

Prestação de Contas - Completa

Transfêrencia: 00008/2019-6 - Termo de Convênio	Prestação: 3 - Parcial
Órgão/Repartição: ASSOCIACAO BENEFICENTE SANTA TERESINHA	
Concedente: Fundo Municipal de Saúde de Grão-Pará	
Responsável: ***.763.349-** - Pedro Michels Neto (Presidente)	
Tesoureiro: ***.537.899-** - Renato Uliano Perin	
Situação: Em Montagem	
Observação:	

Parcelas

Empenho: 1040/2024 - 25/06/2024	Ordem: 1027/2024 - 27/06/2024	Valor: R\$14.852,89
Empenho: 1040/2024 - 25/06/2024	Ordem: 1027/2024 - 27/06/2024	Valor: R\$14.852,89

Ingressos

Tipo: Contrapartida	Data: 27/06/2024	Valor: R\$23,02
Histórico:		

Despesa 1

Processo Contratação: Não se aplica
Tipo Aquisição: Sem tipo aquisição - Contrato: Sem contrato
Tipo Doc.: Nota Fiscal - 492 - 07/06/2024
Favorecido: 34.282.003/0001-87 - Integral Saude Serviços Medicos Ltda
Endereço: Rua Jacob May, Nº 40 - Centro - Termas do Gravatal - Gravatal
Observação:

Prestação de Contas - Completa

Comprovante da despesa 1 - Página 1 de 2.

07/06/2024, 11:17

Nota Fiscal de Serviço Eletrônica - Série NFS-e Nº 492

INTEGRAL SAUDE SERVIÇOS MEDICOS LTDA CNPJ: 34.282.003/0001-87 Rua JACOB ARNOLDO MAY, 40 CEP: 88735-000 - Bairro: CENTRO Município: GRAVATAL - SC Insc. Municipal: 150711		Número da NFS-e 492								
		Situação Emitido								
Nota Fiscal de Serviço Eletrônica - Série NFS-e										
 PREFEITURA MUNICIPAL DE GRAVATAL SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e		Autenticidade 0181210001556148								
		Data Emissão 07/06/2024	Hora Emissão 11:17:12							
TOMADOR DO SERVIÇO										
Razão Social ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE SANTA TERESINHA		CPF/CNPJ 86.437.845/0001-64								
Endereço JACOB BATISTA ULIANO		Número 1370								
Bairro CENTRO		CEP 88730-000								
		Cidade - Estado BRACO DO NORTE - SC								
DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS										
Serviço	Quant.	Unid.	Vlr. Unid.	Local Prest.	Alíquota	Sit. Trib.	Vlr. Trib.	Dedução	Vlr. ISSRF	
403	1,00	Qde	6.172,8000	8053	2.5000 %	TI	6.172,80	0,00	0,00	
Descrição do Serviço: PAGAMENTO SOBREAVISO CLINICA MÉDICA. DRA. JULIA BERTO.										
Base de Cálculo 6.172,80		Valor ISSQN SIMPLES NACIONAL		Valor ISSRF 0,00		Desconto 0,00		Valor Total 6.172,80		Valor Líquido 6.172,80
IR 0,00		INSS 0,00		CSLL 0,00		COFINS 0,00		PIS 0,00		Retenção para a Previdência Social 0,00
Descrição dos subitens da lista de serviço em acordo com Lei Complementar 116/03 403 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.										
Legenda do local da prestação do serviço 8053 - BRACO DO NORTE - SC										
Outras Informações TI - Tributada Integralmente. Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional. Não gera direito a crédito fiscal de IPI (403) Serviço Tributado no município do prestador. Autorização para emissão de Nota Fiscal de Serviço Eletrônica: 25/2019 de 30/08/2019. A data de vencimento do ISS quando o mesmo for devido no município do Prestador: 15/07/2024. A veracidade das informações declaradas na NFS-e podem ser consultadas no site: sc.nfs-e.net. Valor aproximado dos tributos: Federais R\$ 830,24 (13.4500%), Estaduais R\$ 0,00 (0.0000%), Municipais R\$ 211,11 (3.4200%), com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - Fonte: IBPT. Usuário responsável pela emissão: 34.282.003/0001-87 - INTEGRAL SAUDE SERVIÇOS MEDICOS LTDA										

Software FiscalWeb-IPM Sistemas - Protegido por Lei.

Documento seguro, emitido com gravação automática no servidor de banco de dados do Município.


Márcia Bentes Lima
Analista Tributária
CPF: 030.412.424-08
Hospital Santa Teresinha
GRAVATAL - SC

Prestação de Contas - Completa

Comprovante da despesa 1 - Página 2 de 2.

27/06/2024, 19:13

Unicred - Internet Banking
27/06/2024 19:12:59
UNICRED CENTRO-SUL

Comprovante de Transferência entre Contas

Conta: 2210398 Usuário: PEDRO
Cooperado: HOSPITAL SANTA TERESINHA

Conta Débito: 2210398
Creditado: INTEGRAL SAUDE SERV MEDICO
Cooperativa: 566
Conta Crédito: 74535
Finalidade: Crédito em Conta
Data: 27/06/2024
Valor: R\$ 6.172,80

Autenticação Documento:
063767633322012450391338711

Cooperado Unicred, utilize o Débito
Automático para pagamento de suas contas

CENTRAL DE RELACIONAMENTO
Capitais e regiões metropolitanas 3003 7703
Demais regiões 0800 200 7302
No exterior +55 11 3003 7703
SAC 0800 647 2930
OUVIDORIA 0800 940 0602

Prestação de Contas - Completa

Itens da despesa 1		
Qtd: 1,00 Un. Medida: UNIDADE	Valor Total: R\$ 23,02	Valor Unit.: R\$ 23,02
Descrição: Manutenção de regime de sobreaviso médico.		
Qtd: 1,00 Un. Medida: UNIDADE	Valor Total: R\$ 6.149,78	Valor Unit.: R\$ 6.149,78
Descrição: Manutenção de regime de sobreaviso médico.		
Pagamentos da despesa 1		
Vencimento: 27/06/2024	Valor: 6.172,80	Pagamento: 27/06/2024 N° Op. Bancária:
Arquivo do pagamento está junto com o comprovante da despesa.		

Prestação de Contas - Completa

Despesa 2

Processo Contratação: Não se aplica
Tipo Aquisição: Sem tipo aquisição - Contrato: Sem contrato
Tipo Doc.: Nota Fiscal - 1509 - 10/06/2024
Favorecido: 11.304.091/0001-75 - Clinica Medica Braconortense Ltda
Endereço: Rua Bernardo Locks Nº46 , Centro - Braço do Norte
Observação:

Comprovante da despesa 2 - Página 1 de 2.

Esta nota fiscal não foi assinada digitalmente. Página: 1/1

 PREFEITURA MUNICIPAL DE BRAÇO DO NORTE NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS	Número do RPS	Número da nota
	1509	
	Data da emissão da nota	
	10/06/2024 09:52:10	
Data do fato gerador		10/06/2024 09:52:10
Código de verificação		RJUTLBEHU

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia: _____
Nome/Razão social: CLINICA MEDICA BRAÇONORTENSE LTDA
CPF/CNPJ: 11.304.091/0001-75 Inscrição municipal: 2834
Endereço: R BERNARDO LOCKS Número: 46 Bairro: Centro CEP: 88750-000
Complemento: SALA 02
Município: Braço do Norte UF: SC
E-mail: FINANCEIRO.HST@MATRIX.COM.BR Site: _____
Inscrição estadual: _____
Telefone: (48) 3658-6501
Celular: _____

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia: HOSPITAL SANTA TERESINHA
Nome/Razão social: ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE SANTA TERESINHA
CPF/CNPJ: 86.437.845/0001-64 Inscrição municipal: _____ Inscrição estadual: ISENTA
Endereço: Rua JACO BATISTA ULIANO Número: 1370 Bairro: CENTRO CEP: 88750-000
Complemento: _____
Município: Braço do Norte UF: SC
E-mail: _____
Telefone: _____
Celular: _____

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

	Valor unitário	Qtd	Valor do serviço	Base de cálculo (%)	ISS
Complemento sobreaviso ginecologia/obstetrícia 05/2024	1.080,0000	1,0000	1.080,0000	x =	

Forma de Pagamento

Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)
1		À vista	1.080,00								

RETENÇÕES FEDERAIS

PIS/PASEP	COFINS	INSS	IR	CSLL	Outras retenções
R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00

Valor bruto = R\$ 1.080,00 **Valor líquido = R\$ 1.080,00**

Códigos dos serviços:
04.01 - Medicina e biomedicina.

Desc. condicionado(R\$)	Desc. incondicionado(R\$)	Deduções(R\$)	Base de cálculo(R\$)	Valor ISS(R\$)
0,00	0,00	0,00		

OUTRAS INFORMAÇÕES

Natureza da operação: Tributação no município
Situação tributária do ISSQN: Normal
Local da prestação do serviço: Braço do Norte

Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei Complementar Municipal nº 031/2005
Prestador de serviços optante pelo Simples Nacional.
Situação desta NFS-e: Normal
Documento emitido por ME ou EPP optante pelo simples Nacional.

Valor aproximado do tributo federal - R\$ 145,26 (13,45%), estadual - R\$ 0,00 (0,00%), municipal - R\$ 22,79 (2,11%), com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - Fonte: IBPT

LANÇADO


Verificar autenticidade

Nozama

Prestação de Contas - Completa

Comprovante da despesa 2 - Página 2 de 2.

27/06/2024, 19:13

Unicred - Internet Banking



Precisamos de sua revisão para as configurações de privacidade. [Verifique agora.](#)

Dados da transação
ID/Transação: E000758472024062722102425751
2163
Valor do Pix: R\$ 1.080,00
Data da transferência: 27/06/2024
Data/Hora da operação: 27/06/2024 19:28:36
Descrição: -

Dados do recebedor
Instituição: BCO DO BRASIL S.A.
Nome: CLINICA MEDICA BRACONORTENSE LTDA
CPF/CNPJ: **.04.091/0001-**

Dados do pagador
Instituição: CC UNICRED CENTRO-SUL LTDA - U
ICRED CENTRO-SUL
Nome: HOSPITAL SANTA TERESINHA
CPF/CNPJ: **.37.845/0001-**

CENTRAL DE RELACIONAMENTO

Capitais e regiões metropolitanas 3003 7703

Demais regiões 0800 200 7302

No exterior +55 11 3003 7703

SAC 0800 647 2930

OUVIDORIA 0800 940 0602

Prestação de Contas - Completa

Itens da despesa 2		
Qtd: 1,00 Un. Medida: UNIDADE	Valor Total: R\$ 1.080,00	Valor Unit.: R\$ 1.080,00
Descrição: Manutenção de regime de sobreaviso médico.		
Pagamentos da despesa 2		
Vencimento: 27/06/2024	Valor: 1.080,00	Pagamento: 27/06/2024 N° Op. Bancária:
Arquivo do pagamento está junto com o comprovante da despesa.		

Prestação de Contas - Completa

Despesa 3

Processo Contratação: Não se aplica
Tipo Aquisição: Sem tipo aquisição - Contrato: Sem contrato
Tipo Doc.: Nota Fiscal - 1510 - 10/06/2024
Favorecido: 11.304.091/0001-75 - Clinica Medica Braconortense Ltda
Endereço: Rua Bernardo Locks Nº46 , Centro - Braço do Norte
Observação:

Comprovante da despesa 3 - Página 1 de 2.

Esta nota fiscal não foi assinada digitalmente. Página 1/1

	PREFEITURA MUNICIPAL DE BRAÇO DO NORTE		Número do RPS	Número da nota							
	NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS			1510							
	PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS		Data da emissão da nota	10/06/2024 09:54:00							
			Data do fato gerador	10/06/2024 09:54:00							
			Código de verificação	6DBRREN0F							
PRESTADOR DE SERVIÇOS											
Nome fantasia: _____ Nome/Razão social: CLINICA MEDICA BRAÇONORTENSE LTDA CPF/CNPJ: 11.304.091/0001-75 Inscrição municipal: 2834 Endereço: R BERNARDO LOCKS Número: 46 Bairro: Centro CEP: 88750-000 Complemento: SALA 02 Município: Braço do Norte UF: SC E-mail: FINANCEIRO.HST@MATRIX.COM.BR Site: _____ Inscrição estadual: _____ Telefone: (48) 3658-6501 Celular: _____											
TOMADOR DE SERVIÇOS											
Nome fantasia: HOSPITAL SANTA TERESINHA Nome/Razão social: ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE SANTA TERESINHA CPF/CNPJ: 86.437.845/0001-64 Inscrição municipal: _____ Inscrição estadual: ISENTA Endereço: Rua JACO BATISTA ULIANO Número: 1370 Bairro: CENTRO CEP: 88750-000 Complemento: _____ Município: Braço do Norte UF: SC E-mail: _____ Telefone: _____ Celular: _____											
DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS											
	Valor unitário	Qty	Valor do serviço	Base de cálculo (%)	ISS						
Sobreaviso ginecologia/obstetria 05/2024	14.760,0000	1,0000	14.760,0000	x =							
Forma de Pagamento											
Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)
1		À vista	14.760,00								
RETENÇÕES FEDERAIS											
PIS/PASEP	COFINS	INSS	IR	CSLL	Outras retenções						
R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00						
Valor bruto = R\$ 14.760,00			Valor líquido = R\$ 14.760,00								
Códigos dos serviços: 04.01 - Medicina e biomedicina.											
Desc. condicionado(R\$)	Desc. incondicionado(R\$)	Deduções(R\$)	Base de cálculo(R\$)	Valor ISS(R\$)							
0,00	0,00	0,00									
OUTRAS INFORMAÇÕES											
Natureza da operação: Tributação no município Situação tributária do ISSQN: Normal Local da prestação do serviço: Braço do Norte											
Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei Complementar Municipal nº 031/2005 Prestador de serviços optante pelo Simples Nacional. Situação desta NFS-e: Normal Documento emitido por ME ou EPP optante pelo simples Nacional.											
Valor aproximado do tributo federal - R\$ 1.985,22 (13,45%), estadual - R\$ 0,00 (0,00%), municipal - R\$ 311,44 (2,11%) , com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - Fonte: IBPT											

Nozourno

Prestação de Contas - Completa

Comprovante da despesa 3 - Página 2 de 2.

27/06/2024, 19:13

Unicred - Internet Banking



Precisamos de sua revisão para as configurações de privacidade. [Verifique agora.](#)

Dados da transação
ID/Transação: E000758472024062722074910121
8459
Valor do Pix: R\$ 14.760,00
Data da transferência: 27/06/2024
Data/Hora da operação: 27/06/2024 19:21:48
Descrição: -

Dados do recebedor
Instituição: BCO DO BRASIL S.A.
Nome: CLINICA MEDICA BRACONORTENSE LTDA
CPF/CNPJ: **.04.091/0001-**

Dados do pagador
Instituição: CC UNICRED CENTRO-SUL LTDA - U
ICRED CENTRO-SUL
Nome: HOSPITAL SANTA TERESINHA
CPF/CNPJ: **.37.845/0001-**

CENTRAL DE RELACIONAMENTO
Capitais e regiões metropolitanas 3003 7703
Demais regiões 0800 200 7302
No exterior +55 11 3003 7703
SAC 0800 647 2930
OUVIDORIA 0800 940 0602

Prestação de Contas - Completa

Itens da despesa 3		
Qtd: 1,00 Un. Medida: UNIDADE	Valor Total: R\$ 14.760,00	Valor Unit.: R\$ 14.760,00
Descrição: Manutenção de regime de sobreaviso médico.		
Pagamentos da despesa 3		
Vencimento: 27/06/2024	Valor: 14.760,00	Pagamento: 27/06/2024 N° Op. Bancária:
Arquivo do pagamento está junto com o comprovante da despesa.		

Prestação de Contas - Completa

Despesa 4

Processo Contratação: Não se aplica
Tipo Aquisição: Sem tipo aquisição - Contrato: Sem contrato
Tipo Doc.: Nota Fiscal - 279 - 11/06/2024
Favorecido: 34.547.889/0001-43 - Margotti Serviços Medicos Ltda
Endereço: Rua João Eloi Schmidt Nº 73
Observação:

Comprovante da despesa 4 - Página 1 de 2.

Esta nota fiscal não foi assinada digitalmente. Página 1/1

 PREFEITURA MUNICIPAL DE BRAÇO DO NORTE NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS	Número do RPS	Número da nota
	279	
	Data da emissão da nota	
	11/06/2024 11:10:45	
Data do fato gerador		11/06/2024 11:10:45
Código de verificação		J67PTFJ5S

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia:	Nome/Razão social: MARGOTTI SERVICOS MEDICOS LTDA	Inscrição estadual:
CPF/CNPJ: 34.547.889/0001-43	Inscrição municipal: 9922	Telefone:
Endereço: R. JOÃO ELOI SCHMIDT Número: 287 Bairro: Centro CEP: 88750-000		Celular:
Complemento:	Município: Braço do Norte UF: SC	Site:
E-mail: leonardomargotti@gmail.com		

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia: HOSPITAL SANTA TERESINHA	Nome/Razão social: ASSOCIACAO BENEFICENTE SANTA TERESINHA	Inscrição estadual:
CPF/CNPJ: 86.437.845/0001-64	Inscrição municipal: 03186	Telefone: (48) 3658-2244
Endereço: JACÓ BATISTA ULIANO Número: 1370 Bairro: CENTRO CEP: 88750-000		Celular: (48) 99902-1425
Complemento:	Município: Braço do Norte UF: SC	
E-mail: sbst@matrix.com.br		

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

	Valor unitário	Qtd	Valor do serviço	Base de cálculo (%)	ISS
Pagamento Sobreaviso Ortopedia .	2.700,6000	1,0000	2.700,6000	x =	
Pagamento Sobreaviso Ortopedia Noite 1 .	4.243,8000	1,0000	4.243,8000	x =	
Pagamento Sobreaviso Ortopedia Tarde .	771,6000	1,0000	771,6000	x =	

Forma de Pagamento

Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)
1	À vista		7.716,00				

RETENÇÕES FEDERAIS

PIS/PASEP	COFINS	INSS	IR	CSLL	Outras retenções
R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
Valor bruto = R\$ 7.716,00			Valor líquido = R\$ 7.716,00		

Códigos dos serviços:
04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.

Desc. condicionado(R\$)	Desc. incondicionado(R\$)	Deduções(R\$)	Base de cálculo(R\$)	Valor ISS(R\$)
0,00	0,00	0,00		

OUTRAS INFORMAÇÕES

Natureza da operação: Tributação no município
Situação tributária do ISSQN: Normal
Local da prestação do serviço: Braço do Norte

Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei Complementar Municipal nº 031/2005
Prestador de serviços optante pelo Simples Nacional.
Situação desta NFS-e: Normal
Documento emitido por ME ou EPP optante pelo simples Nacional.

Valor aproximado do tributo federal - R\$ 1.037,80 (13,45%), estadual - R\$ 0,00 (0,00%), municipal - R\$ 160,49 (2,08%), com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - Fonte: IBPT


Verificar autenticidade



Prestação de Contas - Completa

Comprovante da despesa 4 - Página 2 de 2.

27/06/2024, 19:13

Unicred - Internet Banking



Precisamos de sua revisão para as configurações de privacidade. [Verifique agora.](#)

27/06/2024 19:12:59

UNICRED CENTRO-SUL

Comprovante de Transferência entre Contas

Conta: 2210398 Usuário: PEDRO
Cooperado: HOSPITAL SANTA TERESINHA

Conta Débito: 2210398
Creditado: MARGOTTI SERV MEDICOS
Cooperativa: 566
Conta Crédito: 74675
Finalidade: Crédito em Conta
Data: 27/06/2024
Valor: R\$ 7.716,00

Autenticação Documento:
26873763322012450391338714

Cooperado Unicred, utilize o Débito
Automático para pagamento de suas contas

CENTRAL DE RELACIONAMENTO
Capitais e regiões metropolitanas 3003 7703
Demais regiões 0800 200 7302
No exterior +55 11 3003 7703
SAC 0800 647 2930
OUVIDORIA 0800 940 0602

Prestação de Contas - Completa

Itens da despesa 4		
Qtd: 1,00 Un. Medida: UNIDADE	Valor Total: R\$ 7.716,00	Valor Unit.: R\$ 7.716,00
Descrição: Manutenção de regime de sobreaviso médico.		
Pagamentos da despesa 4		
Vencimento: 27/06/2024	Valor: 7.716,00	Pagamento: 27/06/2024 N° Op. Bancária:
Arquivo do pagamento está junto com o comprovante da despesa.		

BALANCETE DE PRESTAÇÃO DE CONTAS DE RECURSOS ANTECIPADOS

Prestação Número: 3	Data Prestação: 08/07/2024	Anexo TC-28
Órgão/Repartição: ASSOCIACAO BENEFICENTE SANTA TERESINHA		
Responsável: Pedro Michels Neto		CPF: ***.763.349-**
Cargo: Presidente		
Ordem Pagto nº: 1027/2024	Data Pagto: 27/06/2024	Importância de: R\$ 14.852,89
Empenho nº: 1040/2024	Data: 25/06/2024	
Histórico: PELA TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS FINANCEIROS À SOCIEDADE BENEFICENTE SANTA TERESINHA, PARA MANUTENÇÃO DO REGIME DE SOBREAVISO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS, NOS TERMOS DO 6º TERMO ADITIVO AO CONVÊNIO 8/2019. OBS.: REF. PARCELAS 05 E 06/12 DADOS PARA DEPÓSITO: BANCO 136 - UNICRED; AG. 1405-2; C.C. 221039-8		
Ordem Pagto nº: 1027/2024	Data Pagto: 27/06/2024	Importância de: R\$ 14.852,89
Empenho nº: 1040/2024	Data: 25/06/2024	
Histórico: PELA TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS FINANCEIROS À SOCIEDADE BENEFICENTE SANTA TERESINHA, PARA MANUTENÇÃO DO REGIME DE SOBREAVISO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS, NOS TERMOS DO 6º TERMO ADITIVO AO CONVÊNIO 8/2019. OBS.: REF. PARCELAS 05 E 06/12 DADOS PARA DEPÓSITO: BANCO 136 - UNICRED; AG. 1405-2; C.C. 221039-8		

Nº	Data	Razão Social/Histórico	Nº do Doc.	Recebimentos	Pagamentos
1	27/06/2024	Parcela 3 - 1027/2024		14.852,89	
2	27/06/2024	Parcela 4 - 1027/2024		14.852,89	
3	27/06/2024	Contrapartida		23,02	
4	27/06/2024	11.304.091/0001-75 Clinica Medica Braconortense Ltda	1510		14.760,00
5	27/06/2024	11.304.091/0001-75 Clinica Medica Braconortense Ltda	1509		1.080,00
6	27/06/2024	34.547.889/0001-43 Margotti Serviços Medicos Ltda	279		7.716,00
7	27/06/2024	34.282.003/0001-87 Integral Saude Serviços Medicos Ltda	492		6.172,80
TOTALIS				29.728,80	29.728,80

Braço do Norte/SC, 08/07/2024.

Recurso recebido	29.705,78	
Saldo anterior	0,00	
Rendimentos	0,00	
Recursos próprios	23,02	Pedro Michels Neto - CPF: ***.763.349-**
Total entradas	29.728,80	Responsável
Pagamentos	29.728,80	
Devoluções	0,00	
Total saídas	29.728,80	
Recurso recebido não utilizado	0,00	Renato Uliano Perin - CPF: ***.537.899-**
Saldo	0,00	Tesoureiro/Contador

Reservado ao Controle - Município de Grão-Pará		
Recebi em ___/___/___ esta prestação de contas, e os documentos conferem com o presente balancete, não apresentando nenhuma rasura, alteração ou falsificação.	Conferido e Lançado	Visto
Empenho Nº: _____ Data ___/___/___	_____	_____
OP Nº: _____ Data ___/___/___		

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO CUMPRIMENTO DO OBJETO

ASSOCIACAO BENEFICENTE SANTA TERESINHA	Termo de Convênio
86.437.845/0001-64	00008/2019-6

TIPO DA PRESTAÇÃO DE CONTAS: Parcial
EXECUÇÃO DO CONVÊNIO DE: 01/01/2024 A 31/12/2024

RELATÓRIO CONSUBSTANCIADO:			
AÇÕES PROGRAMADAS/AÇÕES EXECUTADAS:(de acordo com proposto plano de trabalho)			
DESCRIÇÃO	PROGRAMADO (quantidade)	EXECUTADO	% EXECUÇÃO

Relatório de execução de atividades da Entidade, contendo especificamente relatório sobre a execução do objeto, bem como comparativo entre as metas propostas e os resultados alcançados.

ASSINATURA		
08/07/2024	_____	_____
DATA	NOME DO DIRIGENTE/REP. LEGAL	ASSINATURA