

Prestação de Contas - Completa

Transfêrencia: 00002/2023 - Termo de Convênio	Prestação: 1 - 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: Aguardando Complementação Proponente	
Observação:	

Parcelas

Empenho: 1419/2023 - 05/10/2023	Ordem: 1377/2023 - 10/10/2023	Valor: R\$19.084,49
Empenho: 1419/2023 - 05/10/2023	Ordem: 1377/2023 - 10/10/2023	Valor: R\$19.084,49

Ingressos

Tipo: Contrapartida	Data: 30/10/2023	Valor: R\$341,02
Histórico:		


Despesa 1

Processo Contratação: Não se aplica
Tipo Aquisição: Sem tipo aquisição - Contrato: Sem contrato
Tipo Doc.: Nota Fiscal - 40 - 03/10/2023
Favorecido: 40.023.647/0001-53 - JDJ SERVIÇOS MÉDICOS LTDA
Endereço:

Prestação de Contas - Completa

Comprovante da despesa 1 - Página 1 de 2.

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

 PREFEITURA DE ORLEANS Secretaria de Administração e Finanças Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e	Número do RPS	Número da nota					
	Data da emissão da nota						
	Data do fato gerador						
	Código de verificação						
PRESTADOR DE SERVIÇOS							
Nome fantasia: JDJ SERVICOS DE INFORMATICA Nome/Razão social: JDJ SERVICOS MEDICOS LTDA CPF/CNPJ: 40.023.647/0001-53 Inscrição municipal: 28021 Endereço: EST ESTRADA GERAL SERRARIA Bairro: SERRARIA CEP: 88870-000 Complemento: Município: Orleans UF: SC E-mail: ju_u@live.com Site:							
TOMADOR DE SERVIÇOS							
Nome fantasia: HOSPITAL SANTA TERESINHA Nome/Razão social: ASSOCIACAO BENEFICENTE SANTA TERESINHA CPF/CNPJ: 86.437.845/0001-64 Inscrição municipal: Endereço: JACOB 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	Qtde	Valor do serviço	Base de cálculo (%)	ISS		
Pagamento Plantão PS1- Noite - R\$1.980,00	7.692,5000	1,0000	7.692,5000	7.692,50x2,01=	154,62		
Pagamento Plantão PS2- Noite - R\$4.887,50							
PRODUÇÃO DESFECHOS 09/2023 - R\$1.425,00							
Forma de Pagamento							
Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)
1		À vista	7.692,50				
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\$ 7.692,50			Valor líquido = R\$ 7.692,50				
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	7.692,50	154,62			
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 000/0000. Prestador de serviços optante pelo Simples Nacional. Alíquota do ISS 2.01% Situação desta NFS-e: Normal Documento emitido por ME ou EPP optante pelo simples Nacional. Valor aproximado do tributo federal - R\$ 1.034,64 (13,45%), estadual - R\$ 0,00 (0,00%), municipal - R\$ 160,00 (2,08%) , com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - Fonte: IBPT							
LANÇADO				 Verificar autenticidade			

31110133

Prestação de Contas - Completa

Comprovante da despesa 1 - Página 2 de 2.

30/10/2023, 13:59

Unicred - Internet Banking



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

```
-----  
Dados da transação  
ID/Transação: E00075847202310301637522859  
3105  
Valor do Pix: R$ 4.887,50  
Data da transferência: 30/10/2023  
Data/Hora da operação: 30/10/2023 13:49:30  
Descrição:  
JDJ  
-----  
Dados do recebedor  
Instituição: NU PAGAMENTOS - IP  
Nome: JDJ  
CPF/CNPJ: **,23.647/0001-***  
-----  
Dados do pagador  
Instituição: CC UNICRED CENTRO-SUL LTDA - O  
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\$ 4.887,50	Valor Unit.: R\$ 4.887,50
Descrição: Referente pagamento plantão urgência e emergência 2023		
Pagamentos da despesa 1		
Vencimento: 30/10/2023	Valor: 4.887,50	Pagamento: 30/10/2023 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 - 48 - 03/10/2023
Favorecido: 48.685.237/0001-80 - K&B Serviços Médicos Ltda
Endereço:

Comprovante da despesa 2 - Página 1 de 2.

		PREFEITURA DE TUBARÃO SECRETARIA DA FAZENDA		NOTA FISCAL 0000048	
RAZÃO SOCIAL PRESTADOR K&B SERVICOS MEDICOS LTDA		NOME FANTASIA PRESTADOR K&B SERVICOS MEDICOS LTDA		NÚMERO RPS	
ENDERECO RUA LAGUNA, Nº 1512, OFICINAS, TUBARÃO SC, 88702210		TELEFONE (48) 9962-9		DATA DE EMISSÃO NOTA 03/10/2023 13:53:24	
Nº CPF/CNPJ 48.685.237/0001-80		E-MAIL ADM@DBCCONTABILIDADE.NET		DATA DO FATO GERADOR 03/10/2023	
COMPLEMENTO (48) 9962-9400					
PRESTADOR DE SERVIÇOS					
TOMADOR DE SERVIÇOS					
RAZÃO SOCIAL TOMADOR SOCIEDADE BENEFICENTE SANTA TERESINHA					
ENDERECO RUA JACOB BATISTA ULIANO, Nº 1370, CENTRO, CEP 88750000, BRAÇO DO NORTE - SC					
Nº CPF/CNPJ 86.437.845/0001-64					
COMPLEMENTO					
DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS					
UNID	QUANT	DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL	
	1	Pagamento Plantão PS- Dia - Gabriel Kindermann de Farias	690,00	690,00	
	1	Pagamento Plantão PS2- Noite - Gabriel Kindermann de Farias	1.725,00	1.725,00	
	1	PRODUÇÃO DESFECHOS 09/2023- Gabriel Kindermann de Farias	435,00	435,00	
	1	Pagamento Plantão PS2- Noite Stefani Bordin	1.725,00	1.725,00	
	1	PRODUÇÃO DESFECHOS 09/2023 -Stefani Bordin	202,50	202,50	
OBSERVAÇÕES					TOTAL GERAL 4.777,50
DESCRIMINAÇÃO DA ATIVIDADE DA PRESTAÇÃO LC116: 0401 - CNAE: 8630-5/99 - Medicina e biomedicina.					VALOR LÍQUIDO 4.777,50
DESCONTOS / DEDUÇÕES					
DEDUÇÕES (Materiais e Outros) R\$ 0,00					OUTRAS DEDUÇÕES R\$ 0,00
OUTRAS INFORMAÇÕES					
NATUREZA DA OPERAÇÃO Tributado Fora do Município	RECOLHIMENTO ISS A RECOLHER PELO PRESTADOR	LOCAL DA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO BRAÇO DO NORTE - SC	VALOR APROXIMADO DOS TRIBUTOS (IBPT) Nao foi possivel exibir IBPT (CNAE não localizado)		
ESTE DOCUMENTO PODE SER VALIDADO NO SITE www.prefeituramoderna.com.br					
CÓDIGO DE VALIDAÇÃO - c9326ab5a0cee59cd3304048c3d3f276					
ASSINATURA DIGITAL ANTIGA - 6a2156ac457e3e4c7da2ae8db78e32f9					
Recebi(emos) de K&B SERVICOS MEDICOS LTDA o(s) serviço(s) indicado(s) à nota fiscal eletrônica de serviço de número 0000048 .					NÚMERO NOTA-FISCAL 0000048
Data do Recebimento		Identificação e assinatura do receptor			

31/10/23

Prestação de Contas - Completa

Comprovante da despesa 2 - Página 2 de 2.

30/10/2023, 14:00

Unicred - Internet Banking



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

Dados da transação
ID/Transação: E000758472023:0301637522900
8756
Valor do Pix: R\$ 2.415,00
Data da transferência: 30/10/2023
Data/Hora da operação: 30/10/2023 13:49:26
Descrição:
KB

Dados do receptor
Instituição: BANCO INTER
Nome: KB serviços medicos
CPF/CNPJ: **.85.237/0001-**

Dados do pagador
Instituição: CC UNICRED CENTRO-SUL LTDA - U
UNICRED 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\$ 2.415,00	Valor Unit.: R\$ 2.415,00
Descrição: Referente pagamento plantão urgência e emergência 2023		
Pagamentos da despesa 2		
Vencimento: 30/10/2023	Valor: 2.415,00	Pagamento: 30/10/2023 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 - 200 - 03/10/2023
 Favorecido: 12.903.912/0001-52 - JJ Serviços Medicos Ltda
 Endereço: Rua Francisco Beckhauser SN - São Martinho

Comprovante da despesa 3 - Página 1 de 2.

Esta nota fiscal não foi assinada digitalmente

Página 1/1

 PREFEITURA MUNICIPAL SÃO MARTINHO SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO E FINANÇAS Nota Fiscal Eletrônica de Prestação de Serviços - NFS-e	Número do RPS	Número da nota
		200
	Data da emissão da nota	
	03/10/2023 15:12:20	
Data do fato gerador		03/10/2023 15:12:20
Código de verificação		B0CRZ3E02

PRESTADOR DE SERVIÇOS					
Nome fantasia: JJ SERVIÇOS MÉDICOS					
Nome/Razão social: JJ SERVIÇOS MÉDICOS LTDA					
CPF/CNPJ: 12.903.912/0001-52			Inscrição municipal: 336		
Endereço: R FRANCISCO BECKHAUSER Número: SN Bairro: CENTRO CEP: 88765-000			Inscrição estadual: Telefone: (48) 3645-6070		
Complemento:			Celular:		
Município: São Martinho			UF: SC		
E-mail:			Site:		

TOMADOR DE SERVIÇOS					
Nome fantasia:					
Nome/Razão social: SOCIEDADE BENEFICENTE SANTA TERESINHA					
CPF/CNPJ: 86.437.845/0001-64			Inscrição municipal:		
Endereço: R JACOB BATISTA ULIANO Número: 1370 Bairro: centro CEP: 88750-000			Inscrição estadual:		
Complemento:			Celular:		
Município: Braço do Norte			UF: SC		
E-mail:			Telefone:		

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS					
Plantão de Setembro 2023 (Dr. João Henrique)	Valor unitário	Qtd	Valor do serviço	Base de cálculo (%)	ISS
	25.565,0000	1,0000	25.565,0000	25.565,00x4,00 =	1.022,60


Forma de Pagamento							
Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)
1		À vista	25.565,00				

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\$ 25.565,00			Valor líquido = R\$ 25.565,00		

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	25.565,00	1.022,60

OUTRAS INFORMAÇÕES				
Natureza da operação: Tributação fora do município				
Situação tributária do ISSQN: Normal				
Local da prestação do serviço: Braço do Norte				
O ISS desta NFS-e é devido fora deste município.				
Prestador de serviços optante pelo Simples Nacional. Alíquota do ISS 4%				
Situação desta NFS-e: Normal				
Documento emitido por ME ou EPP optante pelo simples Nacional.				
Valor aproximado do tributo federal - R\$ 3.438,49 (13,45%), estadual - R\$ 0,00 (0,00%), municipal - R\$ 539,42 (2,11%), com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - Fonte: IBPT				



Verificar autenticidade

LANÇADO

3110123

Prestação de Contas - Completa

Comprovante da despesa 3 - Página 2 de 2.

30/10/2023, 13:59

Unicred - Internet Banking



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

30/10/2023 13:59:25
UNICRED CENTRO-SUL

Comprovante de Transferência TED

Conta: 2211599 Usuário: PEDRO
Cooperado: HOSPITAL SANTA TERESINHA

Favorecido: JJ SERVIÇOS
CNPJ: 12.903.912/0001-52
FP: 756 - BANCO SICCOB S.A.
Agência: 3078 Conta: 26816
Tipo de Conta: Conta Corrente
Finalidade: 10 - Crédito em Conta
Data da Transf.: 30/10/2023
Valor: R\$ 25.565,00

Autenticação Documento: 20231030133752350

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

CENTRAL DE RELACIONAMENTO
Capitais e regiões metropolitanas 3003 7703
Demais regiões 0900 200 7362
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\$ 25.565,00	Valor Unit.: R\$ 25.565,00
Descrição: Referente pagamento plantão urgência e emergência 2023		
Pagamentos da despesa 3		
Vencimento: 30/10/2023	Valor: 25.565,00	Pagamento: 30/10/2023 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 - 1456 - 03/10/2023
Favorecido: 08.560.388/0001-97 - Fabricio Foppa Me
Endereço: Rua Frei Edgar Nº 1370, Centro, Joaçaba

Comprovante da despesa 4 - Página 1 de 2.

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

	PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAÇABA		Número do RPS	Número da nota		
	MUNICÍPIO DE JOAÇABA		1456			
	NOTA FISCAL ELETRÔNICA		Data da emissão da nota			
			03/10/2023 19:50:34			
		Data do fato gerador				
		03/10/2023 19:50:34				
		Código de verificação				
		QCSRTJQDK				

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia: DR FABRICIO FOPPA CLÍNICA MÉDICA	Inscrição estadual:
Nome/Razão social: FABRICIO FOPPA LTDA	Telefone: (49) 99821-5402
CPF/CNPJ: 08.560.388/0001-97	Inscrição municipal: 90945
Endereço: R FREI EDGAR Número: 138 Bairro: CENTRO CEP: 89600-000	Celular:
Complemento: SALA 807	
Município: Joaçaba	UF: SC
E-mail: fmedicina@gmail.com	Site:

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia:	Inscrição estadual:
Nome/Razão social: HOSPITAL SANTA TERESINHA	
CPF/CNPJ: 86.437.845/0001-64	Inscrição municipal:
Endereço: JACOB BATISTA ULIANO Número: 1370 Bairro: CENTRO	
Complemento:	
Município: Braço do Norte	UF: SC
E-mail: fmedicina@gmail.com	Telefone: (48) 3658-9400
	Celular:

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

	Valor unitário	Qtd	Valor do serviço	Base de cálculo (%)	ISS
Honorários Médicos Lucia Helena das Chagas Oliveira. CRM:13011/SC Pagamento plantão Referente ao Mês 09/2023	5.642,5000	1,0000	5.642,5000	5.642,50x2,17 =	122,44

Forma de Pagamento

Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)
1		À vista	5.642,50								


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\$ 5.642,50			Valor líquido = R\$ 5.642,50		

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	5.642,50	122,44

OUTRAS INFORMAÇÕES

Natureza da operação: Tributação no município Situação tributária do ISSQN: Normal Local da prestação do serviço: Joaçaba	 Verificar autenticidade
NFS-e Prestador de serviços optante pelo Simples Nacional. Alíquota do ISS 2.17% Situação desta NFS-e: Normal Documento emitido por ME ou EPP optante pelo simples Nacional.	
Valor aproximado do tributo federal - R\$ 758,92 (13,45%), estadual - R\$ 0,00 (0,00%), municipal - R\$ 117,36 (2,08%), com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - Fonte: IBPT	

LANÇADO

Prestação de Contas - Completa

Comprovante da despesa 4 - Página 2 de 2.

30/10/2023, 13:59

Unicred - Internet Banking



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

30/10/2023 UNICRED CENTRO-SUL 13:59:35

Comprovante de Transferência entre Contas

Conta: 2211599 Usuário: PEDRO
Cooperado: HOSPITAL SANTA TERESINHA

Conta Debito: 2211599
Credito: FABRICIO FOPPA LTDA
Cooperativa: 344
Conta Crédito: 4671955
Finalidade: Crédito em Conta
Data: 30/10/2023
Valor: R\$ 5.642,50

Autenticação Documento:
867757130362422640301431121

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 641 2330
OUVIDORIA 0800 940 0600

Prestação de Contas - Completa

Itens da despesa 4			
Qtd: 1,00 Un. Medida: UNIDADE		Valor Total: R\$ 341,02	Valor Unit.: R\$ 341,02
Descrição: Referente pagamento plantão urgência e emergência 2023			
Qtd: 1,00 Un. Medida: UNIDADE		Valor Total: R\$ 5.301,48	Valor Unit.: R\$ 5.301,48
Descrição: Referente pagamento plantão urgência e emergência 2023			
Pagamentos da despesa 4			
Vencimento: 30/10/2023	Valor: 5.642,50	Pagamento: 30/10/2023 Nº Op. Bancária:	
Arquivo do pagamento está junto com o comprovante da despesa.			

BALANCETE DE PRESTAÇÃO DE CONTAS DE RECURSOS ANTECIPADOS

Prestação Número: 1	Data Prestação: 20/11/2023	Anexo TC-28
Órgão/Repartição: ASSOCIACAO BENEFICENTE SANTA TERESINHA		
Responsável: Pedro Michels Neto		CPF: ***.763.349-**
Cargo: Presidente		
Ordem Pagto nº: 1377/2023	Data Pagto: 10/10/2023	Importância de: R\$ 19.084,49
Empenho nº: 1419/2023	Data: 05/10/2023	
Histórico: PELA TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS FINANCEIROS AO HOSPITAL SANTA TERESINHA DE BRAÇO DO NORTE, PARA MANUTENÇÃO DO REGIME DE ATENDIMENTO À URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA, NOS TERMOS DO CONVÊNIO Nº 2/2023. OBS.; PARCELAS 01 E 02/12.		
Ordem Pagto nº: 1377/2023	Data Pagto: 10/10/2023	Importância de: R\$ 19.084,49
Empenho nº: 1419/2023	Data: 05/10/2023	
Histórico: PELA TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS FINANCEIROS AO HOSPITAL SANTA TERESINHA DE BRAÇO DO NORTE, PARA MANUTENÇÃO DO REGIME DE ATENDIMENTO À URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA, NOS TERMOS DO CONVÊNIO Nº 2/2023. OBS.; PARCELAS 01 E 02/12.		

Nº	Data	Razão Social/Histórico	Nº do Doc.	Recebimentos	Pagamentos
1	10/10/2023	Parcela 1 - 1377/2023		19.084,49	
2	10/10/2023	Parcela 2 - 1377/2023		19.084,49	
3	30/10/2023	Contrapartida		341,02	
4	30/10/2023	40.023.647/0001-53 JDJ SERVIÇOS MÉDICOS LTDA	40		4.887,50
5	30/10/2023	48.685.237/0001-80 K&B Serviços Médicos Ltda	48		2.415,00
6	30/10/2023	12.903.912/0001-52 JJ Serviços Medicos Ltda	200		25.565,00
7	30/10/2023	08.560.388/0001-97 Fabricio Foppa Me	1456		5.642,50
TOTALIS				38.510,00	38.510,00

Braço do Norte/SC, 20/11/2023.

Recurso recebido	38.168,98	
Saldo anterior	0,00	
Rendimentos	0,00	
Recursos próprios	341,02	Pedro Michels Neto - CPF: ***.763.349-**
Total entradas	38.510,00	Responsável
Pagamentos	38.510,00	
Devoluções	0,00	
Total saídas	38.510,00	
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	00002/2023

TIPO DA PRESTAÇÃO DE CONTAS: Parcial
EXECUÇÃO DO CONVÊNIO DE: 28/07/2023 A 31/12/2023

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		
20/11/2023	_____	_____
DATA	NOME DO DIRIGENTE/REP. LEGAL	ASSINATURA