

**PREFEITURA MUNICIPAL DE VITOR MEIRELES**  
**ESTADO DE SANTA CATARINA**  
**CONTROLADORIA INTERNA**

**PARECER 016/2017**

Trata-se de parecer do Controle Interno, em conformidade com a Lei 8.666/93, a Lei 4.320/64, e a Instrução Normativa TC – 14/2012, em especial o Art. 48, e a Lei 13.019/2014;

Considerando a análise ao processo de prestação de contas, e a documentação apresentada pela ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR ANGELINA MENEGHELLI, referente ao repasse do Termo de Colaboração 001/2017, no valor total de R\$ 88.200,00, referente aos empenhos nº 640/000 de 01/09/2017 e 672/000 de 11/09/2017;

Considerando o Parecer Contábil;

Considerando o Parecer da Comissão de Monitoramento e Avaliação;

Considerando o Parecer Técnico do Gestor, e;

Considerando todos os quesitos analisados o Parecer deste Controle Interno é pela **APROVAÇÃO** da prestação de contas da ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR ANGELINA MENEGHELLI – AHAM.

**É o parecer.**

Vitor Meireles/ SC, 10 de Outubro de 2017.

Adm. ANDRÉ LUÍS RINALDI  
CRA/SC 10.430  
Controlador Interno



PREFEITURA MUNICIPAL

# Vitor Meireles

## Gabinete do Prefeito

### PARECER DA COMISSÃO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Parecer N° 004	N° Processo 01/2017	Data Recebimento da Prestação de Contas 26/09/2017
De: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE		
Para: Comissão de Monitoramento e Avaliação e/ou Avaliação		
<input checked="" type="checkbox"/> Prestação de Contas Parcial – Parcela nº 04 <input type="checkbox"/> Prestação de Contas Final		
Número da Parceria: 003	Período a que se refere a prestação de contas: Setembro/2017	Período de Vigência 01/06/2017 a 31/05/2018
Nome da organização: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR ANGELINA MENEGHELLI		
Objeto da parceria: Execução de serviços hospitalares, procedimentos ambulatoriais e hospitalares eletivos.		
Valor total da parceria (R\$)  1.086.400,00	Valor da parcela repassado (R\$)  88.200,00	Valor da parcela comprovadamente utilizados (R\$)  88.214,75
Valor da aplicação financeira (R\$)  0,00	Contrapartida (R\$)  14,75	Devoluções efetuadas (R\$)  0,00
Relação detalhada das atividades e metas estabelecidas: As atividades desenvolvidas são as constantes do relatório.		
As atividades realizadas, <b>alcançaram as metas esperadas, proporcionando um benefício social</b> obtido em razão da execução do objeto até o período, com base nos indicadores estabelecidos e aprovados no plano de trabalho.		
Em relação a análise dos documentos comprobatórios das despesas apresentados pela organização na prestação de contas: <input checked="" type="checkbox"/> De acordo com o previsto no plano de trabalho aprovado <input type="checkbox"/> Parcialmente de acordo com o previsto no plano de trabalho aprovado. Justifique. <input type="checkbox"/> Em desacordo com o previsto no plano de trabalho aprovado. Justifique. <input type="checkbox"/> De acordo com as normas da Instrução Normativa, previstas nos capítulos VIII e IX <input type="checkbox"/> Parcialmente de acordo com as normas da Instrução Normativa, previstas nos capítulos VIII e IX. Justifique. <input type="checkbox"/> Em desacordo com as normas da Instrução Normativa, previstas nos capítulos VIII e IX. Justifique.		
Relação de bens ou serviços adquiridos Despesas de Custeio, mediante pagamento de Salários, pagamento de médicos plantão e sobre aviso e outras despesas de manutenção.		
Foram realizadas auditorias? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não No caso de realização de auditorias, faça uma análise dos relatórios das mesmas, bem como das medidas tomadas em decorrência dessas auditorias.		
Conclusão Final Com base nos documentos apresentados e pelos benefícios sociais alcançados pelo Termo de Colaboração, o parecer é pela APROVAÇÃO.		
Deste modo, recomendamos a <input checked="" type="checkbox"/> aprovação <input type="checkbox"/> aprovação com ressalvas <input type="checkbox"/> reprovação da presente prestação de contas.		
Data 02/10/2017	LUIS CARLOS BOING Membro da Comissão	
Data 02/10/2017	ROBERTA SCHMITT Membro da Comissão	
Data 02/10/2017	TEILOR PETERSEN Membro da Comissão	



PREFEITURA MUNICIPAL

# Vitor Meireles

## Gabinete do Prefeito

### PARECER TÉCNICO DO GESTOR

Parecer Nº 004	Nº Processo 01/2017	Data Recebimento da Prestação de Contas 26/09/2017
De: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE		
Para: Comissão de Monitoramento e Avaliação e/ou Avaliação		
<input checked="" type="checkbox"/> Prestação de Contas Parcial – Parcela nº 04 <input type="checkbox"/> Prestação de Contas Final		
Número da Parceria: 003	Período a que se refere a prestação de contas: Setembro/2017	Período de Vigência 01/06/2017 a 31/05/2018
Nome da organização: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR ANGELINA MENEGHELLI		
Objeto da parceria: Execução de serviços hospitalares, procedimentos ambulatoriais e hospitalares eletivos.		
Valor total da parceria (R\$) 1.086.400,00	Valor da parcela repassado (R\$) 88.200,00	Valor da parcela comprovadamente utilizados (R\$) 88.214,75
Valor da aplicação financeira (R\$) 0,00	Contrapartida (R\$) 14,75	Devoluções efetuadas (R\$) 0,00
Relação detalhada das atividades e metas estabelecidas: As atividades desenvolvidas são as constantes do relatório.		
As atividades realizadas, <b>alcançaram as metas esperadas, proporcionando um benefício social</b> obtido em razão da execução do objeto até o período, com base nos indicadores estabelecidos e aprovados no plano de trabalho.		
Em relação a análise dos documentos comprobatórios das despesas apresentados pela organização da sociedade civil na prestação de contas: <input checked="" type="checkbox"/> De acordo com o previsto no plano de trabalho aprovado <input type="checkbox"/> Parcialmente de acordo com o previsto no plano de trabalho aprovado. Justifique. <input type="checkbox"/> Em desacordo com o previsto no plano de trabalho aprovado. Justifique. <input type="checkbox"/> De acordo com as normas da Instrução Normativa, previstas nos capítulos VIII e IX <input type="checkbox"/> Parcialmente de acordo com as normas da Instrução Normativa, previstas nos capítulos VIII e IX. <input type="checkbox"/> Em desacordo com as normas da Instrução Normativa, previstas nos capítulos VIII e IX.		
Relação de bens ou serviços adquiridos Despesas de Custeio, mediante pagamento de Salários, pagamento de médicos plantão e sobre aviso e outras despesas de manutenção.		
Foram realizadas auditorias? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não No caso de realização de auditorias, faça uma análise dos relatórios das mesmas, bem como das medidas tomadas em decorrência dessas auditorias.		
Conclusão Final: Com base nos documentos apresentados e pelos benefícios sociais alcançados pelo Termo de Colaboração, o parecer é pela <b>APROVAÇÃO</b> .		
Deste modo, recomendamos a <input checked="" type="checkbox"/> aprovação <input type="checkbox"/> aprovação com ressalvas <input type="checkbox"/> reprovação da presente prestação de contas.		
Data 02/09/2017	Nome do Gestor TEILOR PETERSEN	Assinatura do Gestor 



# PREFEITURA MUNICIPAL DE VITOR MEIRELES ESTADO DE SANTA CATARINA

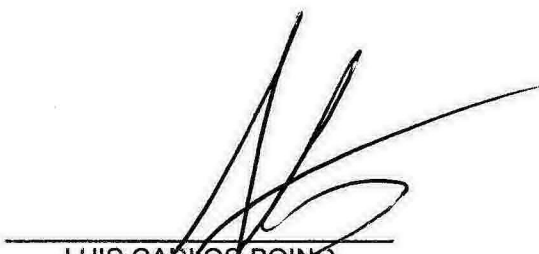
## PARECER CONTÁBIL

Considerando a análise ao processo de prestação de contas apresentada pela ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR ANGELINA MENEGHELLI, referente ao repasse do Termo de Colaboração n.º 001/2017, no valor de R\$ 9.000,00, empenho n.º 672/000 de 11/09/2017, pago em 20/09/2017, em conformidade com a Lei 4.320/64, e a Instrução Normativa TC – 14/2012, o setor de Contabilidade constatou que a entidade apresentou a prestação de contas de acordo com as normas vigentes.

Considerando todos os quesitos analisados o Parecer é pela **APROVAÇÃO**, da prestação de contas da ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR ANGELINA MENEGHELLI – AHAM.

É o parecer.

Vitor Meireles/ SC, 02 de outubro de 2017.



---

LUIS CARLOS BOING  
Contador  
CRC 23.187/O-6

**2**

**MOVIMENTO  
SETEMBRO DE 2017**

Assessoria Técnica de Vendas e Serviços  
Protocolo nº 265/17  
Resolvido em 26/09/17  
Ass. Técnica de Vendas e Serviços





## Consultas - Extrato de conta corrente

A33S221056520820010  
22/09/2017 10:59:42

## Cliente - Conta atual

Agência 5438-0  
 Conta corrente 15338-9 HOSP ANGELINA MENEGHELLI  
 Período do extrato mês atual a partir do dia 20


## Lançamentos


Dt. balancete	Dt. movimento	Ag. origem	Lote	Histórico	Documento	Valor R\$	Saldo
14/09/2017		0000	00000	000 Saldo Anterior			0,00 C
20/09/2017		0000	14175	976 TED-Crédito em Conta	4.816.875	9.000,00 C	9.000,00 C
				104 2775 11347201000186 FMS VITOR MEIR			
21/09/2017		5438	99015	870 Transferência on line	555.438.000.015.001	14,75 C	
				21/09 5438 15001-0 HOSP ANGELINA			
21/09/2017		5438	99015	470 Transferência on line	555.438.000.000.101	21,80 D	
				21/09 5438 101-5 SUPERMERCADO M			
21/09/2017		0000	13105	196 INSS Arrecadação	92.102	8.928,78 D	
				GPS- Ident.: 95952321000100 - 08/2017			
21/09/2017		0000	13105	109 Pagamento de Título	92.103	21,39 D	
				ITAU UNIBANCO S.A.			
21/09/2017		0000	13105	109 Pagamento de Título	92.104	21,39 D	
				ITAU UNIBANCO S.A.			
21/09/2017		0000	13105	109 Pagamento de Título	92.105	21,39 D	0,00 C
				ITAU UNIBANCO S.A.			
22/09/2017		0000	00000	999 S A L D O			0,00 C
Juros							
Data de Debito de Juros							0,00
IOF							29/09/2017
Data de Debito de IOF							0,00
							02/10/2017

## OBSERVAÇÕES:

Há tarifas pendentes de cobrança. Total em 22/09/2017 R\$ 1,00. Sujeito à cobrança quando ocorrer saldo positivo na conta corrente. Procure sua agência.

Transação efetuada com sucesso por: JB628924 VILMAR MORGUENROTH.

 <b>MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS</b> <b>INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS</b> <b>SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP</b> <b>PREVIDÊNCIA SOCIAL</b> <b>GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS</b>	<b>3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO</b>		2100
	<b>4 - COMPETÊNCIA</b>		08/2017
	<b>5 - IDENTIFICADOR</b>		95.952.321/0001-00
<b>1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO</b> ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR ANGELINA MENEGHELLI 47 3258-0222  Data limite acolhimento: 21/09/2017	<b>6 - VALOR DO INSS</b>		7.136,64
	<b>7 -</b>		
	<b>8 -</b>		
<b>2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS)</b>	20/09/2017	<b>9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES</b>	1.762,78
<b>ATENÇÃO:</b> É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.	<b>10 - ATM/MULTA E JUROS</b>		29,36
	<b>11- TOTAL</b>		8.928,78
AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA			
gerado por <a href="http://www.controrenanet.com.br">www.controrenanet.com.br</a>			

 <b>MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS</b> <b>INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS</b> <b>SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP</b> <b>PREVIDÊNCIA SOCIAL</b> <b>GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS</b>	<b>3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO</b>		2100
	<b>4 - COMPETÊNCIA</b>		08/2017
	<b>5 - IDENTIFICADOR</b>		95.952.321/0001-00
<b>1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO</b> ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR ANGELINA MENEGHELLI 47 3258-0222  Data limite acolhimento: 21/09/2017	<b>6 - VALOR DO INSS</b>		7.136,64
	<b>7 -</b>		
	<b>8 -</b>		
<b>2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS)</b>	20/09/2017	<b>9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES</b>	1.762,78
<b>ATENÇÃO:</b> É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.	<b>10 - ATM/MULTA E JUROS</b>		29,36
	<b>11- TOTAL</b>		8.928,78
AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA			
gerado por <a href="http://www.controrenanet.com.br">www.controrenanet.com.br</a>			

VOLTAR
--------

Instruções de Impressão: Para imprimir use a opção do seu navegador de internet.

Utilize folha A4 (210 x 297 mm) ou Carta (216 x 279 mm) e margens mínimas à esquerda e à direita do formulário.





## Transações Pendentes

A336210951329479011  
21/09/2017 09:57:20

### Pagamento de convênios/títulos com débito em conta corrente

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
21/09/2017 - AUTOATENDIMENTO - 09.57.21  
5438005438 0001

#### COMPROVANTE DE PAGAMENTO

MINISTERIO DA PREVIDENCIA E ASSISTENCIA SOCIAL  
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL  
GUIA DA PREVIDENCIA SOCIAL - GPS

CLIENTE: HOSP ANGELINA MENEGHELLI  
AGENCIA: 5438-0 CONTA: 15.338-9

CODIGO DO PAGAMENTO	2100
COMPETENCIA	08/2017
IDENTICADOR	95952321000100
DATA DO PAGAMENTO	21/09/2017
VALOR DO INSS	7.136,64
VALOR OUTRAS ENTIDADES	1.762,78
VALOR ATM/JUROS/MULTA	29,36
VALOR TOTAL	8.928,78

DOCUMENTO: 092102  
AUTENTICACAO SISBB: 4.2E4.B9C.52C.2A1.065

CENTRAL DE ATENDIMENTO BB  
4004 0001 CAPITAIS E REGIOES METROPOLITANAS  
0800 729 0001 DEMAIS LOCALIDADES  
CONSULTAS, INFORMACOES E SERVICOS TRANSACIONAIS.

SAC  
0800 729 0722  
INFORMACOES, RECLAMACOES E CANCELAMENTO DE  
PRODUTOS E SERVICOS.

OUVIDORIA  
0800 729 5678  
RECLAMACOES NAO SOLUCIONADAS NOS CANAIS  
HABITUAIS: AGENCIA, SAC E DEMAIS CANAIS DE  
ATENDIMENTO.

ATENDIMENTO A DEFICIENTES AUDITIVOS OU DE FALA  
0800 729 0088  
INFORMACOES, RECLAMACOES, CANCELAMENTO DE  
CARTAO, OUTROS PRODUTOS E SERVICOS DE OUVIDORIA.

\*\*\*\*\* VIA EMPREGADOR \*\*\*\*\*

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
21/09/2017 - AUTOATENDIMENTO - 09.57.21  
5438005438 0001

#### COMPROVANTE DE PAGAMENTO

MINISTERIO DA PREVIDENCIA E ASSISTENCIA SOCIAL  
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL  
GUIA DA PREVIDENCIA SOCIAL - GPS

CLIENTE: HOSP ANGELINA MENEGHELLI

CODIGO DO PAGAMENTO	2100
COMPETENCIA	08/2017
IDENTICADOR	95952321000100
DATA DO PAGAMENTO	21/09/2017
VALOR DO INSS	7.136,64
VALOR OUTRAS ENTIDADES	1.762,78
VALOR ATM/JUROS/MULTA	29,36
VALOR TOTAL	8.928,78

DOCUMENTO: 092102  
AUTENTICACAO SISBB: 4.2E4.B9C.52C.2A1.065

CENTRAL DE ATENDIMENTO BB  
4004 0001 CAPITAIS E REGIOES METROPOLITANAS  
0800 729 0001 DEMAIS LOCALIDADES  
CONSULTAS, INFORMACOES E SERVICOS TRANSACIONAIS.

SAC  
0800 729 0722  
INFORMACOES, RECLAMACOES E CANCELAMENTO DE  
PRODUTOS E SERVICOS.

OUVIDORIA  
0800 729 5678  
RECLAMACOES NAO SOLUCIONADAS NOS CANAIS

21/9/2017

Banco do Brasil

ATENDIMENTO A DEFICIENTES AUDITIVOS OU DE FALA  
0800 729 0088  
INFORMACOES, RECLAMACOES, CANCELAMENTO DE  
CARTAO, OUTROS PRODUTOS E SERVICOS DE OUVIDORIA.

\*\*\*\*\* VIA CONTRIBUINTE \*\*\*\*\*

---

Assinada por	JB628924 VLMAR MORGUENROTH	21/09/2017 09:55:55
	JB628923 MANOEL MARCELINO	21/09/2017 09:57:20

Transação efetuada com sucesso.

---

Transação efetuada com sucesso por: JB628923 MANOEL MARCELINO.

Recebemos de SUPERMERCADO MORETTI LTDA os produtos e/ou serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado.  
 Destinatário: ASSOC HOSP ANGE MENEGUELI - RUA LEANDRO MEGUEGUELI, 017 - CENTRO - VITOR MEIRELES - SC.  
 Emissão: 19/09/2017 Valor Total: R\$ 21,80

**NF-e**  
**Nº 000.011.428**  
**Série 001**

DATA DO RECEBIMENTO IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

**SUPERMERCADO MORETTI LTDA**

RUA SANTA CATARINA, 2388  
 CENTRO - VITOR MEIRELES - SC  
 Fone: 3258-0168 CEP: 89148-000  
 nfe.supermoretti@gmail.com

**DANFE**

Documento Auxiliar da  
 Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA  
 1 - SAÍDA

1

Nº 000.011.428  
 Série 001  
 Folha 1/1



CHAVE DE ACESSO

4217 0984 1486 7500 0172 5500 1000 0114 2810 0011 428

Consulta de autenticidade no portal da NF-e  
 www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da SEFAZ Autenticadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO

LANCAMENTO EFETUADO EM DECORRENCIA DE EMISSAO DE DOCUMENTO F

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

342170116555923 19/09/2017 13:23:55

INSCRIÇÃO ESTADUAL

250276992

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO

CNPJ

84.148.675/0001-72

**DESTINATÁRIO / REMETENTE**

NOME / RAZÃO SOCIAL

ASSOC HOSP ANGE MENEGUELI

CNPJ / CPF

95.952.321/0001-00

DATA DA EMISSÃO

19/09/2017

ENDEREÇO

RUA LEANDRO MEGUEGUELI, 017 CENTRO

BARRIO / DISTRITO

CENTRO

CEP

08914-800

DATA DA SAÍDA

19/09/2017

MUNICÍPIO

VITOR MEIRELES

UF

SC

TELEFONE / FAX

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

13:20:56

**DUPLICATAS**

Número : 1480694  
 Vencimento : 18/10/2017  
 Valor R\$ : 21,80

**CÁLCULO DO IMPOSTO**

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	21,80	VALOR DO ICMS	3,70	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	0,00	VALOR DO PIS	0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	21,80
VALOR DO FRETE	0,00	VALOR DO SEGURO	0,00	DESCONTO	0,00	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	0,00	VALOR DO IPI	0,00	VALOR DA COFINS	0,00
										VALOR TOTAL DAS DESPESAS	21,80

**TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS**

NOME / RAZÃO SOCIAL		FRETE POR CONTA		CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
		0 - EMITENTE					
ENDEREÇO		MUNICÍPIO				UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO		PESO LÍQUIDO	
1							

**DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS**

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CBT	CFOP	UNID.	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESCONTO	VALOR TOTAL	BASE DE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOT ICMS
4270	CORREIA A-59	40103900	000	5929	UN	1,00	10,90	0,00	10,90	10,90	1,85	0,00	17,00
4270	CORREIA A-59	40103900	000	5929	UN	1,00	10,90	0,00	10,90	10,90	1,85	0,00	17,00

**CÁLCULO DO ISSQN**

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR TOTAL DO ISSQN
		0,00	0,00

**DADOS ADICIONAIS**

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

NADA CONSTA  
 COO DO CUPOM FISCAL: 36234 - ECF: 10 - NUM. FABR.: EP12151000000008691

MD-5: A1B0005432DC6B4E3964C587C44EB758

RESERVADO AO FISCO

Val. Aprox. Tributos: R\$ 1.48 Federal, R\$ 3.71 Estadual e R\$ 0.00 Municipal. Fonte: IBPT

**Transações Pendentes**A336211009377037011  
21/09/2017 10:13:18

---

**Transferência entre contas diversas****Debitado**

---

Nome	HOSP ANGELINA MENEGHELLI
Agência	5438-0
Conta corrente	15338-9

**Creditado**

---

Nome	SUPERMERCADO MORETTI LTDA
Agência	5438-0
Conta corrente	101-5
Valor	21,80
Data	Nesta data

---

Assinada por	JB628923 MANOEL MARCELINO	21/09/2017 10:11:48
	JB628924 VILMAR MORGUENROTH	21/09/2017 10:13:18

Transação efetuada com sucesso.

---

Transação efetuada com sucesso por: JB628924 VILMAR MORGUENROTH.

RECEBEMOS OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO DE:

Altermed Material Medico Hospitalar Ltda

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e

NÚMERO 170954

SÉRIE 1



**ALTERMED MATERIAL MEDICO HOSPITALAR LTDA**

Estrada Boa Esperanca, 2320.  
Fundo Canoas

RIO DO SUL - SC

C.N.P.J. 00.802.002/0001-02

FONE (47)3520-9000 CEP 89163-554

**DANFE**

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0-ENTRADA 1  
1-SAÍDA

Nº 170954

SÉRIE 1

FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

4217 0900 8020 0200 0102 5500 1000 1709 5418 7733 3061

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

NÚMERO PROTOCOLO

342170117131665 20/09/2017 11:03:25

NATUREZA DA OPERAÇÃO

Venda Mercad.Acquir.e/ou Receb.Terceiros

INSCRIÇÃO ESTADUAL

253.148.995

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.

CNPJ

00.802.002/0001-02

**DESTINATÁRIO / REMETENTE**

NOME / RAZÃO SOCIAL

Associacao Hospitalar Angelina Meneghelli

ENDEREÇO

Rua Leandro Meneghelli, 17

MUNICÍPIO

VITOR MEIRELES

CNPJ

95.952.321/0001-00

BAIRRO / DISTRITO

Centro

CEP

89148-000

FONE / FAX

(47)3258-0222

UF

SC

INSCRIÇÃO ESTADUAL

DATA EMISSÃO

20/09/2017

DATA DE ENT / SAI

20/09/2017

HORA DE SAÍDA

11:03:31

**FATURA / DUPLICATA**

DUPLICATA	VENCIMENTO	VALOR	DUPLICATA	VENCIMENTO	VALOR	DUPLICATA	VENCIMENTO	VALOR	DUPLICATA	VENCIMENTO	VALOR
170954P01	20/10/2017	21,39									
170954P02	20/11/2017	21,39									
170954P03	20/12/2017	21,39									

**CÁLCULO DO IMPOSTO**

BASE DE CÁLCULO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO ICMS SUBST.	VALOR DO ICMS SUBST.	VALOR TOTAL DOS TRIBUTOS	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
R\$ 23,57	R\$ 4,01	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 6,35	R\$ 64,17
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACES.	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 64,17

**TRANSPORTADOR / VOLUME**

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA	UF	CNPJ / CPF
O Destinatario	0-Emitente			SC	
ENDEREÇO	MUNICÍPIO	INSCRIÇÃO ESTADUAL			
Endereco Destinatario, 000	RIO DO SUL	ISENTO			
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO DO PEDIDO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1	Volume (s)		197237	1,000	1,000

**DADOS DO PRODUTOS / SERVIÇOS**

CÓD. PROD	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS	NCM / SH	CST	CPOP	UNID	QUANTIDADE	V.UNITÁRIO	V. TOTAL	BC. ICMS	V.ICMS	V. IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
C167C3116	Protetor Ocular Adulto L:160B107 V:03/19	30051090	000	5102	UND	60,0000	0,39286	23,57	23,57	4,01		17,00	
C175C3465	Termometro Clinico Digital Flexivel L:181601 V:12/79	90251110	040	5102	UND	2,0000	20,29940	40,60	0,00	0,00		0,00	

**DADOS ADICIONAIS**

RESERVADO AO FISCO

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

CST 000=Icms Normal : CST 020=Icms Conf.Convenio 52-91 : CST 040=Icms Isento Conf.Convenio 01-99,80-02 e 87-02 : CST 060=Icms Sub.Tributaria Conf.Convenio 146-09. Depositar: (B.BRASIL: Ag:0276-3 Conta: 30778-5) - (CAIXA: AG:0423 Conta: 5915-8 Operacao: 3) - (ITAU: Ag:8483 Conta: 06341-1) - (ITAU: Ag:0804 Conta: 35775-4) SIV - Solicitacao Informal Verbal n.: ISABEL - Pedidos: 197237 - CARO CLIENTE: CONFERIR MERCADORIAS NA ENTREGA, NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES POSTERIORES E/OU DEVOLUCOES - CARO TRANSPORTADOR: VERIFICAR ANTECIPADAMENTE COM DESTINATARIO HORARIO EXPEDIENTE E SE NECESSARIO AGENDAR ENTREGA - Empresa autorizada Medicamentos Comuns 1112401-Medicamentos Especiais 1112432-Correlatos 8044831-Cosmeticos 2065567-



Banco Itaú | 341-7

RECIBO DO PAGADOR

Beneficiário <b>Altermed Material Médico Hospitalar Ltda</b>	Agência / Cód. Beneficiário 8483/06341-1	Data do Documento 20/09/2017	Vencimento 20/10/2017
Pagador <b>Associação Hospitalar Angelina Meneghelli</b>	Nosso Número 175/00030268-2	Número do Documento 170954P01	Valor <b>21,39</b>

Instruções de Responsabilidade do Beneficiário. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o Beneficiário.

PROTESTAR EM 5 DIAS CORRIDOS APOS O VENCIMENTO  
COBRAR MULTA DE R\$ 0,43 APOS O VENCIMENTO  
COBRAR JUROS DE R\$ 0,01 POR DIA DE ATRASO PARA PAGAMENTO A PARTIR DI 20/10/2017

Autenticação Mecânica



Banco Itaú | 341-7

34191.75009 03026.828487 30634.110008 5 73180000002139

Local de Pagamento <b>Até o vencimento, preferencialmente no ITAÚ, após o vencimento, somente no ITAÚ.</b>						Vencimento 20/10/2017
Beneficiário / CNPJ <b>Altermed Material Médico Hospitalar Ltda</b> CNPJ: <b>00.802.002/0001-02</b>					Agência / Cód. Beneficiário 8483/06341-1	
<b>Estrada Boa Esperança 2320- Fundo Canoas - RIO DO SUL - SC CEP: 89163-554</b>						
Data do Documento 20/09/2017	Número do Documento 170954P01	Espécie Documento DM	Aceite NÃO	Data do Processamento 20/09/2017	Nosso Número 175/00030268-2	
Uso do Banco	Carteira 175	Moeda R\$	Quantidade	Valor <b>21,39</b>	Valor do Documento <b>21,39</b>	

Instruções de Responsabilidade do Beneficiário. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o Beneficiário.

PROTESTAR EM 5 DIAS CORRIDOS APOS O VENCIMENTO  
COBRAR MULTA DE R\$ 0,64 APOS O VENCIMENTO  
COBRAR JUROS DE R\$ 0,01 POR DIA DE ATRASO PARA PAGAMENTO A PARTIR DI 20/10/2017

(-) Descontos/Abatimentos
(-) Outras Deduções
(+) Mora/Multa
(+) Outros Acréscimos
Valor Cobrado

Pagador: **Associação Hospitalar Angelina Meneghelli** CNPJ: 95.952.321/0001-00  
Rua Leandro Meneghelli, 17 Centro  
89148-000 VITOR MEIRELES SC

Sacador / Avalista:



FICHA DE COMPENSAÇÃO  
Autenticação Mecânica



### Transações Pendentes

A33S211059543205012  
21/09/2017 11:01:54

---

#### Pagamento de títulos com débito em conta corrente

---

21/09/2017 - BANCO DO BRASIL - 11:01:55  
543805438 0001

#### COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: HOSP ANGELINA MENEGHELLI  
AGENCIA: 5438-0 CONTA: 15.338-9

ITAU UNIBANCO S.A.

34191750090302690848730634110008173490000002139  
NR. DOCUMENTO 92.104  
DATA DO PAGAMENTO 21/09/2017  
VALOR DO DOCUMENTO 21,39  
VALOR COBRADO 21,39

NR.AUTENTICACAO 9.49E.2CF.917.743.681

Central de Atendimento BB  
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas  
0800 729 0001 Demais localidades  
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC  
0800 729 0722  
Informacoes, reclamacoes e cancelamento de  
produtos e servicos.

Ouvidoria  
0800 729 5678  
Reclamacoes nao solucionadas nos canais  
habituais: agencia, SAC e demais canais de  
atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala  
0800 729 0088  
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de  
cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Assinada por	JB628923 MANOEL MARCELINO	21/09/2017 11:00:56
	JB628924 VILMAR MORGUENROTH	21/09/2017 11:01:54

Transação efetuada com sucesso.

---

Transação efetuada com sucesso por: JB628924 VILMAR MORGUENROTH.



**Banco Itaú | 341-7**

**RECIBO DO PAGADOR**

Beneficiário <b>Altermed Material Médico Hospitalar Ltda</b>	Agência / Cód. Beneficiário <b>8483/06341-1</b>	Data do Documento <b>20/09/2017</b>	Vencimento <b>20/11/2017</b>
Pagador <b>Associação Hospitalar Angelina Meneghelli</b>	Nosso Número <b>175/00030269-0</b>	Número do Documento <b>170954P02</b>	Valor <b>21,39</b>
<p><b>Instruções de Responsabilidade do Beneficiário. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o Beneficiário.</b></p> <p>PROTESTAR EM 5 DIAS CORRIDOS APOS O VENCIMENTO            COBRAR MULTA DE R\$ 0,43 APOS O VENCIMENTO            COBRAR JUROS DE R\$ 0,01 POR DIA DE ATRASO PARA PAGAMENTO A PARTIR DI 20/11/2017</p>			

**Autenticação Mecânica**



**Banco Itaú | 341-7**

34191.75009 03026.908487 30634.110008 1 73490000002139

Local de Pagamento <b>Até o vencimento, preferencialmente no ITAÚ, após o vencimento, somente no ITAÚ.</b>						Vencimento <b>20/11/2017</b>
Beneficiário / CNPJ <b>Altermed Material Médico Hospitalar Ltda</b> <b>CNPJ: 00.802.002/0001-02</b>					Agência / Cód. Beneficiário <b>8483/06341-1</b>	
<b>Estrada Boa Esperança 2320- Fundo Canoas - RIO DO SUL</b> <b>- SC CEP: 89163-554</b>						
Data do Documento <b>20/09/2017</b>	Número do Documento <b>170954P02</b>	Espécie Documento <b>DM</b>	Aceite <b>NÃO</b>	Data do Processamento <b>20/09/2017</b>	Nosso Número <b>175/00030269-0</b>	
Uso do Banco	Carteira <b>175</b>	Moeda <b>R\$</b>	Quantidade	Valor <b>21,39</b>	Valor do Documento <b>21,39</b>	
<p><b>Instruções de Responsabilidade do Beneficiário. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o Beneficiário.</b></p> <p>PROTESTAR EM 5 DIAS CORRIDOS APOS O VENCIMENTO            COBRAR MULTA DE R\$ 0,64 APOS O VENCIMENTO            COBRAR JUROS DE R\$ 0,01 POR DIA DE ATRASO PARA PAGAMENTO A PARTIR DI 20/11/2017</p>						(-) Descontos/Abatimentos (-) Outras Deduções (+) Mora/Multa (+) Outros Acréscimos Valor Cobrado
Pagador: <b>Associação Hospitalar Angelina Meneghelli</b> Rua Leandro Meneghelli 89148-000      VITOR MEIRELES			CNPJ: 95.952.321/0001-00 , 17      Centro SC			
Sacador / Avalista:						



**FICHA DE COMPENSAÇÃO**  
**Autenticação Mecânica**





### Transações Pendentes

A33R211053491636012  
21/09/2017 10:58:12

#### Pagamento de títulos com débito em conta corrente

21/09/2017 - BANCO DO BRASIL - 10:58:12  
543805438 0001

#### COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: HOSP ANGELINA MENEGHELLI  
AGENCIA: 5438-0 CONTA: 15.338-9

ITAU UNIBANCO S.A.

34191750090302682848730634110008573180000002139  
NR. DOCUMENTO 92.103  
DATA DO PAGAMENTO 21/09/2017  
VALOR DO DOCUMENTO 21,39  
VALOR COBRADO 21,39

NR.AUTENTICACAO 9.36A.791.D32.56F.659

Central de Atendimento BB  
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas  
0800 729 0001 Demais localidades  
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC  
0800 729 0722  
Informacoes, reclamacoes e cancelamento de  
produtos e servicos.

Ouvidoria  
0800 729 5678  
Reclamacoes nao solucionadas nos canais  
habituais: agencia, SAC e demais canais de  
atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala  
0800 729 0088  
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de  
cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Assinada por	JB628924 VILMAR MORGUENROTH	21/09/2017 10:56:54
	JB628923 MANOEL MARCELINO	21/09/2017 10:58:12

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JB628923 MANOEL MARCELINO.



**Banco Itaú | 341-7**

**RECIBO DO PAGADOR**

Beneficiário <b>Altermed Material Médico Hospitalar Ltda</b>	Agência / Cód. Beneficiário 8483/06341-1	Data do Documento 20/09/2017	Vencimento 20/12/2017
Pagador <b>Associação Hospitalar Angelina Meneghelli</b>	Nosso Número 175/00030270-8	Número do Documento 170954P03	Valor <b>21,39</b>
<p>Instruções de Responsabilidade do Beneficiário. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o Beneficiário.</p> <p>PROTESTAR EM 5 DIAS CORRIDOS APOS O VENCIMENTO            COBRAR MULTA DE R\$ 0,43 APOS O VENCIMENTO            COBRAR JUROS DE R\$ 0,01 POR DIA DE ATRASO PARA PAGAMENTO A PARTIR DI 20/12/2017</p>			

Autenticação Mecânica



**Banco Itaú | 341-7**

34191.75009 03027.088487 30634.110008 1 73790000002139

Local de Pagamento <b>Até o vencimento, preferencialmente no ITAÚ, após o vencimento, somente no ITAÚ.</b>					Vencimento 20/12/2017
Beneficiário / CNPJ <b>Altermed Material Médico Hospitalar Ltda</b> <b>Estrada Boa Esperança 2320 - Fundo Canoas - RIO DO SUL</b>				CNPJ: <b>00.802.002/0001-02</b> <b>- SC CEP: 89163-554</b>	Agência / Cód. Beneficiário 8483/06341-1
Data do Documento 20/09/2017	Número do Documento 170954P03	Espécie Documento DM	Aceite NÃO	Data do Processamento 20/09/2017	Nosso Número 175/00030270-8
Uso do Banco	Carteira 175	Moeda R\$	Quantidade	Valor <b>21,39</b>	Valor do Documento <b>21,39</b>
<p>Instruções de Responsabilidade do Beneficiário. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o Beneficiário.</p> <p>PROTESTAR EM 5 DIAS CORRIDOS APOS O VENCIMENTO            COBRAR MULTA DE R\$ 0,64 APOS O VENCIMENTO            COBRAR JUROS DE R\$ 0,01 POR DIA DE ATRASO PARA PAGAMENTO A PARTIR DI 20/12/2017</p>					(-) Descontos/Abatimentos (-) Outras Deduções (+) Mora/Multa (+) Outros Acréscimos Valor Cobrado
Pagador: <b>Associação Hospitalar Angelina Meneghelli</b> Rua Leandro Meneghelli 89148-000 VITOR MEIRELES			CNPJ: 95.952.321/0001-00 , 17 Centro SC		
Sacador / Avalista:					



FICHA DE COMPENSAÇÃO  
Autenticação Mecânica



## Transações Pendentes

A33S211142662992012  
21/09/2017 11:49:46

### Pagamento de títulos com débito em conta corrente

21/09/2017 - BANCO DO BRASIL - 11:49:48  
543805438 0001

#### COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: HOSP ANGELINA MENEGHELLI  
AGENCIA: 5438-0 CONTA: 15.338-9

ITAU UNIBANCO S.A.

34191750090302708848730634110008173790000002139  
NR. DOCUMENTO 92.105  
DATA DO PAGAMENTO 21/09/2017  
VALOR DO DOCUMENTO 21,39  
VALOR COBRADO 21,39

NR.AUTENTICACAO 1.07C.D83.006.298.471

Central de Atendimento BB  
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas  
0800 729 0001 Demais localidades  
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC  
0800 729 0722  
Informacoes, reclamacoes e cancelamento de  
produtos e servicos.

Ouvidoria  
0800 729 5678  
Reclamacoes nao solucionadas nos canais  
habituais: agencia, SAC e demais canais de  
atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala  
0800 729 0088  
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de  
cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Assinada por	JB628924 VILMAR MORGUENROTH	21/09/2017 11:47:47
	JB628923 MANOEL MARCELINO	21/09/2017 11:49:46

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JB628923 MANOEL MARCELINO.

RUA LEANDRO MENEGHELLI,17 CENTRO-VITOR MEIRELES SC

CNPJ 95.952.321/0001-00

CNES-2377659

BPA DO MÊS SETEMBRO-2017

## Mac-Média e Alta Complexidade

Sequência	Procedimento	Código	Quantidade	CBO
01	CONSULTA	03.01.06.00.96	223	255125
02	MEDICAÇÃO	03.01.10.00.12	180	322205
03	OBSERVAÇÃO	03.01.06.00.29	23	225125
04	INTERNAÇÃO		22	
05				
<b>TOTAL</b>			<b>448</b>	

## PAB-PISO DE ATENÇÃO BÁSICA

SEQUÊNCIA	PROCEDIMENTO	CÓDIGO	QUANTIDADE	CBO
01	SUTURA	04.01.01.00.66	11	225125
02	CURATIVO	04.01.01.00.23	14	223505
<b>TOTAL</b>			<b>25</b>	

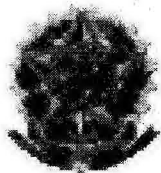
OBS:Os documentos encontram-se arquivados na instituição.

Vitor Meireles,30 de Setembro de 2017



Vilmar Morghenroth

Presidente da Associação Hospitalar Angelina Meneghelli

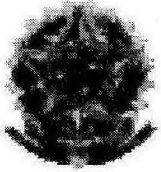


MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal do Brasil  
Documento de Arrecadação de Receitas Federais

## DARF


01 - Nome / Telefone da Empresa ASSOCIACAO HOSPITALAR ANGELINA MENEGHELL (47) 3258-0222	02 - Período de Apuração	28/02/2018
Base de Cálculo: 31.833,17	03 - Número do CPF ou CNPJ	95.952.321/0001-00
Observação:	04 - Código da Receita	8301
<p style="text-align: center;"><b>ATENÇÃO</b></p> <p>É vedado o recolhimento de tributos administrados pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) cujo valor total seja inferior a R\$ 10,00. Ocorrendo tal situação, adicione esse valor ao tributo de mesmo código de períodos subsequentes, até que o total seja igual ou superior à R\$ 10,00.</p> <p>Valores expressos em reais.</p>	05 - Número de Referência	
	06 - Data de Vencimento	23/03/2018
	07 - Valor Principal	318,33
	08 - Valor da Multa	
	09 - Valor dos Juros e / ou Encargo DL - 1.025/69	
	10 - Valor Total	318,33
<b>11 - Autenticação Bancária (Somente 1ª e 2ª Vias)</b>		

folha SCI VISUAL Practice

 <p>MINISTÉRIO DA FAZENDA Secretaria da Receita Federal do Brasil Documento de Arrecadação de Receitas Federais</p> <h2>DARF</h2>	02 - Período de Apuração	28/02/2018
	03 - Número do CPF ou CNPJ	95.952.321/0001-00
	04 - Código da Receita	8301
	05 - Número de Referência	
	06 - Data de Vencimento	23/03/2018
	07 - Valor Principal	318,33
<p>Observação:</p> <p style="text-align: center;"><b>ATENÇÃO</b></p> <p>É vedado o recolhimento de tributos administrados pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) cujo valor total seja inferior a R\$ 10,00. Ocorrendo tal situação, adicione esse valor ao tributo de mesmo código de períodos subsequentes, até que o total seja igual ou superior à R\$ 10,00.</p> <p>Valores expressos em reais.</p>	08 - Valor da Multa	
	09 - Valor dos Juros e / ou Encargo DL - 1.025/69	
	10 - Valor Total	318,33
	<b>11 - Autenticação Bancária (Somente 1ª e 2ª Vias)</b>	

folha SCI VISUAL Practice

Vencimento: 20/03/2018

 <p>MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL - MPAS INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS</p> <p><b>GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS</b></p>	3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO	2100
	4 - COMPETÊNCIA	02/2018
	5 - IDENTIFICADOR	95.952.321/0001-00
<p>1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO</p> <p>ASSOCIACAO HOSPITALAR ANGELINA MENEGHELLI RUA LEANDRO MENEGHELLI, 17 CENTRO - VITOR MEIRELES - SC 89148-000 47 3258-0222</p>	6 - VALOR DO INSS	9.478,21
	7 -	
	8 -	
	9 - VALOR DE OUTRAS ENTIDADES	1.846,32
<p>2 - VENCIMENTO</p> <p>(Uso exclusivo INSS)</p>	10 - ATM/MULTAS E JUROS	
<p><b>ATENÇÃO:</b> É vedada a utilização de GPS para Recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em Resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.</p>	11 - TOTAL	11.324,53
	12 - AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA	

CONTABILIDADE BOING

folha SCI VISUAL Practice

Vencimento: 20/03/2018

 <p>MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL - MPAS INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS</p> <p><b>GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS</b></p>	3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO	2100
	4 - COMPETÊNCIA	02/2018
	5 - IDENTIFICADOR	95.952.321/0001-00
<p>1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO</p> <p>ASSOCIACAO HOSPITALAR ANGELINA MENEGHELLI RUA LEANDRO MENEGHELLI, 17 CENTRO - VITOR MEIRELES - SC 89148-000 47 3258-0222</p>	6 - VALOR DO INSS	9.478,21
	7 -	
	8 -	
	9 - VALOR DE OUTRAS ENTIDADES	1.846,32
<p>2 - VENCIMENTO</p> <p>(Uso exclusivo INSS)</p>	10 - ATM/MULTAS E JUROS	
<p><b>ATENÇÃO:</b> É vedada a utilização de GPS para Recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em Resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.</p>	11 - TOTAL	11.324,53
	12 - AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA	

CONTABILIDADE BOING

folha SCI VISUAL Practice

AUTENTICACAO SISBB: 8.50B.1C4.438.DC8.66E

=====

CENTRAL DE ATENDIMENTO BB  
4004 0001 CAPITAIS E REGIOES METROPOLITANAS  
0800 729 0001 DEMAIS LOCALIDADES  
CONSULTAS, INFORMACOES E SERVICOS TRANSACIONAIS.

SAC  
0800 729 0722  
INFORMACOES, RECLAMACOES E CANCELAMENTO DE  
PRODUTOS E SERVICOS.

OUIDORIA  
0800 729 5678  
RECLAMACOES NAO SOLUCIONADAS NOS CANAIS  
HABITUAIS: AGENCIA, SAC E DEMAIS CANAIS DE  
ATENDIMENTO.

ATENDIMENTO A DEFICIENTES AUDITIVOS OU DE FALA  
0800 729 0088  
INFORMACOES, RECLAMACOES, CANCELAMENTO DE  
CARTAO, OUTROS PRODUTOS E SERVICOS DE OUIDORIA.

\*\*\*\*\* VIA CONTRIBUINTE \*\*\*\*\*

---

Assinada por	JB628924 VILMAR MORGUENROTH	07/03/2018 13:47:34
	JB628923 MANOEL MARCELINO	07/03/2018 13:48:08

Transação efetuada com sucesso.

---

Transação efetuada com sucesso por: JB628923 MANOEL MARCELINO.

**Transações Pendentes**A33Y071402565425010  
07/03/2018 14:11:54

---

**DOC ou TED Eletrônico****Debitado**

---

Agência 5438-0  
Conta corrente 15338-9 HOSP ANGELINA MENEGHELLI

**Creditado**

---

Banco 104 CAIXA ECONOMICA FEDERAL  
Agência (sem DV) 4441 PRESIDENTE GETULIO  
Conta corrente (com DV) 5510  
CNPJ 04.356.640/0001-90  
Nome favorecido LTT SERVICOS MEDICOS LTDA  
Finalidade CREDITO EM CONTA CORRENTE  
Número documento 30.707  
Valor 4.709,71  
Data transferência 07/03/2018

"C" - CPF/CNPJ  
diferente

Autenticação SISBB B1E6E91C1FB49A80

---

Assinada por JB628924 VILMAR MORGUENROTH  
JB628923 MANOEL MARCELINO

07/03/2018 14:10:50

07/03/2018 14:11:54

Transação efetuada com sucesso.

---

Transação efetuada com sucesso por: JB628923 MANOEL MARCELINO.





Companhia Catarinense de Águas e Saneamento

CNPJMF - 82508433/0001-17

# FATURA DE ÁGUA / ESGOTO

AGÊNCIA: VÍTOR MEIRELLES TELEFONE: 0800 643 0195

ENDEREÇO: RUA SERAFIM VENDRAMIN,  
OUVIDORIA CASAN: www.casan.com.br/ouvidoria

MATRÍCULA	MÊS / FATURAMENTO	VENCIMENTO
596133-5	02/2018	05/03/2018

LOCALIZAÇÃO: 781.825.021.0420.01 DATA APRESENTAÇÃO: 02/02/2018

AVISO DE 02/02/2018 1055 1.21.6 CPF-CNPJ

PROPRIETÁRIO: ASSOC HOSP ANGELINA MENEGHELLI 95.952.321/0001-00

USUÁRIO: ASSOC HOSP ANGELINA MENEGHELLI 95.952.321/0001-00

ENDEREÇO: R. LEANDRO MENEGHELLI, 17 -  
CEP: 89148-000 MUN: VÍTOR MEIRELLES

SITUAÇÃO DO FATURAMENTO: ENTREGA NO IMÓVEL  
NÚMERO DO HIDROMETRO: B17C003889

MANTENIMENTO PADRÃO		HISTÓRICO				
ULTIMOS 6 MÊSES (m³)	60/60000	DATA DA LEITURA	MES/ANO	OCCORRÊNCIA	LEITURA (m³)	VOLUME (m³)
VOLUME MÉDIO (m³)	60,00/60000	02/02/2018	02/2018	MÍNIMO	110	60
ULTIMOS 6 MÊSES (m³)	1,96/1964	05/01/2018	01/2018	MÍNIMO	55	60
VOLUME MÉDIO DIÁRIO (m³)	1,96/1964	04/12/2017	12/2017	MÍNIMO	7	60
ECONOMIAS POR CATEGORIA		02/11/2017	11/2017	MÍNIMO	1918	60
MES	CAT	IND	PUB	PAGAL		
000	000	000	006	006		
NÚMERO SEQUENCIAL		03/10/2017	10/2017	MÍNIMO	1867	60
G51-000345	105.961.331.802	04/09/2017	09/2017	MÍNIMO	1815	60
		02/08/2017	08/2017	MÍNIMO	1750	60

TABELA TARIFÁRIA	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS FATURADOS	PARC	VALOR FATURADO
RESIDENCIAL FAIXA VOLUME R\$/m³	SERVIÇOS		
	FATURAMENTO ÁGUA		373,62
NÃO RESIDENCIAL FAIXA VOLUME R\$/m³			
ATE 10 6,2270			
11 999999 10,3330			

TOTAL TRIBUTÁVEL	TRIBUTOS	TOTAL A PAGAR
373,62	PIS (1,65%) 6,16 COFINS (7,60%) 28,40	373,62

IRREGULARIDADES/ANORMALIDADES  
PROCEDIMENTO PADRÃO

INFORMAÇÃO DA QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA - (SIGNIFICADOS NO VERSO)  
DECRETO PRESIDENCIAL N.º 440 DE 2010, PORTARIA N.º 2914/11 MS E PORTARIA ESTADUAL N.º 271/10

1. CARACTERÍSTICAS FÍSICO - QUÍMICAS			
PARAMETROS/AMOSTRAS	PORTARIA N.º 2914/11	REALIZADAS	EM CONFORMIDADE
TURBIDEZ	10	10	4
COR APARENTE	10	10	3
CLORO RESIDUAL	10	10	8
FLUOR	8	8	2

2. CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS			
PARAMETROS/AMOSTRAS	PORTARIA N.º 2914/11	REALIZADAS	EM CONFORMIDADE
COLIFORMES TOTAIS	10	10	SIM
ESCHERICHIA COLI	10	10	SIM

3. CONCLUSÃO  
 ↓ EVENTUAIS ANÁLISES FORA DO PADRÃO FORAM REFEITAS, ACOMPANHADAS DE AÇÕES CORRETIVAS EM TEMPO HABIL, PARA GARANTIR A QUALIDADE DA ÁGUA ↓.

Outras informações sobre a qualidade da água:  
<http://www.casan.com.br>

## AVISOS