

2

MOVIMENTO DE

AGOSTO DE

2018



PREFEITURA MUNICIPAL DE VITOR MEIRELES
ESTADO DE SANTA CATARINA
CONTROLADORIA INTERNA

PARECER 018/2018

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 003/2018, no valor de R\$ 98.537,00, referente aos empenhos nº 831 pago em 06/08/2018, e nº 907, pago em 22/08/2018;

Considerando o Parecer Contábil;

Considerando o Parecer da Comissão de Monitoramento e Avaliação;

Considerando o Parecer Técnico do Gestor, e;

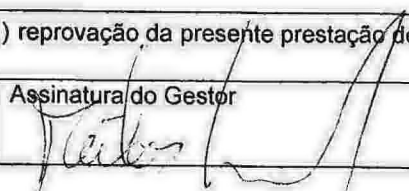
Considerando todos os quesitos analisados o Parecer deste Controle Interno é pela **APROVAÇÃO** da prestação de contas da ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR ANGELINA MENEGHELLI – AHAM.

É o parecer.

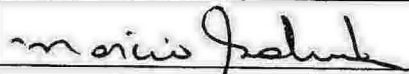
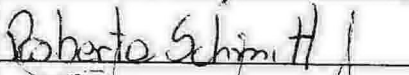

Vitor Meireles/ SC, 28 de Setembro de 2018.


Adm/ ANDRÉ LUIS RINALDI
CRA/SC 10.430
Controlador Interno

PARECER TÉCNICO DO GESTOR

Parecer Nº 03	Nº Processo 03/2018	Data Recebimento da Prestação de Contas 29/08/2018
De: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE		
Para: Comissão de Monitoramento e Avaliação e/ou Avaliação		
<input checked="" type="checkbox"/> Prestação de Contas Parcial – Parcela nº 02 <input type="checkbox"/> Prestação de Contas Final		
Número da Parceria: 03	Período a que se refere a prestação de contas: Agosto/2018	Período de Vigência 01/06/2018 a 31/05/2019
Nome da organização: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR ANGELINA MENEGHELLI		
Objeto da parceria: Execução de serviços hospitalares, procedimentos ambulatoriais e hospitalares eletivos.		
Valor total da parceria (R\$) 1.180.200,00	Valor da parcela repassado (R\$) 98.537,00	Valor da parcela comprovadamente utilizados (R\$) 98.537,00
Valor da aplicação financeira (R\$) 0,00	Contrapartida (R\$) 0,00	Devoluções efetuadas (R\$) 0,00
Relação detalhada das atividades e metas estabelecidas: As atividades desenvolvidas são as constantes do relatório.		
As atividades realizadas, alcançaram as metas esperadas, proporcionando um benefício social 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 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 30/08/2018	Nome do Gestor TEILOR PETERSEN	Assinatura do Gestor 

PARECER DA COMISSÃO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Parecer Nº 03	Nº Processo 03/2018	Data Recebimento da Prestação de Contas 29/08/2018
De: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE		
Para: Comissão de Monitoramento e Avaliação e/ou Avaliação		
<input checked="" type="checkbox"/> Prestação de Contas Parcial – Parcela nº 02 <input type="checkbox"/> Prestação de Contas Final		
Número da Parceria: 03	Período a que se refere a prestação de contas: Agosto/2018	Período de Vigência 01/06/2018 a 31/05/2019
Nome da organização: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR ANGELINA MENEGHELLI		
Objeto da parceria: Execução de serviços hospitalares, procedimentos ambulatoriais e hospitalares eletivos.		
Valor total da parceria (R\$) 1.180.200,00	Valor da parcela repassado (R\$) 98.537,00	Valor da parcela comprovadamente utilizados (R\$) 98.537,00
Valor da aplicação financeira (R\$) 0,00	Contrapartida (R\$) 0,00	Devoluções efetuadas (R\$) 0,00
Relação detalhada das atividades e metas estabelecidas: As atividades desenvolvidas são as constantes do relatório.		
As atividades realizadas, alcançaram as metas esperadas, proporcionando um benefício social 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 30/08/2018	MÁRCIO SALVADOR Membro da Comissão	
Data 30/08/2018	ROBERTA SCHMITT Membro da Comissão	
Data 30/08/2018	TEILOR PETERSEN Membro da Comissão	



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 003/2018, no valor de R\$ 4.137,00, empenhos n.º 967 de 21/08/2018, pago em 22/08/2018, 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, 29 de agosto de 2018.



LUIS CARLOS POING
Contador
CRC 23.187/O-6

PREFEITURA MUNICIPAL DE VITOR MEIRELES
VITOR MEIRELES-S.C

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR ANGELINA MENEGHELLI

Rua: Leandro Meneghelli, 123 – Centro

Cep: 89.148-000 - Vitor Meireles – Santa Catarina

Email: ahamvm@gmail.com.br – Fone (47) 3258-0222

**PRESTAÇÃO DE CONTAS:
RECURSOS RECEBIDOS EMPENHO**



Vilmar Morghenroth
Presidente da AHAM
Gestão 2017/2019
CPF: 736.091.379-91

Prefeitura Municipal de Vitor Meireles
Protocolo nº 23118
Recebido 29 AGO 2018

Ass. do Responsável

Ass. do Responsável
Recebido 29 AGO 2018
Protocolo nº _____
Prefeitura Municipal de Vitor Meireles

PREFEITURA MUNICIPAL DE VITOR MEIRELES

1-PRESTAÇÃO DE CONTAS

1.1-IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE:

NOME DA ENTIDADE: Associação Hospitalar Angelina Meneghelli

CNPJ n. 95.952.321/000100

EMPENHO : Data depósito 06/08/2018 Valor R\$ 4.137,00

1.2-Demonstrativo dos Gastos- TC-28;

1.3-Extrato Bancário e cópia de cheques;

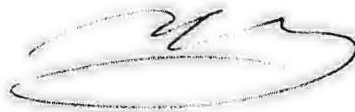
1.4-Declaração dos recursos recebidos:

Vitor Meireles/SC,30 de agosto 2018

Vilmar Morghenroth

PRESIDENTE

Gestao2017/2019



Vilmar Morghenroth
Presidente da AHAM
Gestão 2017/2019
CPF:736.091.379-91

		MÊS E ANO		ANEXO TC - 28	
		ago/18			
ORDENADOR DA DESPESA: Teilor Petersem					
ENTIDADE BENEFICIADA: Associação Hospitalar Angelina Meneghelli					
ENDEREÇO: Rua Leandro Meneghelli, 123				CEP: 89148-000	
RESPONSÁVEL: Vilmar Morghenroth			CPF: 736.091.379-91		
NOTA DE EMPENHO 967		21/08/2018		valor R\$ 4.137,00	
PROJETO ATIVIDADE 2018			ITEM/FONTE: 10200		
ORDEM DE PAGAMENTO 1190		22/08/2018		valor R\$ 4.137,00	
HISTORICO FIEL DA FINALIDADE: Repasse financeiro, destinado especificamente para a manutenção da entidade					
Associação Hospitalar Angelina Meneghelli, conforme termo de colaboração 001/2017					
DOCUMENTO					
NÚMERO	Data	HISTORICO	RECEBIMENTOS	PAGAMENTOS	
	22/08/18	Fundo Municipal	R\$ 4.137,00		
	22/08/18	TARIFA		R\$	1,15
	23/08/18	ELIZABETE DE AVELAR CERQUEIRA		R\$	4.135,85
TOTAL					4.137,00

Vitor Meireles, 30 agosto de 2018



Vilmar Morghenroth
Presidente AHAM

CERTIFICO PARA OS DEVIDOS FINS
QUE O MATERIAL E OU SERVIÇO
FOI PRESTADO PARA A AHAM
VITOR MEIRELES 29/08/18



Vilmar Morghenroth
Presidente da AHAM
Gestão 2017/2019
CPF: 736.091.379-91



Consultas - Extrato de conta corrente

Cliente - Conta atual

Agência 5438-0
 Conta corrente 15338-9 HOSP ANGELINA MENEGHELLI
 Período do extrato mês atual a partir do dia 22

Lançamentos

Dt. balancete	Dt. movimento	Ag. origem	Lote	Histórico	Documento	Valor R\$	Saldo
17/08/2018		0000	00000	000 Saldo Anterior			0,00 C
22/08/2018		5438	99026	870 Transferência recebida	665.438.000.010.000	4.137,00 C	
				22/08 5438 10000-5 FUNDO MUNICIPAL			
22/08/2018		0000	13113	170 Tarifa Transf Recurso-E/I	832.340.800.728.183	1,15 D	4.135,85 C
				Tarifa pendente referente a 17/08/2018			
23/08/2018		5438	99015	470 Transferência enviada	555.438.000.006.586	4.135,85 D	0,00 C
				23/08 5438 6586-2 ELIZABETTE A C			
27/08/2018		0000	00000	999 S A L D O			0,00 C
Saldo							0,00 C
Juros							0,00
Data de Debito de Juros							31/08/2018
IOF							0,00
Data de Debito de IOF							03/09/2018

OBSERVAÇÕES:

Há tarifas pendentes de cobrança. Total em 27/08/2018 R\$ 1,15. Sujeito à cobrança quando ocorrer saldo positivo na conta corrente. Procure sua agência.

Transação efetuada com sucesso por: JB628924 VILMAR MORGUENROTH.

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR

01 CNPJ/CEI 95.952.321/0001-00	02 Razão Social/Nome 84 - ASSOCIACAO HOSPITALAR ANGELINA MENEGHELLI			
03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) RUA LEANDRO MENEGHELLI, 17			04 Bairro CENTRO	
05 Município Vitor Meireles	06 UF SC	07 CEP 89148-000	08 CNAE 8610101	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR				
10 PIS/PASEP 203.57970.14.9	11 Nome 55 - ELIZABETTE DE AVELAR CERQUEIRA			
12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) RUA SANTA CATARINA			13 Bairro PALMITOS	
14 Município Vitor Meireles	15 UF SC	16 CEP 89148-000	17 CTPS (nº, série, UF) 1480826-002-0/BA	18 CPF 033.650.975-89
19 Data de Nascimento 09/02/1989	20 Nome da Mãe JACIRA BRITO DE AVELAR			

DADOS DO CONTRATO

21 Tipo de Contrato 1 - Contrato de trabalho por prazo indeterminado				
22 Causa do Afastamento Despedida sem justa causa, pelo empregador				
23 Remuneração Mês Ant. R\$ 3.808,13	24 Data de Admissão 09/06/2015	25 Data do Aviso Prévio 24/07/2018	26 Data do Afastamento 22/08/2018	27 Cód. Afastamento SJ2
28 Pensão Alim. (%) TRCT 0,00 %	29 Pensão Alim. (%) FGTS 0,00 %	30 Categoria do Trabalhador 01 - Empregado		
31 Código Sindical	32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral 82.624.982/0001-57 / SINDICATO EMPR EST SERV SAUDE BLUMENAU			

DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS

VERBAS RESCISÓRIAS

Rubrica	Valor	Rubrica	Valor	Rubrica	Valor
50 Saído de 22 /dias Salário (líquido de 0 /faltas e DSR)	R\$ 1.896,44	52 Gratificação	R\$ 0,00	53 Adicional de insalubridade 20,00 %	R\$ 144,06
63 13º salário proporcional 8/12 avos	R\$ 2.118,46	65 Férias proporcionais 2/12 avos	R\$ 548,67	66 Férias vencidas Per. Aquis. 09/06/2017 à 08/06/2018	R\$ 1.781,51
66.1 1/3 Férias vencidas 09/06/2017 à 08/06/2018	R\$ 717,62	66.2 Férias vencidas adicionais	R\$ 135,33	66.3 Férias vencidas médias H.E.	R\$ 203,08
66.4 Férias vencidas médias D.S.R H.E.	R\$ 32,93	68 Terço constitucional de férias	R\$ 182,89	73 Prêmios	R\$ 0,00
95 Outras verbas	R\$ 0,00				
		99 Ajuste do saldo devedor	R\$ 0,00	TOTAL BRUTO	R\$ 7.760,99

DEDUÇÕES

Desconto	Valor	Desconto	Valor	Desconto	Valor
106 Vale transporte	R\$ 0,00	112.1 Previdência social	R\$ 183,64	112.2 Previdência social 13º salário	R\$ 190,66
114.1 IRRF sobre 13º salário	R\$ 1,79	115 Outros descontos	R\$ 0,00		

TERMO DE QUITAÇÃO DE RESCISÃO DE CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR				
01 CNPJ/CEI 95.952.321/0001-00		02 Razão Social/Nome 84 - ASSOCIACAO HOSPITALAR ANGELINA MENEGHELLI		
TRABALHADOR				
10 PIS/PASEP 203.57970.14.9		11 Nome 55 - ELIZABETTE DE AVELAR CERQUEIRA		
17 CTPS (nº, série, UF) 1480826-002-0/BA		18 CPF 033.650.975-89	19 Data de Nascimento 09/02/1989	20 Nome da Mãe JACIRA BRITO DE AVELAR
CONTRATO				
22 Causa do Afastamento Despedida sem justa causa, pelo empregador				
24 Data de Admissão 09/06/2015	25 Data do Aviso Prévio 24/07/2018	26 Data do Afastamento 22/08/2018	27 Cód. Afast. SJ2	29 Pensão Alimentícia (%) FGTS 0,00 %
30 Categoria do Trabalhador				
01 - Empregado				

No dia / / foi realizado, nos termos da lei 13.467/2017, art. 477, § 4º, o efetivo pagamento das verbas rescisórias especificadas no corpo do TRCT, no valor líquido de R\$ 7.384,90, o qual, devidamente rubricado pelas partes, é parte integrante do presente Termo de Quitação.

VM em 22 de Agosto de 2018



150 Assinatura do empregador ou preposto
VILMAR MORGHENROTH

★ Elizabette de Avelar Cerqueira

151 Assinatura do trabalhador
ELIZABETTE DE AVELAR CERQUEIRA
CPF: 033.650.975-89

152 Assinatura do responsável legal do trabalhador

Vilmar Morghenroth
Presidente da AHAM
Gestão 2017/2019
CPF: 736.091.379-91

CERTIFICO PARA OS DEVIDOS FINS
QUE O MATERIAL E OUV SERVIÇO
FOI PAGHO PARA A AHAM
VITOR MENEGHELLI 29/08/2018

**Transações Pendentes**A33G231007205645010
23/08/2018 10:13:28

Transferência entre contas diversas**Debitado**

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

Creditado

Nome	ELIZABETTE A CERQUEIRA
Agência	5438-0
Conta corrente	6586-2
Valor	4.135,85
Data	Nesta data

Assinada por	JB628924 VILMAR MORGUENROTH	23/08/2018 10:12:51
	JB628923 MANOEL MARCELINO	23/08/2018 10:13:28

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JB628923 MANOEL MARCELINO.

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR ANGELINA MENEGHELLI

PAGAMENTOS PARCIAIS DURANTE O MÊS DE AGOSTO/2018

Fornecedor: Elizabete de Avelar Cerqueira

NT 32 Emissão 23/08/2018 valor de: 7.760,99

Acerto de contas

Data Pagto	valor pago	Mês do repasse	saldo a pagar
P1 23/08//18	4.135,85	agosto	3.625,14



Vilmar Morghenroth

Presidente da A.H.A.M

Vilmar Morghenroth
Presidente da AHAM
Gestão 2017/2019
CPF: 736.091.379-91