



**Centro de Reabilitação Emanuel Região das Hortênsias**  
Estrada Para Moleque Nº 1001 - Bairro Várzea Grande - Cx. Postal  
224 Gramado-RS  
Fone: (54) 3286-8288 – Fax (54) 3286-4654  
CNPJ 03.002.855/0001-40

*Colpina*

CRERH

CNPJ 03.002.855/0001-40

ESTRADA PARA MOLEQUE , Nº 1001

BAIRRO : VÁRZEA GRANDE

GRAMADO RS

Email: [crerhgramado@gmail.com](mailto:crerhgramado@gmail.com)

DÁRIO JOSÉ STEIN

PRESIDENTE

PRESTAÇÃO DE CONTAS DO TERMO DE FOMENTO Nº  
038/2021 DE 14 DE DEZEMBRO DE 2021.

RESPONSÁVEL PELA EXECUÇÃO DO PROJETO :

DÁRIO JOSÉ STEIN



**Centro de Reabilitação Emanuel Região das Hortênsias** 2  
Estrada Para Moleque Nº 1001 - Bairro Várzea Grande - Cx. Postal  
224 Gramado-RS  
Fone: (54) 3286-8288 – Fax (54) 3286-4654  
CNPJ 03.002.855/0001-40

**APLICAÇÃO DOS RECURSOS RECEBIDOS**

Total do projeto: R\$ 34.000,00

ITENS	DESCRIÇÃO	VALOR RECEBIDO	VALOR EMPREGADO
Pagamento de folha de salários	SALARIO	R\$ 34.000,00	R\$ 9.456,16
TOTAL		R\$ 34.000,00	R\$ 9.456,16



3


**Centro de Reabilitação Emanuel Região das Hortênsias**  
Estrada Para Moleque Nº 1001 - Bairro Várzea Grande - Cx. Postal  
224 Gramado-RS  
Fone: (54) 3286-8288 – Fax (54) 3286-4654  
CNPJ 03.002.855/0001-40

### Declaração quanto a aplicação dos recursos repassados

Declaro para os devidos fins de direito , que os recursos repassados por meio do termo de fomento 038/2021 , firmado em 14 de dezembro de 2021, entre Prefeitura Municipal de Gramado e o CRERH com valores destinados para execução do projeto , foram aplicados conforme plano de trabalho ajustado com administração pública , responsabilizando-se o Crerh e seu responsável legal pela declaração aqui firmada.

Por ser expressão de verdade e sob as penas da Lei firmamos o presente.

Gramado, 06/04/2022

  
\_\_\_\_\_

Dário José Stein

Presidente

CPF: 035. 725.440-68

  
\_\_\_\_\_

Marcelo Sanvido

Téc. Contábil

CRC RS 065654 08



**Centro de Reabilitação Emanuel Região das Hortênsias**

Estrada Para Moleque Nº 1001 - Bairro Várzea Grande - Cx. Postal

224 Gramado-RS

Fone: (54) 3286-8288 – Fax (54) 3286-4654

CNPJ 03.002.855/0001-40

## NOTA EXPLICATIVA PRESTAÇÃO DE CONTAS

Em relação aos recursos aplicados nessa etapa no valor de R\$ 9.456,16 (nove mil quatrocentos e cinquenta e seis reais e dezesseis centavos), o plano de trabalho desta etapa apresenta a lista de profissionais, que seriam pagos com esse valor. Porém a profissional Elisiane Fruett teve seus honorários pagos de forma parcial com o recurso recebido e a diferença foi quitada com recursos próprios. O profissional Lorenzo Pilau Arzeno, foi pago com recursos próprios. Os demais profissionais Andreia, Felipe, Jonas e Luciano foram quitados com esse recurso dentro do valor dos seus ganhos.

Gramado, 06 de abril de 2022.

  
\_\_\_\_\_

Dário José Stein

Presidente

CPF: 035.725.440-68

  
\_\_\_\_\_

Marcelo Sanvido

Téc. Contábil

CRC RS 065654 08



5

**Centro de Reabilitação Emanuel Região das Hortênsias**  
Estrada Para Moleque Nº 1001 - Bairro Várzea Grande - Cx. Postal  
224 Gramado-RS  
Fone: (54) 3286-8288 – Fax (54) 3286-4654  
CNPJ 03.002.855/0001-40

### RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO PROJETO

O Crerh por seu representante legal abaixo assinado , apresenta quadro comparativo das metas propostas e resultados alcançados, conforme cronograma físico que compõe o plano de trabalho.

META PROPOSTA	RESULTADO ALCANÇADO	JUSTIFICATIVA
Pagamento de folha de salário	Folha de Salário Quitada	

Por ser expressão de verdade e sob as penas da Lei, firmo o presente .

Gramado, 06 de abril de 2022.

Dário José Stein

Presidente

PLANILHA DE ORIGEM E APLICAÇÃO DE RECURSOS CRERH

DATA	ORIGEM E APLICAÇÃO DOS RECURSOS	CHEQUE Nº	DÉBITO	CRÉDITO	SALDO
21/12/2022	SALDO				9.456,16
06/04/2022	PAGAMENTO A JONAS EVANDRO HOFMANN		1.570,00		
05/04/2022	PAGAMENTO A ANDREIA DOS SANTOS NUNES REIS		3.241,00		
05/04/2022	PAGAMENTO A LUCIANO RODRIGUES DE CARVALHO		1.906,00		
05/04/2022	PAGAMENTO A FELIPE REIS		2.267,00		
05/04/2022	PAGAMENTO A ELISIANE FRUET		472,16		
					0
	VALOR DO RECURSO CONCEDENTE R\$ 9.456,16				
	VALOR DO RECURSO UTILIZADO R\$ 9.456,16				

+

Associado: CENTRO DE REABILITACAO EMANUEL DA REGIAO DAS HORTENSIAS

Cooperativa: 0101

Conta Corrente: 59465-2

Impresso em 05/04/2022 08:19:14

**Extrato**

Dados referentes ao período 01/04/2022 a 05/04/2022.

Data	Descrição	Documento	Valor (R\$)	Saldo (R\$)
	SALDO			9.456,16
05/04/2022	PAGAMENTO PIX 00049007076 JONAS EVANDRO HOFFMANN	PIX_DEB	-1.570,00	7.886,16
05/04/2022	PAGAMENTO PIX 97755559068 ANDREIA SANTOS NUNES R	PIX_DEB	-3.241,00	4.645,16
05/04/2022	PAGAMENTO PIX 41116984253 LUCIANO RODRIGUES CARV	PIX_DEB	-1.906,00	2.739,16
05/04/2022	PAGAMENTO PIX SICREDI 13196134709 FELIPE DOS SAN	CX27478	-2.267,00	472,16
05/04/2022	PAGAMENTO PIX 00638624096 ELISIANE FRUETT	PIX_DEB	-472,16	0,00

**Saldo da Conta**

Saldo em 05/04/2022

<b>Saldo atual</b> (disponível em conta)	<b>R\$ 0,00</b>
Saldo bloqueado	R\$ 0,00
Lançamentos a conferir	R\$ 0,00
Saldo de investimentos com resgate automático	R\$ 0,00
Limite cheque especial	R\$ 0,00
Limite disponível do cheque especial	R\$ 0,00
Taxa de juros mensal do cheque especial	0.00 %
Taxa de inadimplência do cheque especial	1.00 %
Vencimento do cheque especial	
Custo Efetivo Total (CET) - Anual	0.00 %

Sicredi Fone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas)  
0800 724 4770 (Demais Regiões)  
SAC 0800 724 7220  
Ouvidoria 0800 646 2519

Valor: R\$ 1.570,00

Realizado em: 05/04/2022 - 08:02:58

Solicitante: CENTRO DE REABILITACAO EMANUEL DA REGIAO DAS HORTENSIAS

Cooperativa e conta origem: 0101/59465-2

Nome do destinatário: JONAS EVANDRO HOFFMANN

CPF do destinatário: \*\*\*.490.070-\*\*

Instituição do destinatário: CAIXA ECONOMICA FEDERAL

Agência e conta do destinatário: 0982 / 1288000000814492538-4

Nome do pagador: Centro De Reabilitacao Emanuel Da Regiao Das Hortensias

CNPJ do pagador: 03.002.855/0001-40

Instituição do pagador: BANCO COOPERATIVO SICREDI S.A.

ID da transação: E9158698220220405110253NTTXeYeHz

Autenticação Eletrônica: E915.8698.2202.2040.5110.253N.TTXe.YeHz

Número de Controle: 226093073

Emitido em: 05/04/2022 - 08:15:01

\* A transação acima foi realizada no nosso Aplicativo Sicredi conforme as condições especificadas neste comprovante.

\* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.

Serviços por telefone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas) / 0800 724 4770 (Demais Regiões)

SAC 0800 724 7220 / Ouvidoria 0800 646 25 19



**Recibo de Pagamento de Salário**

CNPJ:03.002.855/0001-40

Período: 01/03/2022 à 31/03/2022

PROFESSOR INSTR EN SIN. AP Adm: 19/02/2021

Código Nome CBO Emp. Local Depto. Setor Seção Fl.  
 7 JONAS EVANDRO HOFFMANN 233225 57 01 4

Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
003	SALARIO BASE (DIAS)	30,00	1.400,00	
005	HORA EXTRA 50%	0,10	1,12	
013	INSALUBRIDADE 20%		242,40	
600	REP. REM. SOBRE H. EXTRA	4,00	0,17	
612	ARREDONDAMENTO DO MES CR		0,54	
678	SALARIO FAMILIA	1,00	56,47	
611	ARREDONDAMENTO MES ANT DB			0,95
679	INSS	7,89		129,75
			<b>Total de Vencimentos</b>	<b>Total de Descontos</b>
			1.700,70	130,70
			<b>Valor Líquido &gt;&gt;</b>	<b>1.570,00</b>
Salário Base	Base Cál. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF
1.400,00	1.643,69	1.643,69	131,49	1.324,35

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura

Data

05/04/22

10

Nº ORDEM EMPREGADOR OU RAZÃO SOCIAL

C.N.P.J. 03.042.855.0001-40 ATIVIDADE ECONÔMICA

EMPREGADO **MARAS G. Hoffmann**


REGISTRO Nº CTPS FUNÇÃO **PLD / INSTAL**

LOCAL DO TRABALHO **CRECH** 1ª QUINZENA

MÊS **MARÇO** ANO **2022**

H. No. DIAS	ENTRADA		INTERVALO PARA REFEIÇÃO		SAÍDA	REPOUSO SEMANAL		Horas Extras
	MANHÃ	TARDE	Entrada	Saída		Entrada	Saída	
1	7:59	12:01	12:59	17:02				
2	7:57	12:03	12:58	17:05				
3	7:56	12:02	12:56	17:01				
4	7:58	12:01	12:57	17:03				
5	7:59	12:02						
6								
7	7:57	12:03	12:58	17:04				
8	7:56	12:02	12:56	17:05				
9	7:57	12:03	12:56	17:03				
10	7:56	12:01	12:57	17:02				
11	7:55	12:02	12:55	17:01				
12	7:58	12:02						
13								
14	7:56	12:03	12:59	17:02				
15	7:57	12:04	12:58	17:03				

\*De conformidade com a Portaria MIB nº 2020/91 de 13/11/91, este Cartão de Ponto, substitui, para todos os efeitos, o Quadro de Horário de Trabalho e Ficha de Horário de Trabalho Externo.\*

 COD. 16023 TIPO TA

06/04/2022

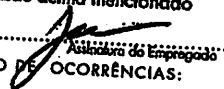
		HORAS	A R\$	TOTAIS
NORMAIS				R\$
EXTRAS				R\$
DESC. REMUN.				R\$
SOMA			R\$	
INSS			R\$	
I.R. - FONTE (DEDUÇÕES)			R\$	
VALOR I.R. - F			R\$	
TOTAL DOS DESCONTOS			R\$	
SALÁRIO-FAMÍLIA			R\$	
SALDO A RECEBER			R\$	

2ª QUINZENA

H. No. DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
16	7:56	12:02	12:59	17:01			
17	7:57	12:03	12:59	17:03			
18	7:58	12:04	12:56	17:04			
19	7:59	12:02					
20							
21	7:58	12:02	12:56	17:05			
22	7:57	12:01	12:55	17:03			
23	7:56	12:02	12:57	17:02			
24	7:57	12:02	12:56	17:02			
25	7:58	12:03	12:57	17:01			
26	7:59	12:05					
27							
28	7:59	12:04	12:56	17:01			
29	7:58	12:06	12:57	17:03			
30	7:56	12:05	12:58	17:01			
31	7:57	12:06	12:59	17:02			

Recabi o saldo acima mencionado

DATA 31/03/22

 Assinatura do Empregado

REGISTRO DE OCORRÊNCIAS:

Valor: R\$ 3.241,00

Realizado em: 05/04/2022 - 08:03:48

Solicitante: CENTRO DE REABILITACAO EMANUEL DA REGIAO DAS HORTENSIAS

Cooperativa e conta origem: 0101/59465-2

Nome do destinatário: ANDREIA SANTOS NUNES REIS

CPF do destinatário: \*\*\*.555.590-\*\*

Instituição do destinatário: UNICRED REGIÃO DOS VALES

Agência e conta do destinatário: 1593 / 34972-0

Nome do pagador: Centro De Reabilitacao Emanuel Da Regiao Das Hortensias

CNPJ do pagador: 03.002.855/0001-40

Instituição do pagador: BANCO COOPERATIVO SICREDI S.A.

ID da transação: E9158698220220405110344hamWwjOB4

Autenticação Eletrônica: E915.8698.2202.2040.5110.344h.amWw.jOB4

Número de Controle: 226093676

Emitido em: 05/04/2022 - 08:07:16

\* A transação acima foi realizada no nosso Aplicativo Sicredi conforme as condições especificadas neste comprovante.

\* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.

Serviços por telefone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas) / 0800 724 4770 (Demais Regiões)

SAC 0800 724 7220 / Ouvidoria 0800 646 25 19

Período: 01/03/2022 à 31/03/2022

NUTRICIONISTA

Adm: 10/06/2019

Código	Nome	CBO	Emp.	Local	Depto.	Setor	Seção	Fl.
3	ANDREIA SANTOS NUNES REIS	223710	57	01	01			1

Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
003	SALARIO BASE (DIAS)	30,00	3.636,00	
005	HORA EXTRA 50%	1,50	37,19	
600	REP.REM.SOBRE H.EXTRA	4,00	5,51	
612	ARREDONDAMENTO DO MES CR		0,97	
611	ARREDONDAMENTO MES ANT DB			0,03
679	INSS	9,55		351,19
680	IRF	2,00		87,45
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			3.679,67	438,67
			Valor Líquido >>	3.241,00
Salário Base	Base Cálc..INSS	Base Cálc.FGTS	FGTS do Mês	Base Cálc IRRF
3.636,00	3.678,70	3.678,70	294,29	2.948,33

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

13

Assinatura *Andreia Santos Nunes Reis*

Data 05/10/2022

Nº ORDEM		EMPREGADOR OU RAZÃO SOCIAL	
C.N.P.J.		ATIVIDADE ECONÔMICA	
73.002.835.0001-40			
EMPREGADO		FUNÇÃO	
ANDREIA S. NUNES REIS		MATEMÁTICA	
Nº REGISTRO		Nº CTPS	
17		17	
LOCAL DO TRABALHO		ANO	
CREALH		2022	
ES		1º QUINZENA	
MARÇO			

DT. INÍCIO	HORAS	ENTRADA		INTERVALO PARA REFEIÇÃO		SAÍDA		REPOUSO SEMANAL		HORAS EXTRAS
		MANHÃ	TARDE	MANHÃ	TARDE	MANHÃ	TARDE	MANHÃ	TARDE	
1	7:35	12:00								
2	7:29	12:10								
3	7:27	12:09								
4	7:24	12:02								
5										
6										
7	7:27	12:06								
8	7:25	12:06								
9	7:27	12:08								
0	7:23	12:04								
1	7:24	12:05								
2										
3										
4	7:27	12:05								
5	7:28	12:03								

De conformidade com a Portaria Mtb nº 3828/91 de 13/11/91, este Cartão de Ponto, substituído, para todos os efeitos, o Quadro de Horário de Trabalho e Ficha de Horário de Trabalho Externo.

CÓD. 15023 TIPO TA

	HORAS	A R\$	TOTAIS
NORMAIS			R\$
EXTRAS			R\$
DESC. REMUN.			R\$
SOMA			R\$
INSS			R\$
I.R. - FONTE (DEDUÇÕES)			R\$
VALOR I.R. - F			R\$
TOTAL DOS DESCONTOS			R\$
SALÁRIO-FAMÍLIA			R\$
SALDO A RECEBER			R\$

2º QUINZENA

Dt. INÍCIO	MANHÃ		TARDE		EXTRA		HORAS EXTRAS
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
16	7:28	12:06					
17	7:26	12:03					
18	7:24	12:06					
19							
20							
21	7:25	12:03					
22	7:25	12:04					
23	7:24	12:03					
24	7:24	12:04					
25	7:25	12:05					
26							
27							
28	7:26	12:06					
29	7:24	12:04					
30	7:21	12:03					
31	7:23	12:04					

Recebi o saldo acima mencionado

DATA 31/03/22 Assinatura do Empregado

REGISTRO DE OCORRÊNCIAS:

Valor: R\$ 1.906,00

Realizado em: 05/04/2022 - 08:05:35

Solicitante: CENTRO DE REABILITACAO EMANUEL DA REGIAO DAS HORTENSIAS

Cooperativa e conta origem: 0101/59465-2


Nome do destinatário: LUCIANO RODRIGUES CARVALHO

CPF do destinatário: \*\*\*.169.842-\*\*

Instituição do destinatário: CAIXA ECONOMICA FEDERAL

Agência e conta do destinatário: 0982 / 1288000000814492539-2

Nome do pagador: Centro De Reabilitacao Emanuel Da Regiao Das Hortensias

 CNPJ do pagador: 03.002.855/0001-40

Instituição do pagador: BANCO COOPERATIVO SICREDI S.A.

ID da transação: E9158698220220405110530CgwOrt7uQ

Autenticação Eletrônica: E915.8698.2202.2040.5110.530C.gwOr.t7uQ

Número de Controle: 226095031

Emitido em: 05/04/2022 - 08:06:35

\* A transação acima foi realizada no nosso Aplicativo Sicredi conforme as condições especificadas neste comprovante.

\* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.

Serviços por telefone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas) / 0800 724 4770 (Demais Regiões)

SAC 0800 724 7220 / Ouvidoria 0800 646 25 19



Período: 01/03/2022 à 31/03/2022

MONITOR DE DEPENDENTE QU Adm: 17/01/2020

Código	Nome	CBO	Emp.	Local	Depto.	Setor	Seção	Fl.
6	LUCIANO RODRIGUES CARVALHO	515315	57	01	04			5

Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
003	SALARIO BASE (DIAS)	30,00	2.056,00	
005	HORA EXTRA 50%	1,20	16,82	
600	REP.REM.SOBRE H.EXTRA	4,00	2,49	
612	ARREDONDAMENTO DO MES CR		0,22	
611	ARREDONDAMENTO MES ANT DB			0,94
679	INSS	8,12		168,59
			<b>Total de Vencimentos</b>	<b>Total de Descontos</b>
			2.075,53	169,53
			<b>Valor Líquido &gt;&gt;</b>	<b>1.906,00</b>
Salário Base	Base Cálc..INSS	Base Cálc.FGTS	FGTS do Mês	Base Cálc IRRF
2.056,00	2.075,31	2.075,31	166,02	1.717,13

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

16

*Luciano R. Carvalho*  
Assinatura

07/04/22  
Data

ORDEM	EMPREGADOR OU RAZÃO SOCIAL					
N.P.J.	1.002.855.0001-40		ATIVIDADE ECONÔMICA			
PREGADO	VICIANO R. CARVALHO					
REGISTRO	Nº CTPS	FUNÇÃO				
		MONITOR				
TÍTULO DO TRABALHO		1ª QUINZENA				
CERH		ANO				
março		2022				
Entrada	INTERVALO PARA REFEIÇÃO	Saída	REPOUSO SEMANAL			
MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
1	7:57	12:03	12:59	17:03		
2	7:56	12:01	12:58	17:05		
3	7:58	12:04	12:59	17:06		
4	7:57	12:05	12:57	17:08		
5	7:59					
3				17:05		
7	7:57	12:03	12:59	17:08		
3	7:58	12:02	12:58	17:06		
1	7:57	12:03	12:57	17:05		
1	7:59	12:04	12:59	17:06		
1	7:57	12:03	12:59	17:03		
2	7:58	12:03				
1						
1	7:57	12:05	13:01	17:06		
1	7:58	12:04	12:59	17:07		

De conformidade com a Portaria Mtb nº 3628/81 de 13/11/81, este Cartão de Ponto, substitui, para todos os efeitos, o Quadro de Horário de Trabalho e Ficha de Horário de Trabalho Esterno.

**LIBRA** Cód. 15023 TIPO TA

HORAS	A R\$	TOTAIS
NORMAIS		R\$
EXTRAS		R\$
DESC. REMUN.		R\$
SOMA		R\$
INSS		R\$
I.R. - FONTE (DEDUÇÕES)		R\$
VALOR I.R. - F		R\$
TOTAL DOS DESCONTOS		R\$
SALÁRIO-FAMÍLIA		R\$
SALDO A RECEBER		R\$

2ª QUINZENA

Nº DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
16	7:58	12:06	12:58	17:02			
17	7:57	12:01	12:59	17:09			
18	7:59	12:03	12:58	17:04			
19	7:56	12:04					
20							
21	7:57	12:03	12:59	17:06			
22	7:58	12:04	12:58	17:08			
23	7:59	12:03	12:59	17:03			
24	7:56	12:05	12:58	17:04			
25	7:55	12:03	12:59	17:03			
26	7:58	12:04					
27							
28	7:56	12:03	12:59	17:03			
29	7:57	12:05	12:57	17:02			
30	7:59	12:03	12:56	17:01			
31	7:56	12:06	12:57	17:05			

Recebi o saldo acima mencionado

DATA 31/03/2022 Viciano R. Carvalho Assinatura do Empregado

REGISTRO DE OCORRÊNCIAS



Valor: R\$ 2.267,00

Realizado em: 05/04/2022 - 08:04:30

Solicitante: CENTRO DE REABILITACAO EMANUEL DA REGIAO DAS HORTENSIAS

Cooperativa e conta origem: 0101/59465-2

Nome do destinatário: Felipe Dos Santos Reis

CPF do destinatário: \*\*\*.961.347-\*\*

Instituição do destinatário: COOP SICREDI PIONEIRA RS

Agência e conta do destinatário: 0101 / 49954-6

Nome do pagador: Centro De Reabilitacao Emanuel Da Regiao Das Hortensias

CNPJ do pagador: 03.002.855/0001-40

Instituição do pagador: BANCO COOPERATIVO SICREDI S.A.

ID da transação: E9158698220220405110425zUpaSw8Tq

Autenticação Eletrônica: E915.8698.2202.2040.5110.425z.UpaS.w8Tq

Número de Controle: 226094224

Emitido em: 05/04/2022 - 08:06:49

\* A transação acima foi realizada no nosso Aplicativo Sicredi conforme as condições especificadas neste comprovante.

\* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.

Serviços por telefone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas) / 0800 724 4770 (Demais Regiões)

SAC 0800 724 7220 / Ouvidoria 0800 646 25 19

**Recibo de Pagamento de Salário**

CNPJ:03.002.855/0001-40

Período: 01/03/2022 à 31/03/2022

MOTORISTA DE CARRO DE PAS Adm: 03/12/2019

Código Nome

207.623 FELIPE DOS SANTOS REIS

CBO Emp. Local Depto. Setor Seção Fl.

782305 57 01

3

Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
003	SALARIO BASE (DIAS)	30,00	2.500,00	
005	HORA EXTRA 50%	0,31	5,28	
600	REP.REM.SOBRE H.EXTRA	4,00	0,78	
612	ARREDONDAMENTO DO MES CR		0,09	
679	INSS	8,37		209,72
680	IRF			29,43
			<b>Total de Vencimentos</b>	<b>Total de Descontos</b>
			2.506,15	239,15
			<b>Valor Líquido &gt;&gt;</b>	<b>2.267,00</b>
Salário Base	Base Cálc. INSS	Base Cálc. FGTS	FGTS do Mês	Base Cálc IRRF
2.500,00	2.506,06	2.506,06	200,48	2.296,34

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

19

Assinatura \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

*Felipe dos Santos Reis*

Nº ORDEM EMPREGADOR OU RAZÃO SOCIAL  
 C.N.P.J. 23.002.888-0001-40 ATIVIDADE ECONÔMICA  
 EMPREGADO FELIPE DOS SANTOS REIS  
 Nº REGISTRO Nº CTPS FUNÇÃO MOTORISTA  
 LOCAL DO TRABALHO CREAT 1ª QUINZENA  
 MÊS MARÇO ANO 2022

H. Nº de DIAS	ENTRADA		INTERVALO PARA REFEIÇÃO		SAÍDA		REPOUSO SEMANAL	
	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras	
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída		
1	7:58	12:01	13:28	17:42				
2	7:57	12:02	13:29	17:43				
3	7:56	12:02	13:28	17:43				
4	7:57	12:05	13:27	17:46				
5								
6								
7	7:56	12:03	13:26	17:42				
8	7:58	12:06	13:28	17:45				
9	7:59	12:02	13:28	17:42				
10	7:58	12:03	13:29	17:43				
11	7:59	12:06	13:28	17:44				
12								
13								
14	7:59	12:05	13:27	17:45				
15	7:58	12:02	13:28	17:46				

De conformidade com a Portaria Mtb nº 3622/91 de 13/11/91, este Cartão de Ponto, substitui, para todos os efeitos, o Quadro de Horário de Trabalho e Ficha de Horário de Trabalho Externo.  
 Cód. 15023 TIPO TA

	HORAS	A R\$	TOTAIS
NORMAIS			R\$
EXTRAS			R\$
DESC. REMUN.			R\$
SOMA			R\$
INSS			R\$
I.R. - FONTE (DEDUÇÕES)			R\$
VALOR I.R. - F			R\$
TOTAL DOS DESCONTOS			R\$
SALÁRIO-FAMÍLIA			R\$
SALDO A RECEBER			R\$

2ª QUINZENA

H. Nº de DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
	16	7:58	12:02	13:29	17:42		
17	7:58	12:05	13:28	17:43			
18	7:56	12:05	13:27	17:44			
19							
20							
21	7:56	12:06	13:27	17:45			
22	7:57	12:02	13:28	17:44			
23	7:56	12:03	13:29	17:46			
24	7:57	12:06	13:28	17:43			
25	7:58	12:05	13:29	17:42			
26							
27							
28	7:59	12:06	13:28	17:45			
29	7:56	12:02	13:29	17:42			
30	7:57	12:02	13:27	17:43			
31	7:56	12:02	13:28	17:44			

Recebi o saldo acima mencionado  
 DATA 31/03/22 Felipe dos Santos Reis Assinatura do Empregado  
 REGISTRO DE OCORRÊNCIAS:

Valor: R\$ 472,16

Realizado em: 05/04/2022 - 08:16:51

Solicitante: CENTRO DE REABILITACAO EMANUEL DA REGIAO DAS HORTENSIAS

Cooperativa e conta origem: 0101/59465-2

Nome do destinatário: ELISIANE FRUETT

CPF do destinatário: \*\*\*.386.240-\*\*

Instituição do destinatário: BCO SANTANDER BRASIL S.A.

Agência e conta do destinatário: 1060 / 0000000000001006941-8

Nome do pagador: Centro De Reabilitacao Emanuel Da Regiao Das Hortensias

CNPJ do pagador: 03.002.855/0001-40

Instituição do pagador: BANCO COOPERATIVO SICREDI S.A.

ID da transação: E9158698220220405111646dhD26G2mC

Autenticação Eletrônica: E915.8698.2202.2040.5111.646d.hD26.G2mC

Número de Controle: 226104439

Emitido em: 05/04/2022 - 08:17:32

\* A transação acima foi realizada no nosso Aplicativo Sicredi conforme as condições especificadas neste comprovante.

\* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.

Serviços por telefone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas) / 0800 724 4770 (Demais Regiões)

SAC 0800 724 7220 / Ouvidoria 0800 646 25 19

Período: 01/03/2022 à 31/03/2022

ASSISTENTE SOCIAL

Adm: 12/06/2021

Código	Nome	CBO	Emp.	Local	Depto.	Setor	Seção	Fl.
8	ELISIANE FRUETT	251605	57	01				2

Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
003	SALARIO BASE (DIAS)	30,00	1.212,00	
612	ARREDONDAMENTO DO MES CR		0,33	
611	ARREDONDAMENTO MES ANT DB			0,43
679	INSS	7,50		90,90
			<b>Total de Vencimentos</b>	<b>Total de Descontos</b>
			1.212,33	91,33
			<b>Valor Líquido &gt;&gt;</b>	<b>1.121,00</b>
Salário Base	Base Cálc. INSS	Base Cálc. FGTS	FGTS do Mês	Base Cálc IRRF
1.212,00	1.212,00	1.212,00	96,96	1.121,10

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

*Elisiane Fruett*  
Assinatura

05/04/2022  
Data

Nº ORDEM		EMPREGADOR OU RAZÃO SOCIAL				
C.N.P.J.	ATIVIDADE ECONÔMICA					
03.002.855.0001-40						
EMPREGADO						
EUSTIANE FEUETT						
Nº REGISTRO	Nº CTPS	FUNÇÃO				
08		ASSISTENTE SOCIAL				
LOCAL DO TRABALHO	1ª QUINZENA					
CRERH						
MES	ANO					
MARÇO	2022					
ENTRADA	INTERVALO PARA REFEIÇÃO	SAÍDA	REPOUSO SEMANAL			
DIA	MANHÃ		TARDE		EXTRA	
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída
1						
2						
3						
4						
5	08:00	12:00				
6						
7	08:00	12:00				
8						
9						
10						
11						
12	08:00	12:00				
13						
14	08:00	12:00				
15						

De conformidade com a Portaria Mtb nº 302/2011 de 18/11/2011, este Cartão de Ponto, submetido, para todos os efeitos, ao Quadro de Horário de Trabalho e Ficha de Horário de Trabalho Esterno.



CÓD. 15028 TIPO TA

NORMAIS		HORAS		A R\$		TOTALS	
EXTRAS						R\$	
		DESC. REMUN.				R\$	
						R\$	
INSS		SOMA		R\$			
I.R. - FONTE (DEDUÇÕES)		R\$		R\$			
VALOR I.R. - F		R\$		R\$			
TOTAL DOS DESCONTOS		R\$		R\$			
SALÁRIO-FAMÍLIA		R\$		R\$			
SAÍDA A RECEBER		R\$		R\$			
DIA	MANHÃ		TARDE		EXTRA		SOMAS
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
16							
17							
18							
19	08:00	12:00					
20							
21	08:00	12:00					
22							
23							
24							
25							
26	08:00	12:00					
27							
28	08:00	12:00					
29							
30							
31							

2ª QUINZENA

Recebi o saldo acima mencionado

*Salvatore F. Naitel*

Administrador do Emprego

REGISTRO DE OCORRÊNCIAS:

DATA / /

Valor: R\$ 648,84

Realizado em: 05/04/2022 - 10:23:38

Solicitante: CENTRO DE REABILITACAO EMANUEL DA REGIAO DAS HORTENSIAS

Cooperativa e conta origem: 0101/59396-6

Nome do destinatário: ELISIANE FRUETT

CPF do destinatário: \*\*\*.386.240-\*\*

Instituição do destinatário: CAIXA ECONOMICA FEDERAL

Agência e conta do destinatário: 0692 / 1288000000809234011-9

Nome do pagador: Centro De Reabilitacao Emanuel Da Regiao Das Hortensias

CNPJ do pagador: 03.002.855/0001-40

Instituição do pagador: BANCO COOPERATIVO SICREDI S.A.

ID da transação: E9158698220220405132259uIMF6tTBp

Autenticação Eletrônica: E915.8698.2202.2040.5132.259u.IMF6.tTBp

Número de Controle: 226266910

Emitido em: 05/04/2022 - 10:23:47

\* A transação acima foi realizada no nosso Aplicativo Sicredi conforme as condições especificadas neste comprovante.

\* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.

Serviços por telefone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas) / 0800 724 4770 (Demais Regiões)

SAC 0800 724 7220 / Ouvidoria 0800 646 25 19



## **Centro de Reabilitação Emanuel Região das Hortênsias**

Estrada para Moleque nº1001 - Bairro Várzea Grande - Cx. Postal 1033

Gramado RS

Fone: (54) 3286-8288 – Fax (54) 3286-4654

CNPJ 03.002.855/0001-40

**Conta Corrente nº 59396-6 – Cooperativa nº 0101 Sicredi**

Gramado, 06 abril de 2022.

## **RELATORIO DE ATIVIDADES**

### **FELIPE DOS SANTOS REIS:**

Transportes de acolhidos para consultas, realização de teste Covid e exames diversos.  
Realização de compras de mercado, farmácia, agropecuária entre outros.  
Realização de arrecadações.  
Ministrante de estudos do programa terapêutico  
Busca de recursos

### **LUCIANO RODRIGUES CARVALHO:**

Monitoramento de atividades dos acolhidos  
Realização de escalas de tarefas  
Ministrante de estudos do programa terapêutico  
Administração de medicamentos conforme receita médica  
Controle de benfeitorias das estruturas e equipamentos da comunidade.

### **JONAS EVANDRO HOFFMANN**

Monitoramento de atividades dos acolhidos.  
Controle de manutenção dos equipamentos, atividades dos acolhidos.  
Controle de benfeitorias das estruturas da comunidade.

### **ELISIANE FRUETT**

Atendimentos sociais aos acolhidos, 8 horas semanais.

### **ANDREIA SANTOS NUNES REIS**

Serviços administrativos,  
Nutricionista Responsável Técnica  
Diretora Administrativa

  
DARIO JOSÉ STEIN  
Presidente





# **Centro de Reabilitação Emanuel Região das Hortênsias**

RS 115 s/nº - Bairro Várzea Grande - Cx. Postal 1033 Gramado RS

Fone: (54) 3286-8288 – Fax (54) 3286-4654

CNPJ 03.002.855/0001-40

**Conta Corrente nº 5.9396-6 – Agência nº 0101-Sicredi**

*www.crerh.com.br*

## **Plano de trabalho**

### **Proposta**

Edital nº:  Sem edital

Secretaria a que se destina: secretaria de saúde

### **Objeto:**

#### **I. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:**

<b>NOME DA INSTITUIÇÃO</b> Centro de Reabilitação Emanuel Região das Hortênsias
<b>Endereço:</b> Estrada para Moleque 1001 – Varzea Grande- Cx Postal 1033
<b>Cidade:</b> Gramado <b>CEP:</b> 95670000
<b>Fone:</b> 54-32868288 <b>e-mail:</b> <a href="mailto:crerhgramado@gmail.com">crerhgramado@gmail.com</a>
<b>CNPJ:</b> 03.002.855.0001-40
<b>Representante Legal:</b> Dário José Stein
<b>Responsável pela execução do projeto:</b> Felipe Reis
<b>A Organização possui registro a algum Conselho Setorial?</b> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <b>Nome do Conselho:</b> COMAD

## II. NOME DO PROJETO: FOMENTO AOS SERVIÇOS EXECUTADOS PELA ENTIDADE

### III. APRESENTAÇÃO

O CRERH foi fundado no dia 04 de janeiro de 1999, uma entidade sem fins lucrativos, declarada de Utilidade Pública Municipal e Estadual, Certificada Entidade Filantrópica em Fevereiro de 2018, e devidamente registrada nos órgãos públicos competentes. Desde a sua fundação a entidade esta instalada em uma área própria de mais de quatro hectare situada na Estrada Linha Moleque, nº 1001, Bairro Várzea Grande em Gramado, com disponibilidade de 60 leitos.

O CRERH acolhe em regime de residência, dependentes químicos e alcoólicos, homens acima de 18 anos que procuram livrar-se dos vícios que acabam denegrindo o ser humano.

**Diante do cenário de pandemia criado pelo COVID -19, nossas doações financeiras diminuiram significativamente e que est. comprometendo o pagamento do colaboradores , diante disso vimos solicitar o termo do fomento no valor de R\$ 9.456,16**

### IV. JUSTIFICATIVA

Com a elevada oferta de drogas no país e principalmente em nossa região houve o aumento significativa do consumo de droga que trouxe como consequência a dependência química, que afeta o indivíduo em todas as suas particularidade (familiar, profissional, psicológica, etc.), o número tem crescido diante do COVID-19, e como as comunidades Terapêutica foram consideradas serviços essenciais queremos garantir a continuidade e qualidade dos atendimentos aos acolhidos.

Diante desse cenário de pandemia criado pela covid-13, nossas doações financeiras diminuiram significativamente e que est. comprometendo o pagamento dos colaboradores, diante disso vimos solicitar a secretaria de saúde o repasse do valor de R: 9.456,16

Nesse valor está incluso:

Salário

Horas extras

## **v. OBJETIVOS:**

### **1. GERAL**

#### **OBJETIVOS**

Garantir a continuidade e qualidade dos atendimentos prestados aos acolhidos conforme RDC ANVISA 29 /2011 Art. 9º As instituições devem manter recursos humanos em período integral, em número compatível com as atividades desenvolvidas.

#### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

<b>Objetivo Específico</b>	<b>Ações (Obs: descrever as ações necessárias para alcançar o objetivo)</b>	<b>Resultados Esperados</b>
-1.Prestação de serviço de Responsável Técnica/ Diretora administrativo	Conforme recomenda a RDC nº 29 Art. 17. Cabe ao responsável técnico da instituição a responsabilidade pelos medicamentos em uso pelos residentes, sendo vedado o estoque de medicamentos sem prescrição médica.	O cumprimento da lei pré-estabelecida
2. Diretor interno/Motorista	Responsável por todas as atividades de saúde prestadas dentro da instituição, garantindo equidade e igualdade nos rendimentos. Levar os acolhidos para hospital, Passeio, Igreja, Entre outros.	Garantir o cumprimento da RDC 29/2011 bem como a resolução CONAD/2015 e todos os protocolos recomendados pelos órgãos e colegiados superiores

Art. 1. As instituições devem possuir profissional que responda pelas questões operacionais durante o seu período de funcionamento, podendo ser o próprio responsável técnico ou pessoa designada para tal fim.

Responsável pelas atividades operacionais dos acolhidos

3. Coordenador interno

Auxiliar os acolhidos a cumprir o programa terapêutico proposto

4. Monitores

Responsável por perícias, Documentação dos acolhidos, Grupo com familiares.

5. Assistente social

Médico

6. Psiquiatra

## VI. PERFIL DA POPULAÇÃO ATENDIDA PELO PROJETO

Homens acima de 18 anos com encaminhamento e avaliação diagnóstica prévia.

## VII. META

Ajudar no pagamento dos funcionários

### Perfil da pessoa

Faixa etária	Quantidade	Carga horária	Nº de atendimentos
Homens acima de 18 anos	60 leitos disponíveis	Todos os dias da semana	atendemos em media por dia 50 a 55 pessoas

### Crítérios de acesso:

Crítérios de Acesso	Formas de seleção, em caso de procura superior ao número de vagas	Medidas em caso de falta de interessados e risco de não atingimento da meta
Avaliação diagnóstica previa por profissional habilitado	Preferenciamente de baixa renda	Buscar articulação com os municípios da região para ofertar vagas

## VIII. METODOLOGIA

Os colaboradores que constam no quadro objetivos geral e específicos, tem suas atividades distribuídas durante a semana conforme contrato firmado entre as partes.

## IX. CRONOGRAMA DE AÇÕES

50

Ações	Mês 1
Atendimento do responsável técnico	x
Acompanhamento pelo coordenador operacional das atividades	x
Auxiliar os acolhidos pelos monitores, nesse caso são 2 monitores	x
Diretor administrativo interno	x

**Equipe do projeto**

FUNÇÃO PROJETO	FORMAÇÃO PROFISSIONAL	NATUREZA DO VINCULO	NUMEROS DE HORAS SEMANAIS	HONORARIO MENSAL
ANDREIA SANTOS NUNES REIS	NUTRICIONISTA	CLT	20	2.343,00
FELIPE DOS SANTOS REIS	MOTORISTA	CLT	40	2.129,00
JONAS E.HOFFMANN	PROFESSOR/INSTRUTOR	CLT	40	1.269,00
LUCIANO R CARVALHO	MONITOR DP	CLT	40	1.667,00
ELISIANE FRUETT	ASSISTENTE SOCIAL	CLT	8	1.018,00
LORENZO PILAU ARZENO	MÉDICO	PRESTADOR DE SERVIÇO	4	1.500,00

## x. AVALIAÇÃO DE RESULTADOS

<b><u>Objetivos Específicos</u></b>	<b><u>Indicadores quantitativo/qualitativo de resultados</u></b>	<b><u>Meios de Verificação</u></b>
1. Prestação de serviço de Responsável Técnica  2. Diretor Administrativo interno  3. Coordenador interno  4. Monitores (2)	<b><u>Os indicadores são realizados a cada fim de mês de atendimento</u></b>  Os indicadores são monitorados mensalmente  Acompanha o comprometimento dos acolhidos nas atividades terapêuticas propostas  Planilha de acompanhamento de participação dos acolhidos nas atividades	Evoluções nas pastas dos acolhidos e no livro diário de atendimentos  <b>são verificados periodicamente as pastas e o livro diário de atendimentos</b>  <b>Reuniões semanais com os monitores para discussões de casos</b>  Reuniões semanais com a coordenação

Fontes de Recursos da OSC	Natureza governamental, não governamental)	Tipo de parceria (financeira, técnica, etc.)	Parceria continuada? Desde quando?
Secretaria de Saúde do Estado do RS	Governamental	Convenio	2018/ aditivo 2020 assinado
Ministério da Cidadania/SENAPRED	Governamental	Convenio	2020

Indicar o percentual que representa os recursos solicitados deste plano de trabalho dos totais da instituição: 12%

## **XII. ORÇAMENTO**

### **RESUMO do investimento- CONCEDENTE**

Rubricas	Valor Total	Percentual sobre o valor solicitado
	Em R\$	Em %
<b>DESPESAS COM PROFISSIONAIS DA SAÚDE</b>	<b>R\$ 9.456,16</b>	<b>100%</b>
<b>Total solicitado</b>	<b>R\$ 9.456,16</b>	<b>100%</b>

**Valor total da proposta: R\$9.456,16**

**Valor solicitado ao concedente: R\$**

**9.456,16**



**ORÇAMENTO DETALHADO –valor repa Ado pelo CONCEDENTE**

<i>DESPESAS DE CAPITAL, DESPESA DE MANUTENÇÃO,</i>		<b>Quantidade/</b>	<b>Valor unitário Em R\$</b>	<b>Total na rubrica Em R\$</b>
<i>DESPESAS COM PROFISSIONAIS DA AREA DA SAUDE</i>		Conforme cópia de holerites	9.926,00	R\$ 9.456,16
<b>Total parcial</b>				<b>R\$ 9.456,16</b>
<b>Total Geral</b>				<b>R\$ 9.456,16</b>

**Plano de aplicação mensal-investimento mensal do concedente (em R\$)**

<b>rubrica</b>	<b>mês</b>
<b>Despesas de pagamentos de profissionais</b>	<b>x</b>
<b>Pagamento de profissionais (responsável técnico, coordenador, monitor, diretores, assistente social, psiquiatra</b>	<b>R\$ 9.456,16</b>

Gramado, 14 de FEVEREIRO de 2022.

**Dario José Stein**  
**Presidente**



*Prefeitura Municipal de Gramado*

Secretaria de Administração

**1º ADITIVO AO TERMO DE FOMENTO Nº 038/2021**

**TERMO DE FOMENTO** que entre si celebram, de um lado, o **MUNICÍPIO DE GRAMADO**, pessoa jurídica de direito público interno, inscrita no CNPJ sob nº 88.847.082/0001-55, com sede à Av. das Hortênsias, n.º 2.029, Gramado/RS, representado pelo Prefeito, Sr. **NESTOR TISSOT**, e pelo Secretário de Saúde, Sr. **JEFERSON WILLIAN MOSCHEN**, denominado **MUNICÍPIO**, e de outro lado, o **CENTRO DE REABILITAÇÃO EMANUEL REGIÃO DAS HORTÊNSIAS - CRERH**, com sede na Estrada para Moleque, n.º 1001, Bairro Várzea Grande, Gramado/RS, inscrito no CNPJ sob n.º 03.002.855/0001-40, representada pelo Sr. **DÁRIO JOSÉ STEIN**, doravante denominado **CRERH**, com base na Lei Federal n.º 13019/2014 e suas alterações, Decreto Municipal nº 07/2017, ao Plano de Trabalho e de Aplicação Financeira, que rege-se-á pelas seguintes cláusulas e condições:

**CLÁUSULA 1ª** – O presente TERMO ADITIVO tem por finalidade a readequação da forma de aplicação do recurso, autorizando a utilização do saldo existente no valor de R\$ 9.456,16, de acordo com o Plano de trabalho que segue junto a este.

**CLÁUSULA 2ª** – A Cláusula Quinta do Termo de Fomento Original passa a vigorar com a seguinte redação:

**CLÁUSULA QUINTA** – A prestação de contas deverá ser apresentada pelo **CENTRO DE REABILITAÇÃO EMANUEL REGIÃO DAS HORTÊNSIAS - CRERH** em até 30 dias após o recebimento do recurso, e a prestação de contas do saldo do recurso em até 30 dias da assinatura do 1º aditivo do termo de fomento.

**CLÁUSULA 3ª** – Permanecem inalteradas as demais cláusulas e obrigações assumidas no Termo de Fomento 038/2021.

E por estarem assim ajustados, assinam o presente instrumento em 4 (quatro) vias de igual teor e forma, para um só efeito e declaram conhecer todas as cláusulas pactuadas.

Gramado, 07 de março de 2022.

  
**NESTOR TISSOT**  
Prefeito de Gramado  
**JEFERSON WILLIAN MOSCHEN**  
Secretário Municipal de Saúde  
**AMARO ROMALDO MARTINI**  
Gestor do Termo de Fomento  
**DÁRIO JOSÉ STEIN**  
Centro de Reabilitação Emanuel Região das Hortênsias  
**CRERH**



## Prefeitura Municipal de Gramado

Secretaria de Administração

### TERMO DE FOMENTO Nº 038/2021

**TERMO DE FOMENTO** que entre si celebram, de um lado, o **MUNICÍPIO DE GRAMADO**, pessoa jurídica de direito público interno, inscrita no CNPJ sob nº 88.847.082/0001-55, com sede à Av. das Hortênsias, n.º 2.029, Gramado/RS, representado pelo Prefeito, Sr. **NESTOR TISSOT**, e pelo Secretário da Saúde, Sr.º **JEFERSON WILLIAN MOSCHEN**, denominado **MUNICÍPIO**, e de outro lado, o **CENTRO DE REABILITAÇÃO EMANUEL REGIÃO DAS HORTÊNSIAS - CRERH**, com sede na Estrada para Moleque, n.º 1001, Bairro Várzea Grande, Gramado/RS, inscrito no CNPJ sob nº 03.002.855/0001-40, representada pelo Sr. **DÁRIO JOSÉ STEIN**, doravante denominado **CRERH**, com base na Lei Federal n.º 13019/2014 e suas alterações, Decreto Municipal nº 07/2017, ao Plano de Trabalho e de Aplicação Financeira, que reger-se-á pelas seguintes cláusulas e condições:

#### DO OBJETO

**CLÁUSULA PRIMEIRA** – O presente instrumento tem como objeto o repasse de recursos para ao **CRERH** a fim de proporcionar atendimento de qualidade aos acolhidos, através do fomento das atividades da entidade, em conformidade com as disposições da Lei Municipal nº 3.988/2021.

#### DOS RECURSOS FINANCEIROS

**CLÁUSULA SEGUNDA** – O **MUNICÍPIO** repassará ao **CRERH** o recurso financeiro constante na dotação orçamentária própria, totalizando o valor de **R\$ 34.000,00 (trinta e quatro mil reais)**, em parcela única.

**PARÁGRAFO ÚNICO** – Valor a ser repassado ao **CRERH** será efetuado em conta bancária específica, a qual não poderá ser utilizada para outra destinação.

#### DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

**CLÁUSULA QUARTA** – A prestação de contas a ser realizada pelo **CRERH** deverá observar todos os procedimentos e requisitos previstos na Lei Federal n.º 13019/2014 e no Decreto Municipal n.º 07/2017.

**CLÁUSULA QUINTA** – A prestação de contas deverá ser apresentada pelo **CRERH** mensalmente até 60 dias após o recebimento da parcela única.

**CLÁUSULA SEXTA** – O **CRERH** deverá protocolizar no Protocolo Central da Prefeitura, direcionada a Secretaria de Administração, 1 (uma) cópia do Processo de Prestação de Contas acompanhada das vias originais e relatório específico dos recursos financeiros recebidos.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO** – A prestação de contas será analisada pela **Comissão de Monitoramento e Avaliação**, designada pelo Sr. Prefeito através da Portaria n.º 3834/2020.

**PARÁGRAFO SEGUNDO** – A prestação de contas dar-se-á mediante a análise dos documentos previstos no plano de trabalho conforme previsto nos termos do inciso IX do art. 22 além dos relatórios de execução do objeto e execução financeiros e demais que considerar necessário.

#### DO GESTOR DA PARCERIA

**CLÁUSULA SÉTIMA** – Fica designado o servidor **AMARO ROMALDO MARTINI**, matrícula 11.467, para atuar como agente público responsável pela gestão da parceria celebrada, devendo fiscalizar e acompanhar a execução da parceria, bem como emitir parecer técnico conclusivo das prestações de contas, conforme determina a Lei Federal n.º 13019/2014, em especial os Art. 61 e 62 da mesma, bem como o Art. 36 do Decreto Municipal n.º 07/2017.



## Prefeitura Municipal de Gramado

Secretaria de Administração

### DAS SANÇÕES AO DESCUMPRIMENTO

**CLÁUSULA OITAVA** – O descumprimento pelo **CRERH** de qualquer obrigação prevista neste instrumento, permitirá ao **MUNICÍPIO** considerá-lo rescindido com a aplicação de multa de 5% (cinco por cento) sobre os recursos financeiros repassados e as sanções previstas no art. 43, da Lei Federal nº 13.019/2014 serão executadas.

**CLÁUSULA NONA** – O descumprimento de qualquer das obrigações deverá ser objeto de comunicação escrita pelo **Gestor do Termo de Fomento**, tendo a parte inadimplente o prazo de 10 (dez) dias para apresentar defesa.

**CLÁUSULA DÉCIMA** – A quitação do pagamento da multa não desobriga o **CRERH** de efetuar a devolução do valor total do repasse, o que deverá fazer em 05 (cinco) dias após a notificação, oportunidade em que será expedida guia de recolhimento.

### DO DESVIO DE FINALIDADE

**CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA** – O desvio da finalidade ou inobservância das cláusulas previstas neste Termo de Fomento acarretará a proibição de formalização de novo termo com o **CRERH**, pelo prazo de 02 (dois) anos.

### DO PLANO DE TRABALHO E APLICAÇÃO FINANCEIRA

**CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA** – Passa a fazer parte integrante do presente Termo o Plano de Trabalho e Aplicação Financeira, elaborado pelo **CRERH**, e aprovados pela Secretaria Municipal de Saúde e pela Comissão de Seleção, o qual deve constar:

- I. Descrição da realidade que será objeto da parceria, devendo ser demonstrado o nexo entre essa realidade e as atividades ou projetos e metas a serem atingidas;
- II. Descrição de metas e de atividades ou projetos a serem executados;
- III. Previsão de receitas e de despesas a serem realizadas na execução das atividades ou dos projetos abrangidos pela parceira de forma detalhada;
- IV. Forma de execução das atividades ou dos projetos e de cumprimento das metas a eles atreladas; e
- V. Definição dos parâmetros a serem utilizados para a aferição do cumprimento de metas.

**PARÁGRAFO ÚNICO** – Quaisquer alterações poderão ser autorizadas pela unidade Gestora após solicitação formal e fundamentada da entidade parceira, observando os termos do art. 22 do Decreto Municipal nº 07/2017.

### DA TRANSPARÊNCIA E PUBLICIDADE

**CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA** – O presente Termo de Fomento bem como seu respectivo Plano de Trabalho será publicado no sítio oficial do Executivo Municipal, conforme dispõe o Art. 10, da Lei Federal nº 13019/2014 e Art. 60, Inciso XXV da Lei Orgânica de Gramado.

### DA VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO

**CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA** – Este Termo de Fomento entrará em vigor na data de sua assinatura e findará com a aprovação da prestação de contas, podendo ser alterado mediante Termo Aditivo observando os requisitos legais e administrativos.



*Prefeitura Municipal de Gramado*

Secretaria de Administração

**DA RESCISÃO**

**CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA** – O descumprimento das obrigações assumidas no presente instrumento por qualquer uma das partes, implicará na sua rescisão, independentemente de outras cominações legais.

**PARÁGRAFO ÚNICO** – O presente Termo de Fomento poderá ser rescindido por iniciativa conjunta ou unilateral, na hipótese de descumprimento total ou parcial de alguma cláusula estabelecida.

**DAS DOTAÇÕES ORÇAMENTÁRIAS**

**CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA** – As despesas decorrentes deste instrumento correrão por conta da seguinte dotação orçamentária:

ÓRGÃO: 22 – SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

UNIDADE: 3 – MEDIA E ALTA COMPLEXIDADE

08.03.1.401.3.3.50.43.01.00.00.00 (604/2021) Subvenção Social – contrato com entidade sem fins lucrativos

**DO FORO**

**CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA** – Fica eleito o Foro da Comarca de Gramado/RS para dirimir qualquer dúvida que possa advir do presente Termo de Fomento, com a exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E, por estarem assim ajustados, assinam o presente instrumento em 03 (três) vias de igual teor e forma, para um só efeito e declaram conhecer todas as cláusulas ajustadas.

Gramado, 14 de dezembro de 2021.



**NESTOR TISSOT**  
Prefeito de Gramado



**JEFERSON WILLIAN MOSCHEN**  
Secretária Municipal da Saúde



**AMARO ROMALDO MARTINI**  
Gestor do Termo de Fomento



**DÁRIO JOSÉ STEIN**  
Centro de Reabilitação Emanuel Região das Hortênsias  
CRERH



**Centro de Reabilitação Emanuel Região das Hortênsias**

Estrada Para Moleque N° 1001 - Bairro Várzea Grande - Cx. Postal

224 Gramado-RS

Fone: (54) 3286-8288 – Fax (54) 3286-4654

CNPJ 03.002.855/0001-40

A Prefeitura Municipal de Gramado

Departamento de análise de prestação de contas

Ofício de Encaminhamento Prestação de Contas Termo de Fomento nº  
038/2021

Gramado-RS , 06 de abril de 2022.

O Centro de Reabilitação Emanuel Região das Hortênsias , inscrito CNPJ 03.002.855/0001-40 com sua sede na Estrada Moleque , nº 1001 , caixa postal 224, Bairro Várzea Grande , em Gramado-RS CEP 95670-000, neste ato representada por seu presidente Dário José Stein , portador CPF 035725440-68 , residente e domiciliado em Gramado-RS , através deste documento e demais em anexo realizar a prestação de contas do termo de fomento nº 038/2021 firmado em 14 de dezembro de 2021. estabelecido com o poder público municipal , no valor de R\$ 34.000,00 ( trinta e quatro mil reais ) através de Lei aprovada junto ao Legislativo , sendo esta prestação de contas no valor de R\$ 9.456,16 (nove mil quatrocentos e cinquenta e seis reais e dezesseis centavos ),os recursos foram aplicados conforme a plano de trabalho em anexo , pagamento de folha de salários valor de R\$ 9.456,16 (nove mil quatrocentos e cinquenta e seis reais e dezesseis centavos ).

  
\_\_\_\_\_  
**Dário José Stein**

**Presidente**



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE GRAMADO

Av. das Hortênsias, 2029 - Centro - Fone (54) 3286 - 0200

Página 1 / 1  
Página 1  
Data: 06/04/2022

Filtros aplicados ao relatório

Número do processo: 0009707/2022

**Número do processo: 0009707/2022**

**Número único: 3IJ.T78.808-34**

Requerente: LUCIANO RODRIGUES CARVALHO

Solicitante: CENTRO DE REABILITAÇÃO EMANUEL REGIÃO DAS HORTÊNSIAS

Solicitação: 537 - Administração - Prestação de Contas / Fomentos

Situação: Em trâmite

Local da protocolização: 002.001.000 - Administração - Protocolo Geral

E-mail: CRERHGRAMADO@GMAIL.COM

Protocolado por: Gabriel Levi Guerras

Prioridade: Normal

Recebido em: 06/04/2022 16:02


Previsto para: 05/07/2022 16:02

O CENTRO DE REABILITAÇÃO EMANUEL REGIÃO DAS HORTÊNSIAS, INSCRITO NO CNPJ SOB O Nº 03.002.855/0001-40, ENCAMINHA, EM 3 (TRÊS) VIAS, PRESTAÇÃO DE CONTAS DO TERMO DE FOMENTO Nº 038/2021, CONFORME DOCUMENTAÇÃO EM ANEXO.



---

Gabriel Levi Guerras  
(Protocolado por)



---

LUCIANO RODRIGUES CARVALHO  
(Requerente)





## *Prefeitura Municipal de Gramado*

Secretaria da Administração

### RELATÓRIO DA COMISSÃO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Nome da Entidade: CENTRO DE REABILITAÇÃO EMANUEL REGIÃO DAS HORTÊNSIAS

Nome do Projeto: FOMENTO AOS SERVIÇOS EXECUTADOS PELA ENTIDADE

Termo de Fomento nº 038/2021 – PARCELA ÚNICA

Valor do Fomento: R\$ 34.000,00

Valor comprovado na presente Prestação de Contas: R\$ 9.456,16

Saldo do Fomento: R\$ 0,00

Com base na Lei Federal nº 13019/2014, a qual regulamenta o regime jurídico das parcerias entre a administração pública e as organizações da sociedade civil, em regime de mútua cooperação, para a consecução de finalidades de interesse público e recíproco, mediante a execução de atividades ou de projetos previamente estabelecidos em planos de trabalho inseridos em termos de colaboração, termos de fomento ou em acordos de cooperação, bem como define diretrizes para a política de fomento de colaboração e de cooperação com organizações da sociedade civil e altera as leis nº 8429/1992 e nº 9790/1999, passamos a analisar o cumprimento da prestação de contas regulamentada pelo decreto 007/2017, o qual normatiza a Lei federal 13019/2014.

#### **I – Ofício de encaminhamento da prestação de contas:**

Consta na prestação de contas o ofício de encaminhamento sem número, datado de 06 de abril de 2022, e protocolado na Prefeitura de Gramado sob o número 9707/2022 em 06 de abril de 2022 sendo **tempestivo**.

#### **II – Cópia do Plano de Trabalho e Aplicação**

Consta na prestação de contas a cópia do Plano de Trabalho e a Aplicação dos Recursos Recebidos, tendo sido a mesma cumprida.

#### **III – Declaração Firmada por Dirigente da Entidade quanto à Aplicação dos Recursos Repassados**

Consta na prestação de contas a devida declaração firmada pelo dirigente da entidade.

#### **IV – Relatório de Execução do Objeto:**

Foi localizado no processo de prestação de contas o relatório elaborado pela entidade, assinado pelo seu representante legal, contendo as atividades desenvolvidas comparando as metas propostas com



## Prefeitura Municipal de Gramado

Secretaria da Administração

os resultados alcançados e o respectivo material comprobatório.

### V – Relatório de Execução Financeira

Consta no relatório de execução financeira documento assinado pelo representante legal com despesas e receitas efetivamente realizadas, composto dos seguintes documentos:

- a) Via original do extrato bancário da conta específica evidenciando o ingresso e a saída dos recursos
- b) Cópia das transferências eletrônicas vinculadas às despesas comprovadas.

### VI – Parecer da Comissão de Monitoramento e Avaliação:

A prestação de contas é **REGULAR** e os documentos apresentados atendem o previsto em lei.

Por todo exposto, esta comissão sugere pela aprovação das contas apresentadas.

Gramado, 08 de abril de 2022.

Ayrton Germano Müller Silveira - 13956

César Rebello - 13341

Renan Martin da Silva - 13928



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE GRAMADO  
Comprovante de Confirmação de Processo

Página 1 / 1  
Página 1  
Data: 25/04/2022

Filtros aplicados ao relatório

Número do processo: 0009707/2022

Organograma de origem: 010.005.000 - Saúde - Administrativo

Organograma de destino: 002.013.000 - Administração - Administrativo

Usuário de origem: mariaelenareis

Processo	Solicitação	Número do documento	Data/hora movimentação	Confirmado	Não confirmado
0009707/2022	Administração - Prestação de		25/04/2022 14:17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Obs. do andamento: OFÍCIO Nº 351/2022-SAU, REFERENTE AO PARECER DO GESTOR DA PARCERIA DO CENTRO DE REABILITAÇÃO EMANUEL REGIÃO DAS HORTÊNSIAS.

Súmula: O CENTRO DE REABILITAÇÃO EMANUEL REGIÃO DAS HORTÊNSIAS, INSCRITO NO CNPJ SOB O Nº 03.002.855/0001-40, ENCAMINHA, EM 3 (TRÊS) VIAS, PRESTAÇÃO DE CONTAS DO TERMO DE FOMENTO Nº 038/2021, CONFORME DOCUMENTAÇÃO EM ANEXO.

**Total de processos: 1**

\_\_\_\_\_  
Responsável

Hora: 14:17:34



# Prefeitura Municipal de Gramado

Secretaria Municipal da Saúde

Ofício nº 351/2022 -SAU

Gramado, 25 de abril de 2022.

À

SECRETARIA MUNICIPAL DA ADMINISTRAÇÃO

PREFEITURA MUNICIPAL DE GRAMADO

**ASSUNTO: Parecer do Gestor da Parceria do Centro de Reabilitação Emanuel Região das Hortênsias - Projeto Fomento aos Serviços Executados pela Entidade - Termo de Fomento 038/2021 - Parcela Única**

## PARECER DO GESTOR DA PARCERIA

Faz-se o presente como PARECER, para ratificar o todo constante em Relatório da Comissão de Monitoramento e Avaliação ao Termo de Fomento nº 038/2021 – Parcela Única– Centro de Reabilitação Emanuel Região das Hortênsias, em relação ao Projeto - Fomento aos Serviços Executados pela Entidade, no que diz respeito a sua Prestação de Contas,

Estando comprovada a destinação e aplicação dos recursos recebidos conforme documentação e movimentação bancária, como, atendido o previsto no Decreto Municipal 07/2017, quanto sua forma.

E de acordo com o Parecer da Comissão de Monitoramento e Avaliação, como REGULAR a sua prestação de Contas, e na condição de GESTOR DA PARCERIA, opina-se pela APROVAÇÃO DAS CONTAS APRESENTADAS.

  
Amaro R. Martini

Matrícula 11.467

GESTOR DA PARCERIA



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE GRAMADO  
Comprovante de Confirmação de Processo

Página 1 / 1  
Página 1  
Data: 08/04/2022

Filtros aplicados ao relatório

Número do processo: 0009707/2022

Organograma de origem: 002.009.000 - Administração - Fomentos/Prestação de Contas

Organograma de destino: 010.005.000 - Saúde - Administrativo

Usuário de origem: renan.dasilva

Processo	Solicitação	Número do documento	Data/hora movimentação	Confirmado	Não confirmado
0009707/2022	Administração - Prestação de		08/04/2022 16:09	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Obs. do andamento: A/C AMARO: **SEGUE PRESTAÇÃO PARA ANÁLISE DO GESTOR DO FOMENTO**

Súmula: O CENTRO DE REABILITAÇÃO EMANUEL REGIÃO DAS HORTÊNSIAS, INSCRITO NO CNPJ SOB O Nº 03.002.855/0001-40, ENCAMINHA, EM 3 (TRÊS) VIAS, PRESTAÇÃO DE CONTAS DO TERMO DE FOMENTO Nº 038/2021, CONFORME DOCUMENTAÇÃO EM ANEXO.

**Total de processos: 1**

\_\_\_\_\_  
Responsável

Hora: 16:09:08