

1

MOVIMENTO

DE

AGOSTO DE

2022

A.H.A.M



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

**PARECER SOBRE A PRESTAÇÃO DE CONTAS DE TRANSFERÊNCIAS**  
**VOLUNTÁRIAS Nº 033/2022**

<b>Beneficiário:</b>	Associação Hospitalar Angelina Meneghelli - AHAM
<b>Empenho:</b>	1029 -
<b>Valor:</b>	28.462,52

No cumprimento das atribuições estabelecidas nos Art. 31 e 74 da Constituição Federal, inciso XXVII, art. 4º e em de acordo com a Instrução Normativa 14/2012 do TCE/SC, trata da manifestação da Controladoria do Município a cerca da prestação de contas de recursos repassados e demais normas que regulam as atribuições do Sistema de Controle Interno, referentes ao exercício do controle prévio e concomitante dos atos de gestão, segue:

**TÍTULO:** Parecer AHAM

**ASSUNTO:**

Tratam os autos da prestação de contas dos recursos a título de Termo de Colaboração/Fomento/Cooperação repassados à entidade mediante Empenho nº 1029 - no valor de R\$ 28.462,52, conforme detalhado no Plano de Trabalho.

**DOS FATOS:**

Da análise do processo de prestação de contas, após análise pelo concedente encaminhados à esta Controladoria, entende-se que os procedimentos utilizados estão de acordo com as normas legais e regulamentares.

**CONCLUSÃO:**

Sendo assim, emito parecer pela **REGULARIDADE** da prestação de contas. Sendo estas as considerações, submetem-se os autos à apreciação da autoridade administrativa competente para pronunciamento e posterior encaminhamento ao setor de Contabilidade para providências necessárias.

Sendo estas as considerações, submetem-se os autos à apreciação de Vossa Senhoria.

Vitor Meireles, 23 de Setembro de 2022

Atenciosamente,



Documento Assinado Eletronicamente por:

**André Luís Rinaldi**

005.\*\*\*-\*\*-\*\*

23/09/2022 16:50:35hrs

Para validar sua autenticidade espante o código ao lado

**André Luís Rinaldi**  
Controlador Interno



PREFEITURA MUNICIPAL  
**Vitor Meireles**  
Gabinete do Prefeito

**PARECER TÉCNICO DO GESTOR**

Parecer Nº 16	Nº Processo 03/2021	Data Recebimento da Prestação de Contas 26/08/2022
De: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE		
Para: Comissão de Monitoramento e Avaliação e/ou Avaliação		
<input checked="" type="checkbox"/> Prestação de Contas Parcial –		<input type="checkbox"/> Prestação de Contas Final
Número da Parceria: 03/2021	Período a que se refere a prestação de contas: agosto/2022	Período de Vigência 01/04/2021 a 30/09/2022
Nome da organização: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR ANGELINA MENEGHELLI		
Objeto da parceria: Execução de serviços hospitalares, procedimentos ambulatoriais e hospitalares eletivos.		
Valor total da parceria (R\$) 1.270.044,00	Valor da parcela repassado (R\$) 28.462,52	Valor da parcela comprovadamente utilizados (R\$) 29.095,32
Valor da aplicação financeira (R\$) 0,00	Contrapartida (R\$) 632,80	Saldo a Aplicar (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 type="checkbox"/> aprovação <input checked="" type="checkbox"/> aprovação com ressalvas <input type="checkbox"/> reprovação da presente prestação de contas.		
Data 29/08/2021	Nome do Gestor MARCELO SADLOWSKI	Assinatura do Gestor



PREFEITURA MUNICIPAL  
**Vitor Meireles**  
Gabinete do Prefeito

**PARECER DA COMISSÃO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

Parecer Nº 16	Nº Processo 03/2021	Data Recebimento da Prestação de Contas 26/08/2022
De: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE		
Para: Comissão de Monitoramento e Avaliação e/ou Avaliação		
<input checked="" type="checkbox"/> Prestação de Contas Parcial –		<input type="checkbox"/> Prestação de Contas Final
Número da Parceria: 03/2021	Período a que se refere a prestação de contas: agosto/2022	Período de Vigência 01/04/2021 a 30/09/2022
Nome da organização: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR ANGELINA MENEGHELLI		
Objeto da parceria: Execução de serviços hospitalares, procedimentos ambulatoriais e hospitalares eletivos.		
Valor total da parceria (R\$)  1.270.044,00	Valor da parcela repassado (R\$)  28.462,52	Valor da parcela comprovadamente utilizados (R\$)  29.095,32
Valor da aplicação financeira (R\$)  0,00	Contrapartida (R\$)  632,80	Saldo a Aplicar (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 <b>APROVAÇÃO</b> .		
Deste modo, recomendamos a <input type="checkbox"/> aprovação <input checked="" type="checkbox"/> aprovação com ressalvas <input type="checkbox"/> reprovação da presente prestação de contas.		
Data 29/08/2021	MÁRCIO SALVADOR Membro da Comissão	
Data 29/08/2021	SIMONE SARTOR Membro da Comissão	
Data 29/08/2021	WAGNER DE BRITO 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 003/2021, no valor de R\$ 28.462,52, empenho n.º 1029 de 17/08/2022, pago em 19/08/2022, 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 2022.

  
\_\_\_\_\_  
LUIS CARLOS BOING  
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](mailto:ahamvm@gmail.com.br) – Fone (47) 3258-0222*

**PRESTAÇÃO DE CONTAS:**  
**RECURSOS RECEBIDOS EMPENHO**

A handwritten signature in blue ink, consisting of a stylized, cursive script that is difficult to decipher but appears to be the name of the signatory.

Vilmar Morghenroth  
Presidente da AHAM  
Gestão 2021/2023  
CPF:736.091.379-91

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 :1029 Data depósito 19/08/2022

1.2 Demonstrativo dos Gastos- TC-28

1.3-Extrato Bancário e cópia de cheques;

1.4-Declaração dos recursos recebidos:

Vitor Meireles/SC,26 de agosto de 2022

*Vilmar Morghenroth*

PRESIDENTE

Gestão 2021/2023



Vilmar Morghenroth

Presidente da AHAM

Gestão 2021/2023

CPF:736.091.379-91

# DECLARAÇÃO

---

Declaro de acordo com o artigo 49 da Resolução TC-16/49, que os recursos recebidos foram regularmente empregados aos fins a que se destinavam, de acordo com a lei, cuja prestação de contas consta todos os documentos de despesa e estão legíveis e devidamente assinados pelo presidente da entidade.

Vitor Meireles/SC 26 de agosto de 2022

**Vilmar Morghenroth**

PRESIDENTE

Gestão 2021/2023

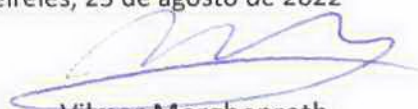


Vilmar Morghenroth  
Presidente da AHAM  
Gestão 2021/2023  
CPF: 736.091.379-91



		MÊS E ANO	ANEXO TC - 28	
		AGOSTO de 2022		
ORDENADOR DA DESPESA: MarceloSadlowski				
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 1029	17/08/2022	valor R\$ 28.462,52		
PROJETO ATIVIDADE 2021		ITEM/FONTE: 10200		
ORDEM DE PAGAMENTO 1437	19/08/2022	valor R\$ 28.462,52		
HISTORICO FIEL DA FINALIDADE: Repasse financeiro, destinado especificamente para a manutenção da entidade				
Associação Hospitalar Angelina Meneghelli, conforme termo de colaboração 003/2021				
DOCUMENTO		HISTORICO	RECEBIMENTOS	PAGAMENTOS
NÚMERO	Data			
	19/08/2022	FUNDO MUNICIPAL	R\$ 28.462,52	
	19/08/2022	FGTS DE RECISÃO		R\$ 11.121,08
	19/08/2022	RECISÃO ISABEL B. MORGHENROTH		R\$ 17.341,44
	25/08/2022	CONTRAPARTIDA 15001-0	R\$ 632,80	
		VALORES TOTAL	R\$ 29.095,32	R\$ 29.095,32

Vitor Meireles, 25 de agosto de 2022

  
Vilmar Morghenroth  
Presidente AHAM

Vilmar Morghenroth  
Presidente da AHAM  
Gestão 2021/2023  
CPF: 736.091.379-91

# Extrato de Conta Corrente

Instituição Financeira: 133

Agencia: 2038-9

Conta: 665-3

Saldo Disponível: R\$ 0,00

Consulta Posição Consolidada em 25/08/2022  
14:36:40 Período de 19/08/2022 à 25/08/2022

Data	Histórico	Valor
	Saldo Anterior	R\$ 0,00
19/08/2022	PIX CREDITO DE: SC 421935 FMS CUSTEIO SUS	+ R\$ 28.462,52
19/08/2022	DÉBITO DE ARRECADAÇÕES - INTERNET BANKING 20380019082201795	- R\$ 11.121,08
19/08/2022	ESTORNO DÉBITO DE ARRECADAÇÕES - INTERNET BANKING 20380019082201795	+ R\$ 11.121,08
19/08/2022	DÉBITO DE ARRECADAÇÕES - INTERNET BANKING 20380019082201796	- R\$ 11.121,08
19/08/2022	ESTORNO DÉBITO DE ARRECADAÇÕES - INTERNET BANKING 20380019082201796	+ R\$ 11.121,08
19/08/2022	PAGAMENTOS EFET. VIA GERENCIADOR PAGAMENTO GERENCIADOR FGTS	- R\$ 11.121,08
19/08/2022	TRANSF. ENTRE CONTAS DE TITULARIDADE DIFERENTE-D ISABEL - C/C 2.917-3	- R\$ 17.341,44
25/08/2022	TED CRÉDITO 001 5438 95952321000100 HOSP A	+ R\$ 632,80
25/08/2022	TRANSF. ENTRE CONTAS DE TITULARIDADE DIFERENTE-D ISABEL RECISAO - C/C 8.663-0	- R\$ 632,80
	(=) Saldo	R\$ 0,00
	(+) Limite de Crédito	R\$ 0,00
	(-) Juros Acumulados	R\$ 0,00
	(-) Juros de Adiantamento	R\$ 0,00
	(-) Débitos Pendentes	R\$ 0,00
	(-) IOF	R\$ 0,00
	(=) Saldo Disponível p/ Saque	R\$ 0,00
	(+) Saldo Bloqueado 24 hrs	R\$ 0,00
	(+) Saldo Bloqueado + 24 hrs	R\$ 0,00
	(-) Saldo Bloqueio Judicial	R\$ 0,00
	(-) Saldo Bloqueado MED	R\$ 0,00
	Saldo Bloqueado Empréstimo	R\$ 0,00
	Cheque Especial Taxa Mensal	0,00 %
	Cheque Especial Taxa Anual	0,00 %
	(=) Saldo Total	R\$ 0,00

Número Autenticação:

\*Podem existir movimentos passíveis de compensação durante o dia.



GRRF - Guia de Recolhimento Rescisório do FGTS  
Guia para recolhimento individual

Identificador: 23123759459523214

## Dados do Empregador

Razão Social: ASSOC HOSP ANGELINA MENEG CNPJ/CEI/CPF: 95.952.321/0001-00  
 Logradouro: RUA LEANDRO MENEGHELLI, 17 Bairro: CENTRO  
 Cidade: VITOR MEIRELES UF: SC CEP: 89148-000  
 Contato: VILMAR MORGHENROTH Fone: 47 32580140  
 FPAS: 639 Simples: 1 CNAE:  
 Tomador de serviço CNPJ/CEI: Nome:

## Dados do Trabalhador

Nome: ISABEL BORGHESANG MORGHENROTH  
 PIS/PASEP: 17055207256 Admissão: 01/03/2017 Categoria: 01  
 Data Nascimento: 17/04/1974 Data Opção: 01/03/2017 CTPS: 0660815-00022  
 Movimentação: 19/08/2022 - 11 Aviso Prévio: 1 Data Dissídio/Acordo: 00/00/0000

## Informações Financeiras

	Mês Anterior a Rescisão	Mês Rescisão	Aviso Prévio Indenizado	Multa Rescisória
Remuneração/Saldo	0,00	12.083,11	0,00	25.386,12
Depósito	0,00	966,64	0,00	10.154,44
JAM	0,00	0,00	0,00	0,00
Encargos	0,00	0,00	0,00	0,00
Contrib. Social	0,00	0,00	0,00	0,00

Valor devido ao Trabalhador: 11.121,08

Total a recolher: 11.121,08

Cabem ao trabalhador os valores de Depósito e JAM

Data de validade: 25/08/2022  
Não receber após Validade

8580000111 5 21080239202 4 20825231237 4 59459523214 0

Autenticação Mecânica





## Transações Pendentes

G333191317034433007  
19/08/2022 13:22:21

---

Pagamento de outros convênios

---

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
19/08/2022 - AUTO-ATENDIMENTO - 13.22.22  
2501102501

## COMPROVANTE DE AGENDAMENTO

CLIENTE: COOP CRED VITOR MEIRELES  
AGENCIA: 2501-1 CONTA: 11.965-2  
EFETUADO POR: JAQUELINE STALOCH  
=====

Convenio	FGTS ARREC GRRF	
Codigo de Barras	85800000111-5	21080239202-4
	20825231237-4	59459523214-0
Data do pagamento		19/08/2022
Identificador		23123759459523214
Data de vencimento		25/08/2022
Valor Total		11.121,08

Pagamento agendado.  
Atenção: Esta transação está sujeita a avaliação de segurança e será processada após análise.  
O comprovante definitivo somente sera emitido apos a quitacao.

---

Assinada por JF141434 MARCELLA CRISTINY DOS SANTOS  
ID: 2501102501

19/08/2022 13:22:01

ASSOCIACAO HOSPITALAR ANGELINA MENEGHELLI

**Aviso prévio do empregador para dispensa do empregado**

Sr(a). **ISABEL BORGHESANG MORGHENROTH**

Comunicamos a V.Sa. nossa iniciativa de rescindir seu contrato de trabalho para o que lhe damos o presente aviso prévio que será indenizado pelo valor correspondente.

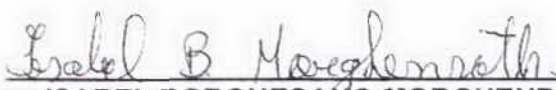
Por conseguinte, fica V.Sa. desde já notificado de que deverá comparecer \_\_\_\_\_ as \_\_\_\_\_ no dia 26/08/2022 para as devidas baixas nos documentos, bem como o encaminhamento ao órgão competente para fins de recebimento e quitação das parcelas a que faz jus em face da legislação vigente.

VITOR MEIRELES, 19 de Agosto de 2022.

  
\_\_\_\_\_  
ASSOCIACAO HOSPITALAR ANGELINA MENEGHELLI  
CNPJ: 95.952.321/0001-00

Declaro estar ciente do exposto acima e me comprometo a comparecer na data prevista.

VITOR MEIRELES, 19 de Agosto de 2022.

  
\_\_\_\_\_  
**ISABEL BORGHESANG MORGHENROTH**

\_\_\_\_\_  
**Responsável (quando menor)**

**TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO****IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR**

01 CNPJ/CEI 95.952.321/0001-00	02 Razão Social/Nome <b>84 - ASSOCIACAO HOSPITALAR ANGELINA MENEGHELLI</b>			
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 170.55207.25.6	11 Nome <b>59 - ISABEL BORGHESANG MORGHENROTH</b>			
12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) RUA ALTO RIBEIRAO PALMITO - CASA			13 Bairro RIBEIRÃO PALMITO	
14 Município Vitor Meireles	15 UF SC	16 CEP 89148-000	17 CTPS (nº, série, UF) 660815-00022 /SC	18 CPF 983.581.899-15
19 Data de Nascimento 17/04/1974	20 Nome da Mãe CLAUDIA BORGHESANG			

**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\$ 4.530,59	24 Data de Admissão 01/03/2017	25 Data do Aviso Prévio 19/08/2022	26 Data do Afastamento 19/08/2022	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 Saldo de 19 /dias Salário (líquido de 0 /faltas e DSR)	R\$ 2.511,80	52 Gratificação	R\$ 0,00	53 Adicional de insalubridade 20,00 %	R\$ 185,82
63 13º salário proporcional 8/12 avos	R\$ 2.687,06	65 Férias proporcionais 6/12 avos	R\$ 3.806,67	66 Férias vencidas Per. Aquis. 01/03/2021 à 28/02/2022	R\$ 949,24
66.1 1/3 Férias vencidas 01/03/2021 à 28/02/2022	R\$ 985,26	66.2 Férias vencidas adicionais	R\$ 215,16	68 Terço constitucional de férias	R\$ 671,77
69 Aviso prévio indenizado	R\$ 6.045,89	70 13º salário (aviso prévio indenizado)	R\$ 335,88	71 Férias (aviso prévio indenizado)	R\$ 447,84
72 Percentagem	R\$ 0,00	73 Prêmios	R\$ 316,66	94 Salário do mês anterior à rescisão	R\$ 0,00
95 Outras verbas	R\$ 0,00	98 Multa do art. 476-a, § 5º, da CLT	R\$ 0,00		
				<b>TOTAL BRUTO</b>	<b>R\$ 19.159,05</b>

**DEDUÇÕES**

Desconto	Valor	Desconto	Valor	Desconto	Valor
105 Empréstimo em consignação	R\$ 0,00	112.1 Previdência social	R\$ 828,38	112.2 Previdência social 13º salário	R\$ 271,75
114.1 IRRF	R\$ 21,14	114.2 IRRF sobre 13º salário	R\$ 63,54	114.3 IRRF sobre participação nos lucros ou resultados	R\$ 0,00
115 Outros descontos	R\$ 0,00				
				<b>TOTAL DEDUÇÕES</b>	<b>R\$ 1.184,81</b>

# TERMO DE QUITAÇÃO DE RESCISÃO DE CONTRATO DE TRABALHO

## EMPREGADOR

01 CNPJ/CEI 02 Razão Social/Nome  
95.952.321/0001-00 84 - ASSOCIACAO HOSPITALAR ANGELINA MENEGHELLI

## TRABALHADOR

10 PIS/PASEP 11 Nome  
170.55207.25.6 59 - ISABEL BORGHESANG MORGHENROTH  
17 CTPS (nº, série, UF) 18 CPF 19 Data de Nascimento 20 Nome da Mãe  
660815-00022 /SC 983.581.899-15 17/04/1974 CLAUDIA BORGHESANG

## CONTRATO

22 Causa do Afastamento  
Despedida sem justa causa, pelo empregador

24 Data de Admissão 25 Data do Aviso Prévio 26 Data do Afastamento 27 Cód. Afast. 29 Pensão Alimentícia (%) FGTS  
01/03/2017 19/08/2022 19/08/2022 SJ2 0,00 %

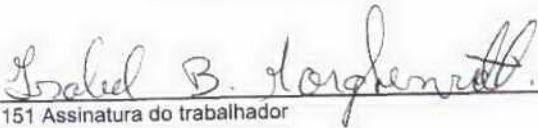
30 Categoria do Trabalhador  
01 - Empregado

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\$ 17.974,24, o qual, devidamente rubricado pelas partes, é parte integrante do presente Termo de Quitação.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.



150 Assinatura do empregador ou preposto  
ASSOCIACAO HOSPITALAR ANGELINA MENEGHELLI  
CNPJ: 95.952.321/0001-00



151 Assinatura do trabalhador

152 Assinatura do responsável legal do trabalhador

# TERMO DE HOMOLOGAÇÃO 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 170.55207.25.6	11 Nome 59 - ISABEL BORGHESANG MORGHENROTH			
17 CTPS (nº, série, UF) 660815-00022 /SC	18 CPF 983.581.899-15	19 Data de Nascimento 17/04/1974	20 Nome da Mãe CLAUDIA BORGHESANG	
CONTRATO				
22 Causa do Afastamento Despedida sem justa causa, pelo empregador				
24 Data de Admissão 01/03/2017	25 Data do Aviso Prévio 19/08/2022	26 Data do Afastamento 19/08/2022	27 Cód. Afast. SJ2	29 Pensão Alimentícia (%) 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			

Foi prestada a assistência na rescisão do contrato de trabalho, sendo comprovado neste ato o efetivo pagamento das verbas rescisórias especificadas no corpo do TRCT, no valor líquido de R\$ 17.974,24, o qual, devidamente rubricado pelas partes, é integrante do presente Termo de Homologação.

As partes assistidas no presente ato de rescisão contratual foram identificadas como legítimas conforme previsto na Instrução Normativa/SRT nº 15/2010.

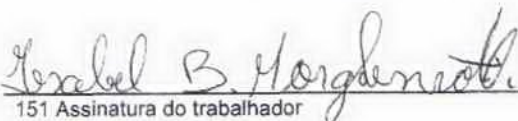
Fica ressalvado o direito de o trabalhador pleitear judicialmente os direitos informados no campo 155, abaixo.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.



150 Assinatura do empregador ou preposto

ASSOCIACAO HOSPITALAR ANGELINA MENEGHELLI  
CNPJ: 95.952.321/0001-00



151 Assinatura do trabalhador

152 Assinatura do responsável legal do trabalhador

153 Carimbo e assinatura do assistente

154 Nome do órgão homologador

155 Ressalvas



COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
DE CONTA CORRENTE PARA CONTA CORRENTE

INSTITUICAO FINANCEIRA: 133  
AGENCIA: 2038 - 9 - CRESOL VITOR MEIRELES  
-----  
AUTENTICACAO: 20380019082201863  
DATA/HORA: 19/08/2022 - 13:27:16  
OPERADOR: MARCELLASANTOS  
CONTA ORIGEM: 000.665-3 - ASSOCIACAO HOSPITALAR  
CONTA DESTINO: 002.917-3 - ISABEL BORGHESANG MORG  
-----  
VALOR: 17.341,44

AUTORIZO A EFETIVACAO DO DEBITO, CONFORME  
DESCRITO ACIMA.

ASSOCIACAO HOSPITALAR ANGELINA MENEGBELLI  
AUTORIZADO MEDIANTE SENHA

-----  
A75B,0C52,6FFF,9539,70CE,D853,07E5,C020

# Transferência Interna

## Comprovante de Transação

### Transferência entre contas

<b>Emissão</b>	<b>25/08/2022 14:29:07</b>	<b>NSU</b>	<b>20380025082203029</b>
<b>Instituição Financeira</b>	<b>133</b>	<b>Agência</b>	<b>2038-9</b>
		<b>Conta</b>	<b>665-3</b>
	<b>Autenticação</b>	<b>20380025082203029</b>	
	<b>Conta Origem</b>	<b>000.665-3 - ASSOCIACAO HOSPITALAR ANG</b>	
	<b>Agência Destino</b>	<b>2038</b>	
	<b>Conta Destino</b>	<b>008.663-0 - ISABEL BORGHESANG MORGHEN</b>	
	<b>Valor</b>	<b>R\$ 632,80</b>	
	<b>Identificação</b>	<b>ISABEL RECISAO</b>	

A transação acima foi realizada mediante a senha via Internet Banking.

**Ouvidoria: 08006424800**

hash: 20380025082203029