

Prestação de Contas - Completa

| | |
|---|------------------------|
| Transfêrencia: 00008/2019-6 - Termo de Convênio | Prestação: 4 - 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: 1288/2024 - 23/07/2024 | Ordem: 1241/2024 - 25/07/2024 | Valor: R\$14.852,89 |
| Empenho: 1288/2024 - 23/07/2024 | Ordem: 1241/2024 - 25/07/2027 | Valor: R\$14.852,89 |

Ingressos

| | | |
|---------------------|------------------|-----------------|
| Tipo: Contrapartida | Data: 25/07/2024 | Valor: R\$88,68 |
| Histórico: | | |

Despesa 1

| |
|--|
| Processo Contratação: Não se aplica |
| Tipo Aquisição: Sem tipo aquisição - Contrato: Sem contrato |
| Tipo Doc.: Nota Fiscal - 385 - 04/07/2024 |
| Favorecido: 42.364.301/0001-44 - Medflor Gestão Hospitalar e Serviços Médicos Ltda |
| Endereço: Rua Souza Dutra, 145, sala 1003 SB02, Estreito, CEP: 88.070-605, Florianópolis/SC. |
| Observação: |

Prestação de Contas - Completa

Comprovante da despesa 1 - Página 1 de 2.

| Cód. Atividade | (Descrição CNAE) Descrição do Serviço | CST | Aliq. | Valor Unitário | Qtde | Valor Total |
|----------------|---|-----|-------|----------------|------|--------------|
| 8610102 | (ATIVIDADES DE ATENDIMENTO EM PRONTO-SOCORRO E UNIDADES HOSPITALARES PARA ATENDIMENTO A URGÊNCIAS) PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MEDICOS. COMPETENCIA PERÍODO DE JUNHO DE 2024. DRA RIGANA OLIVEIRA DE MEDEIROS - CRM/SC 28528. | 0 | 2,00 | R\$ 2.210,40 | 1 | R\$ 2.210,40 |

| Cálculo do Imposto | | | | |
|--------------------------|----------------|------------------------------|-----------------------|--------------------------|
| Base de Cálculo de ISSQN | Valor do ISSQN | Base de Cálculo ISSQN Subst. | Valor do ISSQN Subst. | Valor Total dos Serviços |
| R\$ 2.210,40 | R\$ 44,21 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 2.210,40 |

Dados adicionais

RETENÇÕES DE IMPOSTO FEDERAL PELO TOMADOR: IR 1,5% = R\$ 33,16 / PIS 0,65% = R\$ 14,37 / COFINS 3,0% = R\$ 66,31 / CSLL 1,0% = R\$ 22,10 == VALOR TOTAL LIQUIDO DA NOTA FISCAL PARA PAGAMENTO = R\$ 2.074,46. *****PAGAMENTO: VIA TRANSFERENCIA PARA BANCO (085) CREDIFOZ AGENCIA 0109 CONTA CORRENTE 79557-7. OU PIX PELO CHAVE CNPJ.

| | |
|--|---|
| DANFPS-E - DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ELETRÔNICA | A VALIDADE E AUTENTICIDADE DESTES DOCUMENTOS AUXILIAR DA NOTA FISCAL DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO ELETRÔNICA PODERÃO SER COMPROVADAS MEDIANTE CONSULTA À PÁGINA DA SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA - SMF NA INTERNET. NO ENDEREÇO portal.pref.sc.gov.br/ntes/hotaleletronica . EM VERIFICAR AUTENTICIDADE >> PRODUÇÃO. INFORMANDO O CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO 32667233549616DF E O NÚMERO DE INSCRIÇÃO DO EMITENTE NO CADASTRO MUNICIPAL DE CONTRIBUINTES - CMC: 5843103 |
|--|---|

LANCADO
PAGO
Maringa Mendes Borges
CPF: 030.900.908-00
Hospital Santa Teresinha

Prestação de Contas - Completa

Comprovante da despesa 1 - Página 2 de 2.

29/07/2024, 13:43

Unicred - Internet Banking



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

Dados da transação

ID/Transação: E000758472024072916392065879
4394
Valor do Pix: R\$ 2.074,46
Data da transferência: 29/07/2024
Data/Hora da operação: 29/07/2024 13:45:41
Descrição: -

Dados do recebedor

Instituição: CC DA FOZ DO RIO ITAJAÍ AÇU
Nome :
MEDFLOR GESTAO HOSPITALAR E SERVICOS MEDICOS
LTDA
CPF/CNPJ: **.64.301/0001-**

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 1 | | |
|---|------------------------------|--|
| Qtd: 1,00 Un. Medida: UNIDADE | Valor Total: R\$ 2.074,46 | Valor Unit.: R\$ 2.074,46 |
| Descrição: Manutenção de regime de sobreaviso médico. | | |
| Pagamentos da despesa 1 | | |
| Vencimento: 29/07/2024 | Valor: 2.074,46 | Pagamento: 29/07/2024 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 - 1524 - 05/07/2024
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 | | Número do RPS | Número da nota | | | | | | | |
| | NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS | | | 1524 | | | | | | | |
| | PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS | | Data da emissão da nota | 05/07/2024 08:03:31 | | | | | | | |
| | | | Data do fato gerador | 05/07/2024 08:03:31 | | | | | | | |
| | | Código de verificação | D6PGJGDGC | | | | | | | | |
| PRESTADOR DE SERVIÇOS | | | | | | | | | | | |
| Nome fantasia: _____ | | | | | | | | | | | |
| Nome/Razão social: CLINICA MEDICA BRAÇONORTENSE LTDA Inscrição estadual: _____ | | | | | | | | | | | |
| CPF/CNPJ: 11.304.091/0001-75 Inscrição municipal: 2834 Telefone: (48) 3658-6501 | | | | | | | | | | | |
| Endereço: R BERNARDO LOCKS Número: 46 Bairro: Centro CEP: 88750-000 | | | | | | | | | | | |
| Complemento: SALA 02 Celular: _____ | | | | | | | | | | | |
| Município: Braço do Norte UF: SC | | | | | | | | | | | |
| E-mail: FINANCEIRO.HST@MATRIX.COM.BR Site: _____ | | | | | | | | | | | |
| TOMADOR DE SERVIÇOS | | | | | | | | | | | |
| Nome fantasia: HOSPITAL SANTA TERESINHA | | | | | | | | | | | |
| Nome/Razão social: ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE SANTA TERESINHA Inscrição estadual: ISENTO | | | | | | | | | | | |
| CPF/CNPJ: 86.437.845/0001-64 Inscrição municipal: _____ | | | | | | | | | | | |
| 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/obstetrícia 06/24 - 157 horas . | 9.420,0000 | 1,0000 | 9.420,0000 | x = | | | | | | | |
| Forma de Pagamento | | | | | | | | | | | |
| Parcela | Vencimento | Tipo | Valor (R\$) | Parcela | Vencimento | Tipo | Valor (R\$) | Parcela | Vencimento | Tipo | Valor (R\$) |
| 1 | | À vista | 9.420,00 | | | | | | | | |
| 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\$ 9.420,00 | | | Valor líquido = R\$ 9.420,00 | | | | | | | | |
| 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 | | | | | |  Verificar autenticidade | | | | | |
| 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\$ 1.266,99 (13,45%), estadual - R\$ 0,00 (0,00%), municipal - R\$ 198,76 (2,11%) , com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - Fonte: IBPT | | | | | | | | | | | |


PAGO
Marina Borina Borges
Abelista
CPF: 0244098
H-12

Prestação de Contas - Completa

Comprovante da despesa 2 - Página 2 de 2.

29/07/2024, 13:43

Unicred - Internet Banking



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

Dados da transação

ID/Transação: E000758472024072916381821242
4138
Valor do Fix: R\$ 9.420,00
Data da transferência: 29/07/2024
Data/Hora da operação: 29/07/2024 13:45:11
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

OUIDORIA 0800 940 0602

Prestação de Contas - Completa

| Itens da despesa 2 | | |
|---|---------------------------|--|
| Qtd: 1,00 Un. Medida: UNIDADE | Valor Total: R\$ 88,68 | Valor Unit.: R\$ 88,68 |
| Descrição: Manutenção de regime de sobreaviso médico. | | |
| Qtd: 1,00 Un. Medida: UNIDADE | Valor Total: R\$ 9.331,32 | Valor Unit.: R\$ 9.331,32 |
| Descrição: Manutenção de regime de sobreaviso médico. | | |
| Pagamentos da despesa 2 | | |
| Vencimento: 29/07/2024 | Valor: 9.420,00 | Pagamento: 29/07/2024 N ^o 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 - 78 - 22/07/2024
Favorecido: 50.651.721/0001-30 - Maria Claudia Volpato da Silva LTDA
Endereço:
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 | | 78 | | | | | | | | |
| | PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS | Data da emissão da nota | 22/07/2024 15:04:38 | | | | | | | | |
| | | Data do fato gerador | 22/07/2024 15:04:38 | | | | | | | | |
| | | Código de verificação | SY9HCM7HF | | | | | | | | |
| PRESTADOR DE SERVIÇOS | | | | | | | | | | | |
| Nome fantasia: | | Inscrição estadual: | | | | | | | | | |
| Nome/Razão social: MARIA CLAUDIA VOLPATO DA SILVA LTDA | | Telefone: (48) 3658-4155 | | | | | | | | | |
| CPF/CNPJ: 50.651.721/0001-30 Inscrição municipal: 12936 | | Celular: (48) 99649-2208 | | | | | | | | | |
| Endereço: ROD SC-370 Número: 1956 Bairro: RIO BONITO CEP: 88750-000 | | Site: | | | | | | | | | |
| Complemento: | | | | | | | | | | | |
| Município: Braço do Norte UF: SC | | | | | | | | | | | |
| E-mail: societario@cristiannazario.com.br | | | | | | | | | | | |
| TOMADOR DE SERVIÇOS | | | | | | | | | | | |
| Nome fantasia: | | Inscrição estadual: | | | | | | | | | |
| Nome/Razão social: ASSOCIACAO BENEFICENTE SANTA TERESINHA | | Telefone: (48) 99902-1425 | | | | | | | | | |
| CPF/CNPJ: 86.437.845/0001-64 Inscrição municipal: 3186 | | Celular: (48) 99902-1425 | | | | | | | | | |
| Endereço: JACÓ BATISTA ULIANO Número: 1370 Bairro: Centro CEP: 88750-000 | | Site: | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | |
| SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADO: | 18.300,0000 | 1,0000 | 18.300,0000 x = | | | | | | | | |
| SOBREVISO GINECOLOGIA/ OBSTETRICIA 305 HORAS:.. | | | | | | | | | | | |
| Forma de Pagamento | | | | | | | | | | | |
| Parcela | Vencimento | Tipo | Valor (R\$) | Parcela | Vencimento | Tipo | Valor (R\$) | Parcela | Vencimento | Tipo | Valor (R\$) |
| 1 | | À vista | 18.300,00 | | | | | | | | |
| 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\$ 18.300,00 | | | | Valor líquido = R\$ 18.300,00 | | | | | | | |
| 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\$ 2.461,35 (13,45%), estadual - R\$ 0,00 (0,00%), municipal - R\$ 380,64 (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 3 - Página 2 de 2.

29/07/2024, 13:43

Unicred - Internet Banking



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

29/07/2024 13:43:02
UNICRED CENTRO-SUL

Comprovante de Transferência entre Contas

Conta: 2210398 Usuário: PEDRO
Cooperado: HOSPITAL SANTA TERESINHA

Conta Débito: 2210398
Creditado: MARIA CLAUDIA VOLPATO DA
Cooperativa: 566
Conta Crédito: 85570
Finalidade: Crédito em Conta
Data: 29/07/2024
Valor: R\$ 18.300,00

Autenticação Documento:
264717633352412450391330818

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 3 | | |
|---|-------------------------------|--|
| Qtd: 1,00 Un. Medida: UNIDADE | Valor Total: R\$ 18.300,00 | Valor Unit.: R\$ 18.300,00 |
| Descrição: Manutenção de regime de sobreaviso médico. | | |
| Pagamentos da despesa 3 | | |
| Vencimento: 29/07/2024 | Valor: 18.300,00 | Pagamento: 29/07/2024 N° Op. Bancária: |
| Arquivo do pagamento está junto com o comprovante da despesa. | | |

BALANCETE DE PRESTAÇÃO DE CONTAS DE RECURSOS ANTECIPADOS

| | | |
|---|----------------------------|-------------------------------|
| Prestação Número: 4 | Data Prestação: 07/08/2024 | Anexo TC-28 |
| Órgão/Repartição: ASSOCIACAO BENEFICENTE SANTA TERESINHA | | |
| Responsável: Pedro Michels Neto | | CPF: ***.763.349-** |
| Cargo: Presidente | | |
| Ordem Pagto nº: 1241/2024 | Data Pagto: 25/07/2024 | Importância de: R\$ 14.852,89 |
| Empenho nº: 1288/2024 | Data: 23/07/2024 | |
| 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 07 E 08/12 DADOS PARA DEPÓSITO: BANCO 136 - UNICRED; AG. 1405-2; C.C. 221039-8 | | |
| Ordem Pagto nº: 1241/2024 | Data Pagto: 25/07/2027 | Importância de: R\$ 14.852,89 |
| Empenho nº: 1288/2024 | Data: 23/07/2024 | |
| 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 07 E 08/12 DADOS PARA DEPÓSITO: BANCO 136 - UNICRED; AG. 1405-2; C.C. 221039-8 | | |

| Nº | Data | Razão Social/Histórico | Nº do Doc. | Recebimentos | Pagamentos |
|---------------|------------|--|------------|------------------|------------------|
| 1 | 25/07/2024 | Parcela 7 - 1241/2024 | | 14.852,89 | |
| 2 | 25/07/2024 | Contrapartida | | 88,68 | |
| 3 | 29/07/2024 | 42.364.301/0001-44 Medflor Gestão Hospitalar e Serviços Médicos Ltda | 385 | | 2.074,46 |
| 4 | 29/07/2024 | 50.651.721/0001-30 Maria Claudia Volpato da Silva LTDA | 78 | | 18.300,00 |
| 5 | 29/07/2024 | 11.304.091/0001-75 Clinica Medica Braconortense Ltda | 1524 | | 9.420,00 |
| 6 | 25/07/2027 | Parcela 8 - 1241/2024 | | 14.852,89 | |
| TOTAIS | | | | 29.794,46 | 29.794,46 |

Braço do Norte/SC, 07/08/2024.

| | | |
|--------------------------------|------------------|--|
| Recurso recebido | 29.705,78 | |
| Saldo anterior | 0,00 | |
| Rendimentos | 0,00 | |
| Recursos próprios | 88,68 | |
| Total entradas | 29.794,46 | Pedro Michels Neto - CPF: ***.763.349-** Responsável |
| Pagamentos | 29.794,46 | |
| Devoluções | 0,00 | |
| Total saídas | 29.794,46 | |
| Recurso recebido não utilizado | 0,00 | |
| Saldo | 0,00 | Renato Uliano Perin - CPF: ***.537.899-** 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 | | |
| 07/08/2024 | _____ | _____ |
| DATA | NOME DO DIRIGENTE/REP. LEGAL | ASSINATURA |