

1

MOVIMENTO

DE

OUTUBRO DE

2023

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 043/2023**

<b>Beneficiário:</b>	Associação Hospitalar Angelina Meneghelli - AHAM
<b>Empenho:</b>	1181 -
<b>Valor:</b>	37.676,00

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 e da Lei Federal nº 13.019, 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, já analisados e aprovados pela Comissão de Monitoramento e Avaliação, e Parecer Técnico do Gestor, 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 1181 - no valor de R\$ 37.676,00, 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, 11 de Dezembro de 2023

Atenciosamente,



Documento Assinado Eletronicamente por:

André Luís Rinaldi

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

11/12/2023 09:44:34hrs

Para validar sua autenticidade escaneie o código ao lado.

**André Luís Rinaldi**  
Controlador Interno





PREFEITURA MUNICIPAL  
**Vitor Meireles**  
Gabinete do Prefeito

**PARECER TÉCNICO DO GESTOR**

Parecer Nº 15	Nº Processo 05/2022	Data Recebimento da Prestação de Contas 11/10/2023
De: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE VITOR MEIRELES		
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: 05/2022	Período a que se refere a prestação de contas: outubro/2023	Período de Vigência 01/10/2022 a 30/09/2023
Nome da organização: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR ANGELINA MENEGHELLI		
Objeto da parceria: Execução de serviços hospitalares, procedimentos ambulatoriais e hospitalares eletivos.		
Valor total da parceria (R\$) 1.880.000,00	Valor da parcela repassado (R\$) 37.676,00	Valor da parcela comprovadamente utilizados (R\$) 37.676,00
Valor da aplicação financeira (R\$) 0,00	Contrapartida (R\$) 0,00	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 checked="" type="checkbox"/> aprovação <input type="checkbox"/> aprovação com ressalvas <input type="checkbox"/> reprovação da presente prestação de contas.		
Data 27/11/2023	Nome do Gestor MARCELO SADLOWSKI	Assinatura do Gestor



PREFEITURA MUNICIPAL  
**Vitor Meireles**  
Gabinete do Prefeito

**PARECER DA COMISSÃO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

Parecer Nº 15	Nº Processo 05/2022	Data Recebimento da Prestação de Contas 11/10/2023
De: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE VITOR MEIRELES		
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: 05/2022	Período a que se refere a prestação de contas: outubro/2023	Período de Vigência 01/10/2022 a 30/09/2023
Nome da organização: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR ANGELINA MENEGHELLI		
Objeto da parceria: Execução de serviços hospitalares, procedimentos ambulatoriais e hospitalares eletivos.		
Valor total da parceria (R\$) 1.880.000,00	Valor da parcela repassado (R\$) 37.676,00	Valor da parcela comprovadamente utilizados (R\$) 37.676,00
Valor da aplicação financeira (R\$) 0,00	Contrapartida (R\$) 0,00	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 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 27/11/2023	MÁRCIO SALVADOR Membro da Comissão	
Data 27/11/2023	REGINA DA COSTA OLIVEIRA Membro da Comissão	
Data 27/11/2023	JUCILEI CIPRIANI LUNELLI 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 005/2022, no valor de R\$ 37.676,00, empenho n.º 1181, 11/10/2023, pago em 11/10/2023, 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.

O presente parecer refere-se a análise dos documentos contábeis, não verificando a questão tributário e de contribuições, bem como não analisando o atendimento ao objeto do Termo de Colaboração.

É o parecer.

Vitor Meireles/ SC, 27 de novembro de 2023.

  
\_\_\_\_\_  
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

## PREFEITURA MUNICIPAL DE VITOR MEIRELES

### 1-PRESTAÇÃO DE CONTAS

#### 1.1-IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE:

NOME DA ENTIDADE: Associação Hospitalar Angelina Meneghelli

CNPJ n. 95.952.321/0001-00


EMPENHO: 1181 Data depósito 11/10/2023

1.2 Demonstrativo dos Gastos- TC-28

1.3-Extrato Bancário, cópia comprovante de pagamentos;

1.4-Declaração dos recursos recebidos:

Vitor Meireles/SC, 11 de outubro de 2023



Vilmar Morghenroth  
Presidente da AHAM  
Gestão 2021/2023  
CPF: 736.081.378-91

*Vilmar Morghenroth*

PRESIDENTE

Gestão 2021/2023

# 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 11 de outubro de 2023

  
**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	
		OUTUBRO de 2023		
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 1181	11/10/2023	valor R\$ 37.676,00		
PROJETO ATIVIDADE 2021		ITEM/FONTE: 10200		
ORDEM DE PAGAMENTO 1970	11/10/2023	valor R\$ 37.676,00		
HISTORICO FIEL DA FINALIDADE: Repasse financeiro, destinado especificamente para a manutenção da entidade				
Associação Hospitalar Angelina Meneghelli, conforme termo de colaboração 003/2021				
DOCUMENTO				
NÚMERO	Data	HISTORICO	RECEBIMENTOS	PAGAMENTOS
	11/10/2023	FUNDO MUNICIPAL	R\$ 37.676,00	
	11/10/2023	JOSE DA CRUZ		R\$ 5.660,12
	11/10/2023	LUCIANA AMARAL RIBEIRO		R\$ 1.276,04
	11/10/2023	VANIA MARISE DOSA SANTOS TAVARES		R\$ 1.939,84
	11/10/2023	ELENIR ESTEVAM RODRIGUES		R\$ 9.750,00
	11/10/2023	DIEGO VALCAZARA DE OLIVEIRA		R\$ 7.925,00
	11/10/2023	CRISTIANO DA CUNHA LUIZ		R\$ 6.275,00
	11/10/2023	REGINA DA COSTA OLIVEIRA		R\$ 4.850,00
		VALORES TOTAL	R\$ 37.676,00	R\$ 37.676,00









Vitor Meireles, 11 de OUTUBRO de 2023

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

**Saldo em Conta**  
R\$ 0,00**Limite de Crédito**  
R\$ 0,00**Saldo Disponível**  
R\$ 0,00

06 de Outubro de 2023 a 11 de Outubro de 2023

**Lançamentos**

11/10/2023		Saldo do Dia: + R\$ 0,00
	11/10/2023 PIX DEBITO INTERCOOPERATIVO PARA: REGINA DA COSTA OLIVEIRA	- R\$ 4.850,00
	11/10/2023 PIX DEBITO PARA: CRISTIANO DA CUNHA LUIZ	- R\$ 6.275,00
	11/10/2023 PIX DEBITO PARA: DIEGO VALCAZARA DE OLIVEIR	- R\$ 7.925,00
	11/10/2023 PIX DEBITO PARA: LUCIANA AMARAL RIBEIRO	- R\$ 1.276,04
	11/10/2023 PIX DEBITO PARA: ELENIR ESTEVAM RODRIGUES	- R\$ 9.750,00
	11/10/2023 PIX DEBITO PARA: VANIA MARISE DOS SANTOS TA	- R\$ 1.939,84
	11/10/2023 TRANSFERENCIA ENTRE CONTAS - D Transferencia JOSE DA CRUZ - C/C 7.737-2	- R\$ 5.660,12
	11/10/2023 TED CRÉDITO 001 5438 11347201000186 SC 421	+ R\$ 37.676,00
<b>Saldo Anterior:</b>		<b>+ R\$ 0,00</b>

00021 ASSOCIACAO HOSPITALAR ANGELINA MENEGHELLI			RECIBO DE PAGAMENTO DE SALÁRIO	
RUA LEANDRO MENEGHELLI, 17 CEP 89148-000 VITOR MEIRELES/SC			Adto. Salarial referente data: 11/10/2023	
CNPJ: 95.952.321/0001-00				
Código Nome do Colaborador			Admissão: 01/04/2017	
000061 JOSE DA CRUZ			CTPS: 57797 Série: 313	
CBO: 3222-05 Função: TECNICO DE ENFERMAGEM			CPF: 310.311.619-53 PIS: 108.27376.88.7	
CÓDIGOS	DESCRIÇÕES	REFERÊNCIAS	PROVENTOS	DESCONTOS
20005	PVCR - Piso de Engermagem		5.660,12	
Depósito em conta			Totais	5.660,12
Banco:				0,00
Agência: Conta:			<b>SALÁRIO LÍQUIDO</b>	<b>R\$ 5.660,12</b>
Salário base	Base INSS	Base FGTS	Valor FGTS	Base IRRF
1.615,00	0	0	0	0
Declaro ter recebido o valor líquido deste recibo.				
/ / Assinatura do Colaborador:				

Transferência em  
**11/10/2023**

Autenticação  
**20380011102302869**

Conta Origem  
**000.665-3 - ASSOCIACAO HOSPITALAR ANG**

Agência Destino  
**2675**

Conta Destino  
**007.737-2 - JOSE DA CRUZ**

Valor  
**R\$ 5.660,12**

Identificação  
**Transferencia JOSE DA CRUZ**

00021 ASSOCIACAO HOSPITALAR ANGELINA MENEGHELLI			RECIBO DE PAGAMENTO DE SALÁRIO	
RUA LEANDRO MENEGHELLI, 17 CEP 89148-000 VITOR MEIRELES/SC			Adto. Salarial referente data: 11/10/2023	
CNPJ: 95.952.321/0001-00				
Código Nome do Colaborador			Admissão: 08/02/2022	
000085 LUCIANA AMARAL RIBEIRO				
CBO: 3222-05 Função: TECNICO DE ENFERMAGEM			CPF: 058.835.349-37	PIS: 206.01198.16.0 CTPS: 0588353 Série: 4937
CÓDIGOS	DESCRIÇÕES	REFERÊNCIAS	PROVENTOS	DESCONTOS
20005	PVCR - Piso de Engermagem		1.276,04	
Depósito em conta			Totais	1.276,04
Banco:				0,00
Agência: Conta:			<b>SALÁRIO LÍQUIDO</b>	<b>R\$ 1.276,04</b>
Salário base	Base INSS	Base FGTS	Valor FGTS	Base IRRF
1.680,00	0	0	0	0
Declaro ter recebido o valor líquido deste recibo.				
/ / Assinatura do Colaborador:				



**CRESOL**

Instituição: 133 - Cresol  
Coop: 2038 - CRESOL VALE

**Pagamento Pix**

**Dados do pagador**

Cooperado: ASSOCIACAO HOSPITALAR  
ANGELINA MENEGHELLI  
CNPJ: \*\*.952.321/0001-\*\*  
Agência: 2675 Conta: 665-3

**Dados do destinatário**

Destinatário: LUCIANA AMARAL RIBEIRO  
CPF \*\*.835.349-\*\*  
Instituição: COOPERATIVA DE CRÉDITO  
COOPERAÇÃO - SICREDI COOPERAÇÃO  
Agência: 211 Conta: 79456-2

**Dados da transação**

Valor: R\$ 1.276,04  
Data: 11/10/2023 - 13:25:54  
Descrição: Luciana Amaral Ribeiro  
ID/Transação:  
E07320890202310111625yD08dS1gaFn

falecom@cresol.com.br

00021 ASSOCIACAO HOSPITALAR ANGELINA MENEGHELLI			RECIBO DE PAGAMENTO DE SALÁRIO	
RUA LEANDRO MENEGHELLI, 17 CEP 89148-000 VITOR MEIRELES/SC			Adto. Salarial referente data: 11/10/2023	
CNPJ: 95.952.321/0001-00				
Código Nome do Colaborador			Admissão: 01/11/2003	
000015 VANIA MARISE DOS SANTOS TAVARES				
CBO: 3222-05 Função: TECNICO DE ENFERMAGEM			CPF: 814.381.179-49 PIS: 134.85038.72.4 CTPS: 4032479 Série: 1-0	
CÓDIGOS	DESCRIÇÕES	REFERÊNCIAS	PROVENTOS	DESCONTOS
20005	PVCR - Piso de Engermagem		1.939,84	
Depósito em conta Banco: Banco do Brasil S.A. Agência: 2501-1 Conta: 24765-0			Totais	1.939,84
			<b>SALÁRIO LÍQUIDO</b>	<b>R\$ 1.939,84</b>
Salário base	Base INSS	Base FGTS	Valor FGTS	Base IRRF
1.680,00	0	0	0	0
Declaro ter recebido o valor líquido deste recibo.				
/ / Assinatura do Colaborador:				



**CRESOL**

Instituição: **133 - Cresol**  
Coop: **2038 - CRESOL VALE**

**Pagamento Pix**

**Dados do pagador**

Cooperado: **ASSOCIACAO HOSPITALAR  
ANGELINA MENEGHELLI**  
CNPJ: **\*\*952.321/0001-\*\***  
Agência: **2675** Conta: **665-3**

**Dados do destinatário**

Destinatário: **VANIA MARISE DOS SANTOS  
TAVARES**  
CPF **\*\*\*381.179-\*\***  
Instituição: **COOP V. ALTO VALE**  
Agência: **115** Conta: **18446-2**

**Dados da transação**

Valor: **R\$ 1.939,84**  
Data: **11/10/2023 - 13:27:53**  
Descrição: **Vânia marise dos santos tavares**  
ID/Transação:  
**E07320890202310111627EsKbAQwxl5u**

[falecom@cresol.com.br](mailto:falecom@cresol.com.br)



00021 ASSOCIACAO HOSPITALAR ANGELINA MENEGHELLI

RECIBO DE PAGAMENTO DE SALÁRIO

RUA LEANDRO MENEGHELLI, 17 CEP 89148-000 VITOR MEIRELES/SC

CNPJ: 95.952.321/0001-00

Adto. Salarial referente data: 11/10/2023

Código Nome do Colaborador

000081 ELENIR ESTEVAM RODRIGUES

Admissão: 28/07/2021

CBO: 2235-05 Função: ENFERMEIRA

CPF: 078.406.174-25 PIS: 200.39791.75.5

CTPS: 57883 Série: 00087-0

CÓDIGOS	DESCRIÇÕES	REFERÊNCIAS	PROVENTOS	DESCONTOS
20005	PVCR - Piso de Engermagem		9.750,00	
Depósito em conta Banco: Agência: Conta:			Totais 9.750,00	0,00
			<b>SALÁRIO LÍQUIDO</b>	<b>R\$ 9.750,00</b>
Salário base	Base INSS	Base FGTS	Valor FGTS	Base IRRF
2.800,00	0	0	0	0
Declaro ter recebido o valor líquido deste recibo.				
/ / Assinatura do Colaborador:				

CONTABILIDADE IRMAOS BOING LTDA

10/10/2023 08:16 - SCL Mens 16/2023



**CRESOL**

Instituição: **133 - Cresol**  
Coop: **2038 - CRESOL VALE**

**Pagamento Pix**

**Dados do pagador**

Cooperado: **ASSOCIACAO HOSPITALAR  
ANGELINA MENEGHELLI**  
CNPJ: **\*\*952.321/0001-\*\***  
Agência: **2675** Conta: **665-3**

**Dados do destinatário**

Destinatário: **ELENIR ESTEVAM  
RODRIGUES**  
CPF **\*\*\*.406.174-\*\***  
Instituição: **BANCO DO BRASIL S.A.**  
Agência: **5357** Conta: **7606-6**

**Dados da transação**

Valor: **R\$ 9.750,00**  
Data: **11/10/2023 - 13:29:41**  
Descrição: **Elenir estavam Rodrigues**  
ID/Transação:  
**E07320890202310111629zSebWJcmdCf**

falecom@cresol.com.br

<b>00021 ASSOCIACAO HOSPITALAR ANGELINA MENEGHELLI</b>			<b>RECIBO DE PAGAMENTO DE SALÁRIO</b>	
RUA LEANDRO MENEGHELLI, 17 CEP 89148-000 VITOR MEIRELES/SC			Adto. Salarial referente data: <b>11/10/2023</b>	
CNPJ: 95.952.321/0001-00				
Código Nome do Colaborador: <b>000092 DIEGO VALCAZARA DE OLIVEIRA</b>			Admissão: 02/11/2022	
CBO: 2235-05 Função: ENFERMEIRO			CPF: 336.106.648-43 PIS: 130.33218.23.6 CTPS: 3361066 Série: 4843	
CÓDIGOS	DESCRIÇÕES	REFERÊNCIAS	PROVENTOS	DESCONTOS
20005	PVCR - Piso de Engermagem		7.925,00	
Depósito em conta Banco: Agência: Conta:			Totais	7.925,00
			<b>SALÁRIO LÍQUIDO</b>	<b>R\$ 7.925,00</b>
Salário base	Base INSS	Base FGTS	Valor FGTS	Base IRRF
3.165,00	0	0	0	0
Declaro ter recebido o valor líquido deste recibo.				
/ / Assinatura do Colaborador:				



**CRESOL**

Instituição: **133 - Cresol**  
Coop: **2038 - CRESOL VALE**

**Pagamento Pix**

**Dados do pagador**

Cooperado: **ASSOCIACAO HOSPITALAR  
ANGELINA MENEGHELLI**  
CNPJ: **\*\*952.321/0001-\*\***  
Agência: **2675** Conta: **665-3**

**Dados do destinatário**

Destinatário: **DIEGO VALCAZARA DE  
OLIVEIRA**  
CPF **\*\*\*.106.648-\*\***  
Instituição: **BANCO DO BRASIL S.A.**  
Agência: **2143** Conta: **14851-2**

**Dados da transação**

Valor: **R\$ 7.925,00**  
Data: **11/10/2023 - 13:32:23**  
Descrição: **Diego valcazara de oliveira**  
ID/Transação:  
**E07320890202310111632Extn68|22CZ**

[falecom@cresol.com.br](mailto:falecom@cresol.com.br)

RUA LEANDRO MENEGHELLI, 17 CEP 89148-000 VITOR MEIRELES/SC

CNPJ: 95.952.321/0001-00

Adto. Salarial referente data: 11/10/2023

Código Nome do Colaborador

Admissão: 01/12/2015

000056 CRISTIANO DA CUNHA LUIZ

CBO: 2235-05 Função: ENFERMEIRO

CPF: 031.041.889-55 PIS: 128.76658.72.2

CTPS: 4507977 Série: 004-0

CÓDIGOS	DESCRIÇÕES	REFERÊNCIAS	PROVENTOS	DESCONTOS
20005	PVCR - Piso de Engermagem		6.275,00	
Depósito em conta Banco: Banco do Brasil S.A. Agência: 5438-0 Conta: 6812-8			Totais 6.275,00	0,00
			<b>SALÁRIO LÍQUIDO</b>	<b>R\$ 6.275,00</b>
Salário base	Base INSS	Base FGTS	Valor FGTS	Base IRRF
3.495,00	0	0	0	0
Declaro ter recebido o valor líquido deste recibo.				
/ / Assinatura do Colaborador:				



Instituição: **133 - Cresol**  
Coop: **2038 - CRESOL VALE**

### **Pagamento Pix**

#### **Dados do pagador**

Cooperado: **ASSOCIACAO HOSPITALAR  
ANGELINA MENEGHELLI**  
CNPJ: **\*\*952.321/0001-\*\***  
Agência: **2675** Conta: **665-3**

#### **Dados do destinatário**

Destinatário: **CRISTIANO DA CUNHA LUIZ**  
CPF **\*\*\*.041.889-\*\***  
Instituição: **BANCO DO BRASIL S.A.**  
Agência: **5438** Conta: **6812-8**

#### **Dados da transação**

Valor: **R\$ 6.275,00**  
Data: **11/10/2023 - 13:33:55**  
Descrição: **cristiano da cunha Luiz**  
ID/Transação:  
**E0732089020231011163359nsT8gG99v**

[falecom@cresol.com.br](mailto:falecom@cresol.com.br)

00021 ASSOCIACAO HOSPITALAR ANGELINA MENEGHELLI			RECIBO DE PAGAMENTO DE SALÁRIO	
RUA LEANDRO MENEGHELLI, 17 CEP 89148-000 VITOR MEIRELES/SC			Adto. Salarial referente data: 11/10/2023	
CNPJ: 95.952.321/0001-00				
Código Nome do Colaborador			Admissão: 04/01/2010	
000031 REGINA DA COSTA OLIVEIRA			CTPS: 5028 Série: 60	
CBO: 2235-05 Função: ENFERMEIRA			CPF: 000.145.950-36 PIS: 127.06321.69.7	
CÓDIGOS	DESCRIÇÕES	REFERÊNCIAS	PROVENTOS	DESCONTOS
20005	PVCR - Piso de Engermagem		4.850,00	
Depósito em conta Banco: Banco do Brasil S.A. Agência: 5438-0 Conta: 5664-2			Totais	4.850,00
			<b>SALÁRIO LÍQUIDO</b>	<b>R\$ 4.850,00</b>
Salário base	Base INSS	Base FGTS	Valor FGTS	Base IRRF
3.780,00	0	0	0	0
Declaro ter recebido o valor líquido deste recibo.				
/ / Assinatura do Colaborador:				



**CRESOL**

Instituição: **133 - Cresol**  
Coop: **2038 - CRESOL VALE**

**Pagamento Pix**

**Dados do pagador**

Cooperado: **ASSOCIACAO HOSPITALAR  
ANGELINA MENEGHELLI**  
CNPJ: **\*\*952.321/0001-\*\***  
Agência: **2675** Conta: **665-3**

**Dados do destinatário**

Destinatário: **REGINA DA COSTA OLIVEIRA**  
CPF **\*\*\*145.950-\*\***  
Instituição: **COOP CRESOL VALE**  
Agência: **2675** Conta: **3500-9**

**Dados da transação**

Valor: **R\$ 4.850,00**  
Data: **11/10/2023 - 13:36:40**  
Descrição: **Regina da costa Oliveira**  
ID/Transação:  
**E07320890202310111636Mf8YwMuEPdP**

falecom@cresol.com.br