DE PAULA MACHADO OLIVEIRA |                                                      |                                 |                                                                         | C.N.P./C.P.F.                                                    |                                           |                          |                   | BANCO      | AGÊNCIA                |          | CONTA    |
| ENDERECO                                                 | QUADRA - SP                                      |                                                      |                                 |                                                                         | CEP.                                                             |                                           |                          |                   | 18255-000  |                        | TELEFONE |          |
| EMAIL                                                    | LOCAL DE ENTREGA                                 |                                                      |                                 |                                                                         | PRAZO ENTREGA                                                    |                                           |                          |                   |            |                        |          |          |
| LICITAÇÃO MODALIDADE Nº                                  |                                                  | FUNDAMENTO LEGAL                                     |                                 | CONDIÇÕES DE PAGAMENTO                                                  |                                                                  |                                           |                          | VALIDADE PROPOSTA |            |                        |          |          |
| OUTROS/NÃO APLICÁVEL - /0                                |                                                  |                                                      |                                 |                                                                         |                                                                  |                                           |                          |                   |            |                        |          |          |
| ORGÃO                                                    | UNIDADE ORÇAMENTÁRIA                             |                                                      | UNIDADE EXECUTORA               |                                                                         | FUNÇÃO                                                           |                                           | SUB FUNÇÃO               |                   | PROGRAMA   |                        |          |          |
| 02-PODER EXECUTIVO                                       | 02.05-SECRETARIA DE SAÚDE                        |                                                      | 02.05.01 - ASSISTENCIA MEDICA G |                                                                         | 10                                                               |                                           | 301                      |                   | 0007       |                        |          |          |
| PROJETO ATIVIDADE                                        |                                                  | CATEGORIA ECONÔMICA                                  |                                 | ÁREA DE ATUAÇÃO                                                         |                                                                  |                                           |                          |                   |            |                        |          |          |
| 2004 - MANUTENÇÃO DA SAUDE                               |                                                  | 3.3.90.39.96 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIRO PESSOA JU |                                 | 0 -                                                                     |                                                                  |                                           |                          |                   |            |                        |          |          |
| DESTINAÇÃO DE RECURSOS                                   |                                                  |                                                      |                                 |                                                                         |                                                                  |                                           |                          | ADIANTAMENTO      |            |                        |          |          |
| 01.310.0000 - SAÚDE-GERAL                                |                                                  |                                                      |                                 |                                                                         |                                                                  |                                           |                          | SIM               |            |                        |          |          |
| ATIVO NÃO FINANCEIRO                                     |                                                  |                                                      |                                 |                                                                         |                                                                  |                                           |                          | CONTRATO          |            |                        |          |          |
| PASSIVO NÃO FINANCEIRO                                   |                                                  |                                                      |                                 |                                                                         |                                                                  |                                           |                          | CONVÊNIO          |            |                        |          |          |
| EMPENHO                                                  |                                                  | O P./ANULAÇÃO ANTERIOR                               |                                 | VALOR DA ANULAÇÃO DE O.P.                                               |                                                                  | SALDO                                     |                          |                   |            |                        |          |          |
| 500,00                                                   |                                                  | 500,00                                               |                                 | 500,00                                                                  |                                                                  | 500,00                                    |                          |                   |            |                        |          |          |
| COTA 1                                                   | COTA 2                                           | COTA 3                                               | COTA 4                          | COTA 5                                                                  | COTA 6                                                           | COTA 7                                    | COTA 8                   | COTA 9            | COTA 10    | COTA 11                | COTA 12  |          |
| 0,00                                                     | 0,00                                             | 500,00                                               | 0,00                            | 0,00                                                                    | 0,00                                                             | 0,00                                      | 0,00                     | 0,00              | 0,00       | 0,00                   | 0,00     | 0,00     |
| VÍNCULOS                                                 |                                                  |                                                      |                                 |                                                                         |                                                                  | CENTRO DE CUSTOS                          |                          |                   |            |                        |          |          |
| CÓDIGO                                                   | DESCRIÇÃO                                        |                                                      |                                 |                                                                         | VALOR                                                            | CÓDIGO                                    | DESCRIÇÃO                |                   |            |                        | VALOR    |          |
| 3                                                        | FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE                         |                                                      |                                 |                                                                         | 500,00                                                           | 15                                        | ASSISTENCIA MEDICA GERAL |                   |            |                        | 500,00   |          |
| TOTAL                                                    |                                                  |                                                      |                                 |                                                                         | 500,00                                                           | TOTAL                                     |                          |                   |            |                        | 500,00   |          |
| ITENS DA NOTA                                            |                                                  |                                                      |                                 |                                                                         |                                                                  |                                           |                          |                   |            |                        |          |          |
| ITEM                                                     | CÓDIGO                                           | QUANTIDADE                                           | UNIDADE                         | ESPECIFICAÇÃO                                                           |                                                                  |                                           |                          | VALOR UNITÁRIO    |            | VALOR TOTAL            |          |          |
| 1                                                        |                                                  | 1,000                                                | UN                              | REFERENTE A BAIXA DE RESPONSABILIDADE DO EMPENHO DE ADIANTAMENTO 1026/1 |                                                                  |                                           |                          | 500,0000          |            | 500,00                 |          |          |
|                                                          |                                                  |                                                      |                                 | <div>P.M. QUADRA<br/>Fis. Nº 09<br/>Fis. Nº 19</div>                    |                                                                  |                                           |                          |                   |            |                        |          |          |
| TOTAL                                                    |                                                  |                                                      |                                 |                                                                         |                                                                  |                                           |                          |                   |            | 500,00                 |          |          |
| 04 / 03 / 2024                                           |                                                  |                                                      |                                 |                                                                         |                                                                  | 04 / 03 / 2024                            |                          |                   |            |                        |          |          |
| ANDERSON GONÇALVES FAUSTINO<br>CONTADOR<br>1SP335601/O-6 |                                                  |                                                      |                                 |                                                                         |                                                                  | LHEONIDES DE OLIVEIRA ANDRADE<br>PREFEITA |                          |                   |            |                        |          |          |

F.M. QUADRA

F: ... 04

Fis. N° 02

A

Documento Fiscal Equivalente IN 1.731 RFB  
Conc. Rodovia do Oeste de São Paulo S/A  
CNPJ 02.415.408/0001-50  
tel:0800-701-5555 WhatsApp:11-2664-6120  
DDE : 0267084005170871560400034E202  
Placa do veículo: F0Y9H26  
Praça: ARACOTIABA OESTE Faixa:005  
Arrecadador:291391 23/02/2024 16:13:24  
Classe: 1 Valor:R\$ 5,10 Dinheiro  
Tributos: Vlr estim. 18,24% (Fonte:IBPT  
Para incluir placa, CPF/CNPJ no documento  
fiscal equivalente, acesse o portal  
[www.viaoeste.com.br](http://www.viaoeste.com.br) em ate 7 dias

RESTAURANTE DA FAZENDA SOROCABA LTDA - FAZENDA SOROCABA  
CNPJ: 40.120.134/0001-60 IE: 798450371114  
ESTRADA HEITOR CURY 171  
CHACARAS REUNIDAS SÃO JORGE, SOROCABA - SP  
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica  
DANFE Simplificado

| Código | Descrição                              | Qtde  | Un | VI Unit | Total |
|--------|----------------------------------------|-------|----|---------|-------|
| 511    | AGUA MINERAL                           | 1,000 | UN | 7,00    | 7,00  |
| 193    | REFRIGERANTE                           | 1,000 | UN | 12,00   | 12,00 |
| 518    | ALMOÇO SELF SERVICE SEGUNDA<br>A SEXTA | 2,000 | UN | 29,80   | 59,60 |

Subtotal R\$ 78,80  
Valor Total R\$ 78,80  
Forma de Pagamento: DINHEIRO 78,80

Consulte pela Fatura no site [fazenda.gov.br/portal](http://fazenda.gov.br/portal)  
3524 0240 1200 0000 5500 5000 0035 8117 9377 4206

CONSUMIDOR MUNICIPIO DE QUADRA

CNPJ: 01.612.145/0001-06

JOSE CARLOS DA SILVEIRA 36 JD, SANTO ANTONIO QUADRA - SP

NF-e nº: 3581 Série: 5 Emissão: 23/02/2024 14:06  
Prot. de Autorização: 135240395576135 23/02/2024 14:06:33  
Operação: 1 - Saída Via: Consumidor



Trib aprox R\$ 10,74 Fed | R\$ 14,18 Est | R\$ 0,00 Mun | Fonte IBPT(2  
3,2,A)

Observações:  
Caixa: 7995 | Funcionário: 138 - LARISSA MATEA PIRES NUNES  
Forma de Pagamento:  
DINHEIRO: R\$ 78,80  
Comanda/Mesa 011 | Pedido 191

Impresso por Argos Sistemas - [argosistemas.com](http://argosistemas.com)





F.M. QUADRA

Fl. 04

Fis. Nº 08

A

**PREFEITURA MUNICIPAL DE QUADRA**

Capital do Milho Branco

**RELATÓRIO DE VIAGEM**

Quadra, 23 de Fevereiro de 2024

|               |                                |
|---------------|--------------------------------|
| Veículo       |                                |
| Placas        |                                |
| Secretaria    |                                |
| Motorista     |                                |
| Hora da Saída |                                |
| Hora Chegada  |                                |
| Km. Saída     |                                |
| Km. Chegada   |                                |
| Destino       | Serocaba                       |
| Objetivo      | Buscar carro na concessionária |

Observações:

Fomos na Concessionária Vale em Serocaba, buscar veículo que estava arrumando.

Fomos na Van que leva os pacientes.

Assinatura do Motorista

Assinatura do Responsável

Aline Ap. Oliveira  
Diretora Municipal de  
Saúde de Quadra

F.M. QUADRA

F: ... 09

Fis. Nº 09

A

ZIL LITO RESTAURANTE LTDA  
AVENIDA OSÉLE CONSTANTINO, 1870 - BOX 211  
PARQUE BELA VISTA - VOTORANTIM - 18110-650  
CNPJ 10795851000121 IE 717114367110

EXTRATO N.º 00009 do CUPOM FISCAL ELETRÔNICO - SAT

#[COD]([DESC])([QTD]) ([QD] VL UN R\$)([VL TR R\$])([VL ITEM R\$])

|           |                   |       |
|-----------|-------------------|-------|
| 001000001 | Riz 11,350 KG     |       |
| 0.230     | UN X 100,00       | 25,07 |
| 002000001 | REI FILADO KG     |       |
| 0.110     | KG X 109,00       | 11,99 |
| 003000001 | REI FILADO KG     |       |
| 0.500     | KG X 109,00       | 54,50 |
| 004000040 | Arroz             |       |
| 1         | UND X 9,70 (1,98) | 9,70  |
| 005000014 | Suco 300 ml       |       |
| 1         | UND X 9,70 (3,09) | 9,70  |

**TOTAL R\$ 110,96**

Dinheiro 110,96

FORMA A SER RECEBIDA conforme LC 123/2006 - Simples

US 07,05 04-Comete crime quem sonega

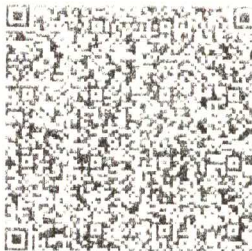
OBSERVAÇÕES DO CONTRIBUINTE

Trib. Aprox.: R\$2,89 Fed. e R\$2,42 Esp.

e R\$ 0,00 M.m. Fonte: IRPF SP 24F470

Operador: ADMINISTRADOR

3524 0310 7000 5100 0001 5000 1415 5850 0009 9295 2503



Consumidor

01610145/0001-06 -

Consumidor

Nº Serie SAT 001415585

01/03/2024 - 14 07:25

Este documento é uma cópia eletrônica  
de um documento original. Para mais informações,  
acesse o site: [www.fisco.gov.br](http://www.fisco.gov.br)  
ou o aplicativo: <https://play.google.com/store/apps/details?id=com.fisco>  
ou o aplicativo: <https://www.fisco.gov.br>

Real Alimentos Ltda - Boa Vite  
Real Alimentos Ltda - Boa Vite  
Avenida Oséle Constantino, 1870 - BOX 211 - CORDEIRO - SP  
18110-650  
CNPJ: 10.451.421/0001-01 IE: 004608750117

Extrato N.º 346063  
CUPOM FISCAL ELETRÔNICO - SAT

CPT/CNPJ do Consumidor: 01 612.145/0001-06

# [COD] [DESC] [QTD] [QD] [VL UN R\$] ([VL TR R\$]) ([VL ITEM R\$])

| QTD        | DESC                          | QD    | VL UN R\$ | VL TR R\$ | VL ITEM R\$ |
|------------|-------------------------------|-------|-----------|-----------|-------------|
| 1.000      | BOIA 12,90                    | 11,94 |           | 12,90     |             |
| 007.262406 | Frit. Charros Boia de Leite F |       |           |           |             |
| 1.000      | UN X 10,90                    | 11,71 |           | 10,90     |             |
| 003.109714 | Castanha Melão Casandora      |       |           |           |             |
| 2.000      | UN X 14,50                    | 13,19 |           | 28,40     |             |
| 004.101132 | Castanha Melão Casandora      |       |           |           |             |
| 1.000      | UN X 12,90                    | 11,44 |           | 12,90     |             |

**TOTAL R\$ 65,10**

Dinheiro 65,10

Troco R\$ 94,90

OBSERVAÇÕES DO CONTRIBUINTE

Fonte: 104

Frit. apox. 00 2,15 Fed. e 1,10 Estadual

Fonte: 104 501/00

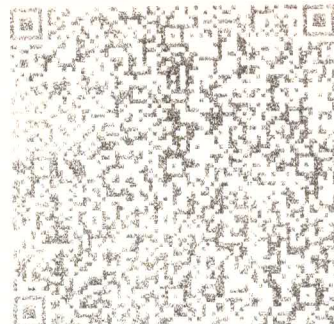
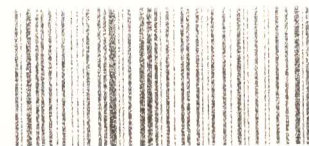
Operador: Brena

Abrevid: Brena Brena

Consumidor: 6234

SAT N.º 000760090  
01/03/2024 - 14:13:25

3524 0310 7000 5100 0001 5000 1415 5850 0009 9295 2503



Para mais informações, acesse o site: [www.fisco.gov.br](http://www.fisco.gov.br)  
ou o aplicativo: <https://play.google.com/store/apps/details?id=com.fisco>  
ou o aplicativo: <https://www.fisco.gov.br>



P.M. QUADRA

Fil. Nº 04

Fis. Nº 10

**PREFEITURA MUNICIPAL DE QUADRA**

Capital do Milho Branco

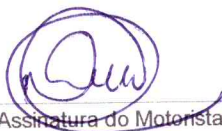
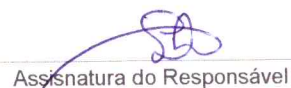
**RELATÓRIO DE VIAGEM**

Quadra, 01 de março de 2024

|               |          |
|---------------|----------|
| Veículo       | C3.      |
| Placas        | FYR 8J26 |
| Secretaria    | Saúde    |
| Motorista     | Aline    |
| Hora da Saída | 07:00h.  |
| Hora Chegada  | 16:00h.  |
| Km. Saída     |          |
| Km. Chegada   |          |
| Destino       | Sorocaba |
| Objetivo      | DRS.     |

Observações:

Reunião na DRS. Sorocaba.

  
Assinatura do Motorista  
Assinatura do Responsável





P.M. QUADRA

F. ... 04

Fls. Nº 11

A

Prefeitura Municipal de Quadra

*"Capital do Milho Branco"*

Paço Municipal José Darci Soares

Setor de Finanças / Tesouraria

**DUAT**

1º Via

Exercício: 2023

Código: -

DG: -

Nome: Aline Ap. de Paula M. de Oliveira

Endereço:

Município: Quadra - SP

Insc. Munic/Estad.:

CPF/Cnpj:

Data de Emissão: 4 março, 2024

Base Recolh. - Mês: - Ano: 2023

Movito. Tributário R\$: R\$ 0,00

☐ Plan. ☐ Gag. ☐ Arrec. ☐ Trib. ☐ D.At. ☒ Out.

| Tributo           | Ficha | Valor (R\$) |
|-------------------|-------|-------------|
| ITPU Territorial  | 7     | R\$ -       |
| IPTU Predial      | 6     | R\$ -       |
| Taxa Expediente   | 33    | R\$ -       |
| Taxas Diversas    | 0     | R\$ -       |
| ISS               | 14    | R\$ -       |
| Rec. Divida Ativa | 124   | R\$ -       |
| Diversos          | 121   | R\$ 136,24  |
| Patrulha Rural    | 159   | R\$ -       |
| Multas / Juros    | 114   | R\$ -       |
| TOTAL.....        |       | R\$ 136,24  |

Cadastro do Imóvel: -

Outros Dados:

Referência: Restituição - Numerário de Adiantamento

Empenho nº.: 1026/1

PM DE QUADRA  
PAGO

04 MAR 2024

ADNILSON FARIA  
Tesoureiro  
RG: 18.071.230-0

Autenticação - Vias 1 e 2 (Prefeitura), Via 3 (Contribuinte)

Rua José Carlos da Silveira, 36 - Jd. Sto. Antonio - CEP 18255-000  
Quadra - SP(15) 3253-9000  www.quadra.sp.gov.br

CNPJ: 01.612.145/0001-06



C.M. QUADRA  
F. N.º 04  
Fis. N.º 13  
A

**Prefeitura Municipal de Quadra**  
*"Capital do Milho Branco"*  
**Paço Municipal José Darci Soares**

**Interno**

**Ao:**

**Controle Interno**

**Gabinete do Prefeito:**

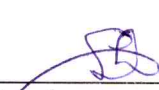
*Referente....: Prestação de Contas de Adiantamento*

*Requerente....: Aline Ap. de Paula M. de Oliveira*

**Defiro o Pedido.**

Encaminho ao setor de Controle Interno para emissão de Parecer acerca das despesas do adiantamento.

Quadra, 04 de Março de 2024.

  
\_\_\_\_\_  
**Lheonides de Oliveira Andrade**  
*Prefeita Municipal*





**PREFEITURA MUNICIPAL DE QUADRA**  
**DEPARTAMENTO DE FINANÇAS**  
**CONTABILIDADE**

Usuário: 42410735819  
Sistema CECAM  
Data: 12/03/2024 09:30:37  
(Página 1/1)

|                                                         |                                                      |                                 |                   |
|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|---------------------------------|-------------------|
| DATA                                                    | RESERVA Nº                                           | PROCESSO Nº/REQUISIÇÃO          | FICHA Nº          |
| 04/03/2024                                              | ANULAÇÃO PARCIAL/TOTAL. Nº 100472 (Ref.: 1026)       | /0                              | 169               |
| INTERESSADO                                             | CNPJ/C.P.F.                                          | BANCO                           | AGÊNCIA           |
| 1565 - ALINE APARECIDA DE PAULA MACHADO OLIVEIRA        |                                                      | -                               | -                 |
| ENDEREÇO                                                | CEP                                                  | TELEFONE                        |                   |
| R. CANDIDO JOSE DE OLIVEIRA, 158 - CENTRO - QUADRA - SP | 18255-000                                            | -                               |                   |
| EMAIL                                                   | LOCAL DE ENTREGA                                     | PRAZO ENTREGA                   |                   |
| LICITAÇÃO MODALIDADE Nº                                 | FUNDAMENTO LEGAL                                     | CONDIÇÕES DE PAGAMENTO          | VALIDADE PROPOSTA |
| OUTROS/NÃO APLICÁVEL - /0                               |                                                      |                                 |                   |
| ORGÃO                                                   | UNIDADE ORÇAMENTÁRIA                                 | UNIDADE EXECUTORA               | FUNÇÃO            |
| 02-PODER EXECUTIVO                                      | 02.05-SECRETARIA DE SAÚDE                            | 02.05.01 - ASSISTENCIA MEDICA G | 10                |
| PROJETO ATIVIDADE                                       | CATEGORIA ECONÔMICA                                  | ÁREA DE ATUAÇÃO                 | SUB FUNÇÃO        |
| 2004 - MANUTENÇÃO DA SAÚDE                              | 3.3.90.39.96 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIRO PESSOA JU | 0 -                             | 301               |
| DESTINAÇÃO DE RECURSOS                                  |                                                      |                                 | PROGRAMA          |
| 01.310.0000 - SAÚDE-GERAL                               |                                                      |                                 | 0007              |
| ATIVO NÃO FINANCEIRO                                    | REGIME                                               | CONTRATO                        |                   |
| PASSIVO NÃO FINANCEIRO                                  |                                                      | CONVÊNIO                        |                   |

| EMPENHO |        |        |        |        |        | O P./ANULAÇÃO ANTERIOR |        |        |         |         |         | VALOR DA ANULAÇÃO |        |        |        |        |        | SALDO  |        |
|---------|--------|--------|--------|--------|--------|------------------------|--------|--------|---------|---------|---------|-------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 500,00  |        |        |        |        |        | 0,00                   |        |        |         |         |         | 136,24            |        |        |        |        |        | 363,76 |        |
| COTA 1  | COTA 2 | COTA 3 | COTA 4 | COTA 5 | COTA 6 | COTA 7                 | COTA 8 | COTA 9 | COTA 10 | COTA 11 | COTA 12 | COTA 1            | COTA 2 | COTA 3 | COTA 4 | COTA 5 | COTA 6 | COTA 7 | COTA 8 |
| 0,00    | 0,00   | 136,24 | 0,00   | 0,00   | 0,00   | 0,00                   | 0,00   | 0,00   | 0,00    | 0,00    | 0,00    | 0,00              | 0,00   | 0,00   | 0,00   | 0,00   | 0,00   | 0,00   | 0,00   |

| VÍNCULOS |                          |        | CENTRO DE CUSTOS |                                |        |
|----------|--------------------------|--------|------------------|--------------------------------|--------|
| CÓDIGO   | DESCRIÇÃO                | VALOR  | CÓDIGO           | DESCRIÇÃO                      | VALOR  |
| 3        | FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE | 136,24 | 1                | SECRETARIA DA CAMARA MUNICIPAL | 136,24 |
| TOTAL    |                          | 136,24 | TOTAL            |                                | 136,24 |

| ITENS DA NOTA |        |            |         |                                                                         |  | VALOR UNITÁRIO | VALOR TOTAL |
|---------------|--------|------------|---------|-------------------------------------------------------------------------|--|----------------|-------------|
| ITEM          | CÓDIGO | QUANTIDADE | UNIDADE | ESPECIFICAÇÃO                                                           |  |                |             |
| 1             |        | 1,000      | UN      | REFERENTE A BAIXA DE RESPONSABILIDADE DO EMPENHO DE ADIANTAMENTO 1026/0 |  | 136,2400       | 136,24      |
|               |        |            |         | TOTAL                                                                   |  |                | 136,24      |

P.M. QUADRA  
Fls. Nº 04  
Fls. Nº 25  
A

04 / 03 / 2024

04 / 03 / 2024

ANDERSON GONÇALVES FAUSTINO  
CONTADOR  
1SP335601/O-6

LHEONIDES DE OLIVEIRA ANDRADE  
PREFEITA





**PREFEITURA MUNICIPAL DE QUADRA**  
**DEPARTAMENTO DE FINANÇAS**  
**CONTABILIDADE**

Usuário: 42410735819  
Sistema CECAM  
Data: 12/03/2024 09:30:37  
(Página 1/1)

|                                                  |                                                      |                                 |            |
|--------------------------------------------------|------------------------------------------------------|---------------------------------|------------|
| DATA                                             | RESERVA Nº                                           | PROCESSO Nº/REQUISIÇÃO          | FICHA Nº   |
| 04/03/2024                                       |                                                      | 10                              | 169        |
| INTERESSADO                                      | C.N.P.J/C.P.F                                        | BANCO                           | AGÊNCIA    |
| 1565 - ALINE APARECIDA DE PAULA MACHADO OLIVEIRA |                                                      | -                               | -          |
| ENDEREÇO                                         | CEP                                                  | TELEFONE                        |            |
| QUADRA - SP                                      | 18255-000                                            | -                               |            |
| EMAIL                                            | LOCAL DE ENTREGA                                     | PRAZO ENTREGA                   |            |
| LICITAÇÃO MODALIDADE Nº                          | FUNDAMENTO LEGAL                                     | CONDIÇÕES DE PAGAMENTO          | VENCIMENTO |
| OUTROS/NÃO APLICÁVEL - /0                        |                                                      |                                 | 02/02/2024 |
| ORGÃO                                            | UNIDADE ORÇAMENTÁRIA                                 | UNIDADE EXECUTORA               | FUNÇÃO     |
| 02-PODER EXECUTIVO                               | 02.05-SECRETARIA DE SAÚDE                            | 02.05.01 - ASSISTENCIA MEDICA G | 10         |
| PROJETO ATIVIDADE                                | CATEGORIA ECONÔMICA                                  | ÁREA DE ATUAÇÃO                 | SUB FUNÇÃO |
| 2004 - MANUTENÇÃO DA SAÚDE                       | 3.3.90.39.96 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIRO PESSOA JU | 0 -                             | 301        |
| DESTINAÇÃO DE RECURSOS                           |                                                      |                                 | PROGRAMA   |
| 01.310.0000 - SAÚDE-GERAL                        |                                                      |                                 | 0007       |
| ATIVO NÃO FINANCEIRO                             | REGIME                                               | CONTRATO                        |            |
| PASSIVO NÃO FINANCEIRO                           |                                                      | CONVÊNIO                        |            |

|         |                        |               |         |
|---------|------------------------|---------------|---------|
| EMPENHO | O.P./ANULAÇÃO ANTERIOR | VALOR DA O.P. | SALDO   |
| 500,00  | 136,24                 | 363,76        | 0,00    |
| COTA 1  | COTA 2                 | COTA 3        | COTA 4  |
| 0,00    | 0,00                   | 363,76        | 0,00    |
| COTA 5  | COTA 6                 | COTA 7        | COTA 8  |
| 0,00    | 0,00                   | 0,00          | 0,00    |
| COTA 9  | COTA 10                | COTA 11       | COTA 12 |
| 0,00    | 0,00                   | 0,00          | 0,00    |

| VÍNCULOS |                          |        | CENTRO DE CUSTOS |                          |        |
|----------|--------------------------|--------|------------------|--------------------------|--------|
| CÓDIGO   | DESCRIÇÃO                | VALOR  | CÓDIGO           | DESCRIÇÃO                | VALOR  |
| 3        | FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE | 363,76 | 15               | ASSISTENCIA MEDICA GERAL | 363,76 |
| TOTAL    |                          | 363,76 | TOTAL            |                          | 363,76 |

| ITENS DA NOTA |        |            |         |                                                                         | VALOR UNITÁRIO | VALOR TOTAL |
|---------------|--------|------------|---------|-------------------------------------------------------------------------|----------------|-------------|
| ITEM          | CÓDIGO | QUANTIDADE | UNIDADE | ESPECIFICAÇÃO                                                           |                |             |
| 1             |        | 1,000      | UN      | REFERENTE A BAIXA DE RESPONSABILIDADE DO EMPENHO DE ADIANTAMENTO 1026/0 | 363,7600       | 363,76      |
| TOTAL         |        |            |         |                                                                         |                | 363,76      |

F.M. QUADRA  
F. N.º 04  
Fis. N.º 16  
A

PAGUE-SE A IMPORTÂNCIA CONSTANTE DA PRESENTE ORDEM DE PAGAMENTO

04 / 03 / 2024

04 / 03 / 2024

ANDERSON GONÇALVES FAUSTINO  
CONTADOR  
1SP335601/O-6

LHEONIDES DE OLIVEIRA ANDRADE  
PREFEITA

RECIBO  
RECEBI da(O) PREFEITURA MUNICIPAL DE QUADRA  
A IMPORTÂNCIA DE trezentos e sessenta e três reais e setenta e seis centavos

CONSTANTE DESTA DOCUMENTO E NOTA FISCAL Nº

PARA MAIOR CLAREZA FIRMO O PRESENTE RECIBO

QUADRA, DE DE

Nome

RG

DESPESA PAGA  
BANCO

CONTA

CHEQUE Nº

BC Nº

TESOUREIRO  
ADNILSON FARIA



**Prefeitura Municipal de Quadra**  
"Capital do Milho Branco"  
**Paço Municipal José Darci Soares**

**Interno**

**REF: Prestação de Contas – Conta Adiantamento**  
**Empenho nº. 1026/1**

**Processo 04/2024**

**Requerente: Sra. Aline Ap. de Paula M. Oliveira**

Face à documentação em anexo, e conforme Instrução 02/98, item XXXIII, do Egrégio Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, bem como o artigo 68 da Lei 4.320/64 e Comunicado SDG nº 19/2010, e em conformidade com o setor de contabilidade, emito **PARECER FAVORÁVEL À APROVAÇÃO** das despesas apresentadas.

Sem mais, é o que me cumpre informar.

Quadra, 04 de Março de 2024.

  
**Luciano Perez**  
**Controle Interno**



P.M. QUADRA  
Fol. ... 04  
Fls. Nº 12  
A

**Prefeitura Municipal de Quadra**  
*"Capital do Milho Branco"*  
**Paço Municipal José Darci Soares**

**Interno**

**Ao**

**Gabinete do Prefeito**

Ilma. Sr<sup>a</sup>.

**Lheonides de Oliveira Andrade.**

M.D. Prefeita Municipal de Quadra.

Referente: **Prestação de Contas de Adiantamento.**

Pelo Presente, **Aline Ap. de Paula M. de Oliveira**, servidor (a) público (a) desta municipalidade, ocupante do cargo de Diretora de Saúde, vem mui respeitosamente apresentar a V.S.<sup>a</sup> a prestação de contas do adiantamento nº **04/2024, recebida em 02 de fevereiro de 2024**, conforme os documentos apresentados de antemão a esse documento.

Nestes Termos,

P. Deferimento.

Quadra, 04 de Março de 2024.

**Aline Ap. de Paula M. de Oliveira**  
*Diretora de Saúde*