



**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

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  
010/2022 DE 18 DE MAIO DE 2022.

RESPONSÁVEL PELA EXECUÇÃO DO PROJETO :

  
DÁRIO JOSÉ STEIN

CÓPIA

PARCELA 4



**Centro de Reabilitação Emanuel Região das Hortênsias**<sup>2</sup>  
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\$ 50.000,00

4ª parcela: 10.000,00

Contrapartida: R\$ 3.174,00

ITENS	DESCRIÇÃO	VALOR RECEBIDO	VALOR EMPREGADO
Folha de pagamento		R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00



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 010/2022 , firmado em 18 maio de 2022, 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, 26de setembro de 2022.

Dário José Stein

Presidente

CPF: 035. 725.440-68

Marcelo Sanvido

Téc. Contábil

CRC RS 065654 08



4

**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

Dos valores recebidos no montante de R\$ 10.000,00 (dez mil reais) , o plano de trabalho desta etapa apresenta a lista de profissionais, que foram pagos com este valor . No dia 05 de setembro de 2022 foi realizado dois depósitos , um de R\$ 3.077,00 (três mil e setenta e sete reais ) e outro de R\$ 97,00 (noventa e sete reais) , totalizando o valor de R\$ 3.174,00 (três mil cento e setenta e quatro reais ) na conta convenio para pagamento dos valores excedentes .

Gramado, 26 de setembro de 2022.

  
\_\_\_\_\_

Dário José Stein

Presidente

CPF: 035. 725.440-68

  
\_\_\_\_\_

Marcelo Sanvido

Téc. Contábil

CRC/RS 06565408





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 folha salários	Folha de salários quitada	

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

Gramado, 26 de setembro de 2022.

\_\_\_\_\_  
Dário José Stein  
Presidente



6

**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

A Prefeitura Municipal de Gramado

Departamento de análise de prestação de contas

Ofício de Encaminhamento Prestação de Contas Termo de Fomento nº  
010/2022 de 18 de maio de 2022.

Gramado-RS , 26 de agosto 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 , 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 010/2022 estabelecido com o poder público municipal , no valor de R\$ 50.000,00 ( cinquenta mil reais ) através de Lei aprovada junto ao Legislativo , sendo esta a prestação de contas referente parcela 4 , no valor de R\$ 10.000,00 (dez mil reais ) conforme o plano de aplicação mensal os recursos foram aplicados conforme a plano de trabalho em anexo, valor da folha R\$ 10.000,00 ( dez mil reais ) e recursos próprios de R\$ 3.174,00 (três mil cento e setenta e quatro reais ).

  
\_\_\_\_\_  
**Dário José Stein**

**Presidente**

PLANILHA DE ORIGEM E APLICAÇÃO DE RECURSOS CRERH

DATA	ORIGEM E APLICAÇÃO DOS RECURSOS	CHEQUE Nº	DÉBITO	CRÉDITO	SALDO
30/08/2022	TED 11796566000198 RECEBIDO PREF. MUNICIPAL DE GRAMADO			10.000,00	10.000,00
05/09/2022	DEPÓSITO DE RECURSOS PRÓPRIOS			3.174,00	
05/09/2022	PAGAMENTO DE FELIPE DOS SANTOS REIS		2.293,00		
05/09/2022	PAGAMENTO ANDREIA SANTOS NUNES REIS		3.305,00		
05/09/2022	PAGAMENTO LUCIANO RODRIGUES CARVALHO		422,00		
05/09/2022	PAGAMENTO JONAS EVANDRO HOFMANN		1.298,00		
05/09/2022	PAGAMENTO ELISIANE FRUETT		1.121,00		
05/09/2022	PAGAMENTO A LORENZO PILAU		1.500,00		
05/09/2022	PAGAMENTO A FELIPE DOS SANTOS REIS -FÉRIAS		3.235,00		
			13.174,00	13.174,00	0,00
	VALOR DO RECURSO RECEBIDO R\$ 10.000,00				
	VALOR UTILIZADO R\$ 10.000,00				



Associado: CENTRO DE REABILITACAO EMANUEL DA REGIAO DAS HORTENSIAS  
Cooperativa: 0101  
Conta: 84668-7

### Extrato (Período de 20/08/2022 a 26/09/2022)

Data	Descrição	Documento	Valor (R\$)	Saldo (R\$)
	SALDO ANTERIOR			0,00
30/08/2022	TED 11796566000198 FUNDO MUNICIPAL DA SAUDE FM	213509	10.000,00	10.000,00
05/09/2022	TRANSF ENTRE CONTAS 03002855000140 CENTRO DE REA	SI03266	3.077,00	13.077,00
05/09/2022	TRANSF ENTRE CONTAS 03002855000140 CENTRO DE REA	SI03277	97,00	13.174,00
05/09/2022	PAGAMENTO PIX 97755559068 ANDREIA SANTOS NUNES R	PIX_DEB	-3.305,00	9.869,00
05/09/2022	PAGAMENTO PIX 00301034010 LORENZO PILAU ARZENO	PIX_DEB	-1.500,00	8.369,00
05/09/2022	PAGAMENTO PIX SICREDI 13196134709 FELIPE DOS SAN	CX451711	-2.293,00	6.076,00
05/09/2022	PAGAMENTO PIX 00638624096 ELISIANE FRUETT	PIX_DEB	-1.121,00	4.955,00
05/09/2022	PAGAMENTO PIX 41116984253 LUCIANO RODRIGUES CARV	PIX_DEB	-422,00	4.533,00
05/09/2022	PAGAMENTO PIX SICREDI 13196134709 FELIPE DOS SAN	CX460267	-3.235,00	1.298,00
05/09/2022	PAGAMENTO PIX 00049007076 Jonas Evandro Hoffmann	PIX_DEB	-1.298,00	0,00

### Saldo da conta (Saldo em 26/09/2022)

Saldo Atual	R\$ 0,00
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%

### Lançamentos Futuros (Próximos 30 dias)

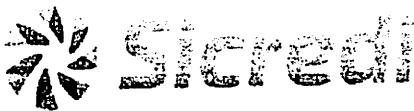
Não há Lançamentos Futuros previstos para o período.



Valores das operações dos produtos de Crédito sujeitos a alterações.

---

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



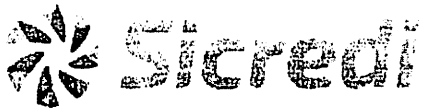
Associado: CENTRO DE REABILITACAO EMANUEL DA REGIAO DAS HORTENSIAS  
Cooperativa: 0101      Conta Corrente: 59396-6      Impresso em 13/09/2022 10:34:54

### Transferência entre Contas do Sicredi

Solicitante: JOSE  
Cooperativa Origem: 0101  
Conta Origem: 59396-6  
Número de Controle: 1541231296  
Cooperativa Destino: 101  
Conta Destino: 84668-7  
Favorecido: CENTRO DE REABILITACAO EMANUEL DA REGIAO DAS HORTE  
Origem dos Recursos: Conta Corrente  
Data da Transferência: 05/09/2022  
Hora da Transferência: 14:54:02  
Valor Transferido (R\$): 3.077,00  
Motivo da Transferência:  
Autenticação Eletrônica: CBD0.7761.9645.0458.A37B.45DC.C4BE.AF2B

- \* A transação acima foi realizada via aplicativo Sicredi conforme as condições especificadas neste comprovante.
- \* Caso a transação financeira seja realizada em dia não útil nos termos da Regulamentação do Banco Central, o processamento e registro serão realizados no primeiro dia útil subsequente.
- \* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.

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



**Associado:** CENTRO DE REABILITACAO EMANUEL DA REGIAO DAS HORTENSIAS

**Cooperativa:** 0101

**Conta Corrente:** 59396-6

**Impresso em** 13/09/2022 10:34:52

### Transferência entre Contas do Sicredi

**Solicitante:** JOSE  
**Cooperativa Origem:** 0101  
**Conta Origem:** 59396-6  
**Número de Controle:** 1541228414  
**Cooperativa Destino:** 101  
**Conta Destino:** 84668-7  
**Favorecido:** CENTRO DE REABILITACAO EMANUEL DA REGIAO DAS HORTE  
**Origem dos Recursos:** Conta Corrente  
**Data da Transferência:** 05/09/2022  
**Hora da Transferência:** 14:54:04  
**Valor Transferido (R\$):** 97,00  
**Motivo da Transferência:**  
**Autenticação Eletrônica:** CC4D.95B2.CCDE.0CB8.8886.2CB4.9B8A.3DD1

- \* A transação acima foi realizada via aplicativo Sicredi conforme as condições especificadas neste comprovante.
- \* Caso a transação financeira seja realizada em dia não útil nos termos da Regulamentação do Banco Central, o processamento e registro serão realizados no primeiro dia útil subsequente.
- \* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.

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

# Comprovante de Pagamento PIX



33

Valor: R\$ 2.293,00

Realizado em: 05/09/2022 - 15:01:27

Solicitante: CENTRO DE REABILITACAO EMANUEL DA REGIAO DAS HORTENSIAS

Cooperativa e conta origem: 0101/84668-7

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: E9158698220220905180103yhenuVRG2

Autenticação Eletrônica: E915.8698.2202.2090.5180.103y.henu.VRG2

Número de Controle: 385504396

Emitido em: 05/09/2022 - 15:38:05

\* 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: 01/08/2022 a 31/08/2022

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

Emp. Nome: 207 623 FELIPE DOS SANTOS REIS  
 CBO: 782305 Emp. Local: 57 Depto: 01 Setor: Seção: 3

Cod	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
003	SALARIO BASE (DIAS)	30,00	2.500,00	
005	HORA EXTRA 50%	1,96	33,41	
600	REP.REM.SOBRE H.EXTRA	4,00	4,95	
612	ARREDONDAMENTO DO MES CR		0,79	
611	ARREDONDAMENTO MES ANT DB			0,99
679	INSS	8,41		213,60
680	IRF			31,56
			<b>Total de Vencimentos</b>	<b>Total de Descontos</b>
			2.539,15	246,15
			<b>Valor Líquido &gt;&gt;</b>	<b>2.293,00</b>
Salário Base	Base Cál. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF
2.500,00	2.538,36	2.538,36	203,06	2.324,76

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo

Assinatura  
Felipe dos S. ReisData  
05/09/2022

10



Valor: R\$ 3.305,00

Realizado em: 05/09/2022 - 14:59:39

Solicitante: CENTRO DE REABILITACAO EMANUEL DA REGIAO DAS HORTENSIAS

Cooperativa e conta origem: 0101/84668-7

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: E9158698220220905175921AHi6p2lcN

Autenticação Eletrônica: E915.8698.2202.2090.5175.921A.Hi6p.2lcN

Número de Controle: 385500841

Emitido em: 05/09/2022 - 15:36:55

\* 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

14

Período: 01/08/2022 à 31/08/2022

NUTRICIONISTA

Adm: 10/06/2019

CNPJ:03.002.855/0001-40

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

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
003	SALARIO BASE (DIAS)	30.00	3.636,00	
005	HORA EXTRA 50%	4.63	114,78	
600	REP.REM.SOBRE H.EXTRA	4.00	17,00	
612	ARREDONDAMENTO DO MES CR		0,28	
611	ARREDONDAMENTO MES ANT DB			
679	INSS	9,65		0,46
680	IRF	2,00		363,66
				98,94

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

*Assinatura*

05/09/22  
Data

Total de Vencimentos	Total de Descontos
3.768,06	463,06

<b>Valor Líquido &gt;&gt;</b>	<b>3.305,00</b>
-------------------------------	-----------------

Salário Base	Base Cálc..INSS	Base Cálc.FGTS	FGTS do Mês	Base Cálc IRRF
3.636,00	3.767,78	3.767,78	301,42	3.024,94

Valor: R\$ 422,00

Realizado em: 05/09/2022 - 15:07:42

Solicitante: CENTRO DE REABILITACAO EMANUEL DA REGIAO DAS HORTENSIAS

Cooperativa e conta origem: 0101/84668-7

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: E9158698220220905180725HAJb9bDbA

Autenticação Eletrônica: E915.8698.2202.2090.5180.725H.AJb9.bDbA

Número de Controle: 385517854

Emitido em: 05/09/2022 - 15:31:11

\* 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: 01/08/2022 à 31/08/2022

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)	6,00	411,20	
005	HORA EXTRA 50%	2,95	41,35	
600	REP.REM.SOBRE H.EXTRA	1,00	6,89	
612	ARREDONDAMENTO DO MES CR		0,26	
615	ARREDONDAMENTO FERIAS CR		0,45	
617	FERIAS	24,00	1.644,80	
618	ADIC.1/3 DE FERIAS		564,22	
630	VARIAVEIS DE FERIAS		47,84	
611	ARREDONDAMENTO MES ANT DB			0,32
616	ARREDONDAMENTO FERIAS DB			0,45
626	IRF SOBRE FERIAS	1,00		36,00
627	LIQUIDO PAGO DE FERIAS			2.023,29
679	INSS	8,65		36,93
688	INSS SOBRE FERIAS	8,77		198,02
			<b>Total de Vencimentos</b>	<b>Total de Descontos</b>
			2.717,01	2.295,01
			<b>Valor Líquido &gt;&gt;</b>	<b>422,00</b>
Salário Base	Base Cálc..INSS	Base Cálc.FGTS	FGTS do Mês	Base Cálc IRRF
2.056,00	2.716,30	2.716,30	217,30	232,92

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

*Luciano R. Carvalho*  
Assinatura

09/07/22  
Data

V6

Valor: R\$ 1.298,00

Realizado em: 05/09/2022 - 15:22:50

Solicitante: CENTRO DE REABILITACAO EMANUEL DA REGIAO DAS HORTENSIAS

Cooperativa e conta origem: 0101/84668-7

Nome do destinatário: Jonas Evandro Hoffmann

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

Instituição do destinatário: BCO C6 S.A.

Agência e conta do destinatário: 1 / 11874633-2

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: E9158698220220905182207c5ls1597v

Autenticação Eletrônica: E915.8698.2202.2090.5182.207c.5ls1.597v

Número de Controle: 385549149

Emitido em: 05/09/2022 - 15:29:06

\* 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

18

Período: 01/08/2022 à 31/08/2022

CNPJ: 03.002.855/0001-40

PROFESSOR INSTR. ENSIN. AP Adm: 19/02/2021

Código Nome

7 JONAS EVANDRO HOFFMANN

CBO Emp. Local Depto Setor Seção FI  
233225 57 01 1

Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
003	SALARIO BASE (DIAS)	30,00	1.400,00	
005	HORA EXTRA 50%	0,78	8,73	
013	INSALUBRIDADE 20%		242,40	
020	COMISSAO		97,00	
600	REP.REM.SOBRE H.EXTRA	4,00	1,29	
607	REP.REM.SOBRE COMISSAO	4,00	14,37	
612	ARREDONDAMENTO DO MES CR		0,07	
206	PENSAO ALIMENTICIA (VALOR)			324,68
611	ARREDONDAMENTO MES ANT DB			0,62
679	INSS	7,97		140,56
			<b>Total de Vencimentos</b>	<b>Total de Descontos</b>
			1.763,86	465,86
			<b>Valor Liquido &gt;&gt;</b>	<b>1.298,00</b>
Salário Base	Base Calc. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc IRRF
1.400,00	1.763,79	1.763,79	141,10	1.108,96

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo

*[Assinatura]*

Assinatura

05/09/22  
Data

# Comprovante de Pagamento PIX



10

Valor: R\$ 1.121,00

Realizado em: 05/09/2022 - 15:00:29

Solicitante: CENTRO DE REABILITACAO EMANUEL DA REGIAO DAS HORTENSIAS

Cooperativa e conta origem: 0101/84668-7

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: E91586982202209051800004142Pfa8e

Autenticação Eletrônica: E915.8698.2202.2090.5180.0004.142P.fa8e

Número de Controle: 385502605

Emitido em: 05/09/2022 - 15:33:10

\* 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

Período: 01/08/2022 à 31/08/2022

CNPJ: 03.002.855/0001-40

ASSISTENTE SOCIAL

Adm: 12/06/2021

Código Nome

8 ELISIANE FRUETT

CBO Emp. Local Depto. Setor Seção Fl.

251605 57 01

2

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
003	SALARIO BASE (DIAS)	30.00	1.212,00	
612	ARREDONDAMENTO DO MES CR		0,83	
611	ARREDONDAMENTO MES ANT DB			0,93
679	INSS	7,50		90,90
			<b>Total de Vencimentos</b>	<b>Total de Descontos</b>
			1.212,83	91,83
			<b>Valor Líquido &gt;&gt;</b>	<b>1.121,00</b>
Salário Base	Base Cál. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. 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

05/09/22  
Data

8

Valor: R\$ 1.500,00

Realizado em: 05/09/2022 - 15:09:08

Solicitante: CENTRO DE REABILITACAO EMANUEL DA REGIAO DAS HORTENSIAS

Cooperativa e conta origem: 0101/84668-7

Nome do destinatário: LORENZO PILAU ARZENO

CPF do destinatário: \*\*\*.010.340-\*\*

Instituição do destinatário: BCO SANTANDER BRASIL S.A.

Agência e conta do destinatário: 1738 / 0000000000001000264-6

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: E9158698220220905180849RLqZ2Hg6o

Autenticação Eletrônica: E915.8698.2202.2090.5180.849R.LqZ2.Hg6o

Número de Controle: 385520873

Emitido em: 05/09/2022 - 15:30:57

\* 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

## NFS-e - NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA

Nº:2022/467

Emitida em:  
01/09/2022 às 07:38:35Competência:  
01/09/2022Código de Verificação:  
1b599354 Logo prestador

## MEDICINA DO TRABALHO HR SOCIEDADE SIMPLES - ME

CPF/CNPJ: 18.651.082/0001-08

Inscrição Municipal: 26630028

R DOS ANDRADAS, 1742, SALA 901, CENTRO HISTORICO - Cep: 90020-012

Porto Alegre

RS

Telefone:

Email:

**Tomador do(s) Serviço(s)**

CPF/CNPJ: 03.002.855/0001-40

Inscrição Municipal: Não Informado

CENTRO DE REABILITACAO EMANUEL DA REGIAO DAS HORTENCIAS

RS 115 ESTRADA PARA A MOLEQUE, 1001, VARZEA GRANDE - Cep: 95670-000

Gramado

RS

Telefone: Não informado

Email: Não Informado

**Discriminação do(s) Serviço(s)**

ATENDIMENTOS MEDICOS

**Código de Tributação Municipal:**

40100100 / Medicina

**Subitem Lista de Serviços LC 116/03 / Descrição:**

4.01 / Medicina e biomedicina.

Cod/Município da incidência do ISSQN:

4314902 / Porto Alegre

Natureza da Operação:

Tributação no município

Regime Especial de Tributação: ME ou EPP do Simples Nacional

Valor dos serviços:	R\$ 1.500,00	Valor dos serviços:	R\$ 1.500,00
(-) Descontos:	R\$ 0,00	(-) Deduções:	R\$ 0,00
(-) Retenções Federais:	R\$ 0,00	(-) Desconto Incondicionado:	R\$ 0,00
(-) ISS Retido na Fonte:	R\$ 0,00	(=) Base de Cálculo:	R\$ 1.500,00
Valor Líquido:	R\$ 1.500,00	(x) Alíquota:	-
		(=) Valor do ISS:	-

Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional. Não gera direito a crédito fiscal de IPI.



Prefeitura de Porto Alegre - Secretaria da Fazenda

Rua Siqueira Campos, 1300 - 4º andar - Bairro Centro Histórico - CEP: 90.010-907 - Porto Alegre RS.

Tel: 156 (opção 4) ou (51) 3289-0156 (chamadas de outras cidades)

<https://servicos.procempa.com.br>



Valor: R\$ 3.235,00

Realizado em: 05/09/2022 - 15:11:21

Solicitante: CENTRO DE REABILITACAO EMANUEL DA REGIAO DAS HORTENSIAS

Cooperativa e conta origem: 0101/84668-7

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: E9158698220220905181101y6KGikDWT

Autenticação Eletrônica: E915.8698.2202.2090.5181.101y.6KGI.kDWT

Número de Controle: 385525471

Emitido em: 05/09/2022 - 15:29:22

\* 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 Férias


24

Empresa: CENTRO DE REABILITACAO EMANUEL - REG.HOR CNPJ: 03.002.855/0001-40  
Empregado: FELIPE DOS SANTOS REIS Código: 207.623 C.P. 0  
Cargo: MOTORISTA DE CARRO DE PASSEIO Admissão: 03/12/2019 CTPS: 68516/150/RS Sal.Base: 2.500,00  
C.Custo: 01.00.00.00

Período Aquisitivo De 03/12/2020 à 02/12/2021		Período de Gozo De 05/09/2022 à 24/09/2022		Período de Abono De 25/09/2022 à 04/10/2022	
Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
617	FERIAS	20,00	1.666,67		
005	HORA EXTRA 50%	3,82	43,41		
600	REP.REM.SOBRE H.EXTRA		8,50		
615	ARREDONDAMENTO FERIAS CR		0,84		
618	ADIC.1/3 DE FERIAS		572,86		
619	ABONO DE FERIAS	10,00	859,29		
620	ADIC.1/3 ABONO DE FERIAS		286,43		
626	IRF SOBRE FERIAS			14,96	
688	INSS SOBRE FERIAS	8,21		188,04	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			3.438,00	203,00	
			<b>Valor Líquido &gt;&gt;</b>	<b>3.235,00</b>	
Recbi a importância acima discriminada, bem como conferi os dados deste documento.					
GRAMADO, 05 de 09 de 2022 <i>Felipe dos S. Reis</i> Assinatura do Empregado					
O Empregado deverá retornar ao serviço no dia 26/09/2022.					


Nº ORDEM		EMPREGADOR OU RAZÃO SOCIAL					
C.N.P.J.		ATIVIDADE ECONÔMICA					
03.002.855.0001-40							
EMPREGADO		ANADACIA S. NUNES REIS					
Nº REGISTRO		Nº CTPS		FUNÇÃO			
				NUTRIC. AT			
LOCAL DO TRABALHO		1ª QUINZENA					
CASA 11							
MÊS		ANO					
AGOSTO		2022					
H. de Trab.	ENTRADA	INTERVALO PARA REFEIÇÃO		SAÍDA	REPOUSO SEMANAL		
H. Nos DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
1	7:26	12:06					
2	7:24	12:07					
3	7:23	12:08					
4	7:26	12:06					
5	7:24	12:07					
6							
7							
8	7:23	12:07					
9	7:24	12:06					
10	7:26	12:06					
11	7:22	12:06					
12	7:23	12:07					
13							
14							
15	7:24	12:06					

\*De conformidade com a Portaria Mib nº 3828/91 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

Nº ORDEM		EMPREGADOR OU RAZÃO SOCIAL					
C.N.P.J.		ATIVIDADE ECONÔMICA					
EMPREGADO		FELIPE DOS SANTOS REIS					
Nº REGISTRO		Nº CTPS		FUNÇÃO			
				MOTORISTA			
LOCAL DO TRABALHO		1ª QUINZENA					
CNERH							
MÊS		ANO					
AGOSTO		2022					
H. de Trab.	ENTRADA	INTERVALO PARA REFEIÇÃO		SAÍDA	REPOUSO SEMANAL		
H. Nos DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
1	7:55	12:02	13:28	17:42			
2	7:56	12:03	13:27	17:45			
3	7:58	12:04	13:26	17:46			
4	7:59	12:05	13:25	17:47			
5	7:55	12:06	13:25	17:46			
6							
7							
8	7:56	12:06	13:26	17:46			
9	7:57	12:06	13:27	17:44			
10	7:58	12:05	13:28	17:45			
11	7:56	12:08	13:27	17:46			
12	7:55	12:04	13:28	17:50			
13							
14							
15	7:55	12:05	13:28	17:45			

\*De conformidade com a Portaria Mib nº 3828/91 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.	DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
		Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
16		7:56	12:06	13:27	17:44			
17		7:57	12:07	13:28	17:43			
18		7:57	12:05	13:27	17:44			
19		7:58	12:06	13:27	17:45			
20								
21								
22		7:58	12:08	13:28	17:44			
23		7:55	12:02	13:27	17:46			
24		7:58	12:04	13:28	17:44			
25		7:59	12:05	13:27	17:45			
26		7:55	12:04	13:27	17:46			
27								
28								
29		7:56	12:01	13:27	17:47			
30		7:57	12:02	13:26	17:48			
31		7:59	12:03	13:27	17:50			

Recebi o saldo acima mencionado

DATA 31/08/22 ..... *F. Almeida S. Per* .....  
Assinatura do Empregado

REGISTRO DE OCORRÊNCIAS:

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		7:20	12:07					
17		7:22	12:06					
18		7:20	12:07					
19		7:23	12:06					
20								
21								
22		7:24	12:07					
23		7:26	12:07					
24		7:27	12:06					
25		7:27	12:06					
26		7:23	12:10					
27								
28								
29		7:24	12:10					
30		7:26	12:12					
31		7:24	12:10					

Recebi o saldo acima mencionado

DATA 31/08/22 ..... *F. Almeida S. Per* .....  
Assinatura do Empregado

REGISTRO DE OCORRÊNCIAS:

Nº \_\_\_\_\_ HORÁRIO

NOME **LUCIANO ROQUEZ**

CARGO **MANEIRO**

MÊS **Agosto** ANO **2022**

1ª QUINZENA

HORAS NORM.	MANHÃ		TARDE		EXTRA		HORAS EXTRAS
	ENTRADA	SAÍDA	ENTRADA	SAÍDA	ENTRADA	SAÍDA	
1	7:50	12:10	12:53	17:10			
2	7:53	12:08	12:55	17:11			
3	7:54	12:11	12:56	17:09			
4	7:52	12:10	12:57	17:08			
5	7:53	12:11	12:54	17:10			
6	7:51	12:10					
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							

OBSERVAÇÕES

Nº \_\_\_\_\_ HORÁRIO

NOME **Jonas Evandro Hoffmann**

CARGO

MÊS **Agosto** ANO **2022**

1ª QUINZENA

HORAS NORM.	MANHÃ		TARDE		EXTRA		HORAS EXTRAS
	ENTRADA	SAÍDA	ENTRADA	SAÍDA	ENTRADA	SAÍDA	
1	7:59	12:05	12:55	17:01			
2	7:56	12:01	12:56	17:03			
3	7:57	12:03	12:54	17:04			
4	7:55	12:02	12:58	17:03			
5	7:56	12:07	12:55	17:02			
6	7:58	12:05	-	-			
7	-	-	-	-			
8	7:55	12:01	12:57	17:05			
9	7:56	12:04	12:56	17:05			
10	7:54	12:02	12:55	17:03			
11	7:56	12:05	12:54	17:06			
12	7:54	12:04	12:58	17:07			
13	7:57	12:03	-	-			
14	-	-	-	-			
15	7:56	12:05	12:55	17:05			

OBSERVAÇÕES

Nº ORDEM \_\_\_\_\_ EMPREGADOR OU RAZÃO SOCIAL \_\_\_\_\_

C.N.P.J. **03.002.855.000-40** ATIVIDADE ECONÔMICA \_\_\_\_\_

EMPREGADO **Valisiane Frutt**

Nº REGISTRO **08** Nº CTPS \_\_\_\_\_ FUNÇÃO **Assistente Social**

LOCAL DO TRABALHO **Cruzeiro** 1ª QUINZENA

MÊS **Agosto** ANO **2022**

H. de Trab.	ENTRADA		INTERVALO PARA REFEIÇÃO		SAÍDA		REPOUSO SEMANAL	
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída
1	08:00	12:00						
2								
3								
4								
5								
6	08:00	12:00						
7								
8	08:00	12:00						
9								
10								
11								
12								
13	08:00	12:00						
14								
15								

"De conformidade com a Portaria Mtb nº 3828/91 de 13/11/91, este Cartão de Rôto, substitui, para todos os efeitos, o Quadro de Horário de Trabalho e Ficha de Horário de Trabalho Extremo."

Cód. 15023 TIPO TA

Nº	HORAS		A R\$		TOTAIS		2ª QUINZENA
	NORMAIS	D. REM.	EXTRAS	AD. NOT	R\$	R\$	
	SALÁRIO FAMÍLIA				R\$		
					R\$		
	SOMA R\$				R\$		
	INSS				R\$		
	TOTAL DO DESCONTO				R\$		
	SALDO A RECEBER				R\$		

HORAS NORM.	MANHÃ		TARDE		EXTRA		HORAS EXTRAS
	ENTRADA	SAÍDA	ENTRADA	SAÍDA	ENTRADA	SAÍDA	
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							

RECEBI O SALDO ACIMA MENCIONADO

*Luciano Rodrigues Cavallho*  
ASSINATURA DO EMPREGADO

Nº	HORAS		A R\$		TOTAIS		2ª QUINZENA
	NORMAIS	D. REM.	EXTRAS	AD. NOT	R\$	R\$	
	SALÁRIO FAMÍLIA				R\$		
					R\$		
	SOMA R\$				R\$		
	INSS				R\$		
	TOTAL DO DESCONTO				R\$		
	SALDO A RECEBER				R\$		

HORAS NORM.	MANHÃ		TARDE		EXTRA		HORAS EXTRAS
	ENTRADA	SAÍDA	ENTRADA	SAÍDA	ENTRADA	SAÍDA	
16	7:56	12:06	12:56	17:03			
17	7:55	12:05	12:55	17:04			
18	7:56	12:02	12:57	17:05			
19	7:57	12:01	12:55	17:06			
20	7:55	12:05	-	-			
21	-	-	-	-			
22	7:58	12:03	12:56	17:03			
23	7:56	12:03	12:57	17:03			
24	7:58	12:06	12:50	17:01			
25	7:57	12:05	12:55	17:05			
26	7:56	12:03	12:55	17:03			
27	7:55	12:04	-	-			
28	-	-	-	-			
29	7:55	12:05	12:59	17:05			
30	7:56	12:03	12:56	17:01			
31	7:55	12:01	12:57	17:02			

RECEBI O SALDO ACIMA MENCIONADO

*Luciano Rodrigues Cavallho*  
ASSINATURA DO EMPREGADO

Nº	HORAS		A R\$		TOTAIS		2ª QUINZENA
	NORMAIS	D. REM.	EXTRAS	DESC. REMUN.	R\$	R\$	
	SOMA R\$				R\$		
	INSS				R\$		
	I.R. - FONTE (DEDUÇÕES)				R\$		
	VALOR I.R. - F				R\$		
	TOTAL DOS DESCONTOS				R\$		
	SALÁRIO-FAMÍLIA				R\$		
	SALDO A RECEBER				R\$		

H. Nor. DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
16	08:00	12:00					
17							
18							
19							
20	08:00	12:00					
21							
22							
23	08:00	12:00					
24							
25							
26							
27	08:00	12:00					
28							
29							
30	08:00	12:00					
31							

Recebi o saldo acima mencionado

DATA 30/08/22 ..... *Edilson F. F. F.*  
Assinatura do empregado  
REGISTRO DE OCORRÊNCIAS:



23

## 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, 10 de setembro de 2022.

À PREFEITURA MUNICIPAL DE GRAMADO  
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO

### DESCRIÇÃO DE SERVIÇOS PRESTADOS

Os honorários por mim recebidos conforme recibo em anexo, refere-se à atendimentos psiquiátricos individuais e presenciais a cada 15 dias, prescrevendo medicamentos, avaliando crises de ansiedade e abstinência e também fornecer atestados médicos caso necessário para encaminhamento de auxílio doença.



Lorenzo Arzeno  
Médico  
CREMERS 37.444

LORENZO PILAU ARZENO  
PSIQUIATRA



## 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, 13 setembro 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





## Prefeitura Municipal de Gramado

Secretaria de Administração

### TERMO DE FOMENTO Nº 010/2022

**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.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 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 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 4.032/2022.

#### DOS RECURSOS FINANCEIROS

**CLÁUSULA SEGUNDA** – O **MUNICÍPIO** repassará ao **CRERH** o recurso financeiro constante na dotação orçamentária própria, totalizando o valor de **R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais)**, em **5 parcelas**.

**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 das parcelas.

**CLÁUSULA SEXTA** – O **CRERH** deverá protocolizar no Protocolo Central da Prefeitura, direcionada a Secretaria da 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 6099/2021.

**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



## Prefeitura Municipal de Gramado

Secretaria de Administração

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.

### 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 n.º 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 n.º 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 n.º 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.

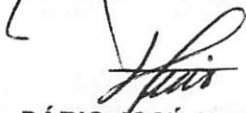
E, por estarem assim ajustados, assinam o presente instrumento em 03 (três) vias de igual teor e forma, para um só efeito e declaram conhecer todas as cláusulas ajustadas.

Gramado, 18 de maio de 2022.

  
**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**

RS 115 – Estrada para Moleque nº 1001 - Bairro Várzea Grande –

Cx. Postal 1033 Gramado RS

Fone: (54) 3286-8288

CNPJ 03.002.855/0001-40

Conta Corrente nº 59396-6 – Agência nº 0101 –Coop. Sicredi

**Plano de trabalho**

Proposta ( ) Edital nº: ( x) Sem edital

Secretaria de destino: Câmara dos Vereadores

Objeto:

**I. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:**

<b>NOME DA INSTITUIÇÃO</b> Centro de Reabilitação Emanuel Região das Hortênsias
<b>Endereço: Estrada para Moleque 1001 – Varzea Grande- Cx Postal 1033</b>
<b>Cidade: Gramado CEP:95670000</b>
<b>Fone: 54-32868288 e-mail: <a href="mailto:cerhgramado@gmail.com">cerhgramado@gmail.com</a></b>
<b>CNPJ: 03.002.855.0001-40</b>
<b>Representante Legal: Dário José Stein</b>
<b>Responsável pela execução do projeto: Felipe Reis</b>
<b>A Organização possui registro a algum Conselho Setorial? ( x ) Sim ( ) Não</b> <b>Nome do Conselho: CMAS e COMAD</b> <b>Nº de registro: CMAS – RESOLUÇÃO</b>

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

### **II. 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 está instalada em uma área própria de mais de quatro hectares 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.

### **III. JUSTIFICATIVA**

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

Diante do cenário de pandemia criado pelo COVID -19, nossas doações financeiras diminuíram significativamente e que está comprometendo o pagamento dos colaboradores, diante disso vimos solicitar o termo do fomento no valor de R\$ 50.000,00 que foram destinados através de emendas impositivas de vereadores conforme officios anexos.

**Nesse valor está incluso:**

**Salário**

**INSS**

**FGTS**

**Horas extras quando houver**

**Férias**

W  
GT

#### IV. 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. Responsável Técnica/ Diretora administrativa	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 ajudar nos serviços de campo, levar os acolhidos quando necessário no hospital,	Garantir o cumprimento da RDC 29/2011 bem como a resolução CONAD/2015 e todos os protocolos recomendados pelos órgãos e colegiados superiores  Art. 6º As instituições devem possuir profissional que responda pelas questões operacionais durante o seu período de funcionamento, podendo ser o próprio responsável técnico ou

	saídas para passeios, Igreja.	pessoa dignada para tal fim.
<b>3. Coordenador interno</b>	Responsável pelas atividades operacionais dos acolhidos	
<b>4. Monitores</b>	Auxiliar os acolhidos a cumprir o programa terapêutico proposto	Aumento do número de recuperados
<b>5. Assistente social</b>	Responsável por perícias, Documentação dos acolhidos, Grupo com familiares.	
<b>6. Psiquiatra</b>	Médico	

#### **V. PERFIL DA POPULAÇÃO ATENDIDA PELO PROJETO**

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

## VI. 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 média por dia 50 a 55 pessoas

### Critérios de acesso:

Critérios 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	Preferencialmente de baixa renda	Buscar articulação com os municípios da região para ofertar vagas



## VII. METODOLOGIA

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

## VIII. CRONOGRAMA DE AÇÕES

Ações	Mês	Mês	Mês	Mês	Mês
	1	2	3	4	5
Atendimento do responsável técnico	x	x	X	x	x
Acompanhamento pelo coordenador operacional das atividades	x	x	X	x	x
Auxiliar os acolhidos pelos monitores, nesse caso são 1 monitor	x	x	X	x	x
Diretor interno/ motorista	x	x	x	x	x
Assistente Social	x	x	x	x	x
Psiquiatra	x	x	x	x	x

### IX. EQUIPE DO PROJETO

<b>FUNÇÃO NO PROJETO</b>	<b>FORMAÇÃO PROFISSIONAL</b>	<b>NATUREZA DO VINCULO</b>	<b>NUMERO DE HORAS SEMANAIS</b>
		CLT	20
Andreia Santos Nunes Reis	Nutricionista	CLT	40
Felipe dos Santos Reis	Coordenador/Monitor DQ	CLT	40
Jonas Evandro Hoffmann	Coordenador/ Monitor DQ	CLT	40
Luciano Rodrigues Carvalho	Coordenador/Monitor em DQ	CLT	40
Elisiane Fruett	Assistente social	CLT	8
Lorenzo Pilau Arzeno	Médico	Prestador de Serviço	4

### 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. Responsável Técnica	<b><u>Os indicadores são realizados a cada fim de mês de atendimento</u></b>	Evoluções nas pastas dos acolhidos e no livro diário de atendimentos
2. Diretor interno	Os indicadores são monitorados mensalmente	<b>São verificados periodicamente as pastas e o livro diário de atendimentos</b>
3. Coordenador interno	Acompanha o comprometimento dos acolhidos nas atividades terapêuticas propostas	<b>Reuniões semanais com os monitores para discussões de casos</b>
4. Monitor	Planilha de acompanhamento de participação dos acolhidos nas atividades	

OH

<p>5. Assistente social</p> <p>6. Médico</p>	<p>Responsável por pericias, Documentação dos acolhidos, Grupo com familiares.</p>	<p>Reuniões semanais com a coordenação</p>
--	--	--

### XI. PARCERIAS

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 2021 assinado
Ministério da Cidadania/SENAPRED	Governamental	Convenio	2021

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 %
DESPESAS COM PROFISSIONAIS DA SAÚDE	R\$ 50.000,00	100%
Total solicitado	R\$ 50.000,00	100%

Valor total da proposta: R\$50.000,00

**Valor solicitado ao  
concedente: R\$  
50.000,00**

**ORÇAMENTO DETALHADO –valor repassado pelo CONCEDENTE**

<b>DESPESAS DE CAPITAL, DESPESA DE MANUTENÇÃO,</b>		<b>Quantidade/</b>	<b>Valor unitário Em R\$</b>	<b>Total na rubrica Em R\$</b>
<b>DESPESAS COM PROFISSIONAIS DA AREA DA SAUDE</b>		<b>Conforme cópia de holerites</b>	<b>R\$ 11.605,00 p/ mês</b>	<b>R\$ 50.000,00</b>
<b>Total parcial</b>				<b>R\$ 50.000,00</b>
<b>Total Geral</b>				<b>R\$ 50.000,00</b>

**PLANO DE APLICAÇÃO MENSAL- investimento mensal do concedente (em R\$)**

<b>Rubrica</b>	<b>Mês 1</b>	<b>Mês 2</b>	<b>Mês 3</b>	<b>Mês 4</b>	<b>Mês 5</b>
<b>DESPEAS DE pagamento de profissionais</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>
Pagamento de profissionais (Responsável Técnico, Coordenador, Monitores, Diretor, Assistente Social, Psiquiatra	R\$ 11.605,00	R\$ 11.605,00	R\$ 11.605,00	R\$ 11.605,00	R\$ 3.580,00

Gramado, 06 de abril de 2022.

Dario 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: 03/10/2022

Filtros aplicados ao relatório

Número do processo: 0027782/2022

**Número do processo: 0027782/2022**

**Número único: EG5.530.547-2S**

Requerente: FELIPE DOS SANTOS REIS

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: AUGUSTO DALLA ROSA

Prioridade: Normal

Recebido em: 03/10/2022 15:35

Visto para: 01/01/2023 15:35

CENTRO DE REABILITAÇÃO EMANUEL REGIÃO DAS HORTÊNSIAS, INSCRITO NO CNPJ Nº 03.002.855/0001-40, ENCAMINHA PRESTAÇÃO DE CONTAS DO TERMO DE FOMENTO Nº 010/2022 (4ª PARCELA), CONFORME DOCUMENTAÇÃO ANEXA.



AUGUSTO DALLA ROSA  
(Protocolado por)



FELIPE DOS SANTOS REIS  
(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 010/2022 – Parcela 4/5**

Valor do Fomento: R\$ 50.000,00

Valor da Parcela: R\$ 10.000,00

Valor comprovado na presente Prestação de Contas: R\$ 13.174,00

Contrapartida da Entidade: R\$ 3.174,00

Saldo remanescente: 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, datado de 26 de agosto de 2022 e protocolado na Prefeitura de Gramado sob o número 27782/2022 em 03 de outubro de 2022, sendo **tempestivo**.

### **II – Cópia do Plano de Trabalho e Aplicação dos Recursos Recebidos**

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.





## Prefeitura Municipal de Gramado

Secretaria da Administração

### 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 na lei.  
Por todo o exposto, esta comissão sugere pela aprovação das contas apresentadas.

Gramado, 07 de outubro  
de 2022.

Ayrton Germano Müller Silveira

Matrícula nº 13956

César Rebello

Matrícula nº 13341

Renan Martin da Silva

Matrícula nº 13928





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

Filtros aplicados ao relatório

Número do processo: 0027782/2022

Organograma de origem: 010.005.000 - Saúde - Administrativo

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

Usuário de origem: tatiana.lemes

Processo	Solicitação	Número do documento	Data/hora movimentação	Confirmado	Não confirmado
0027782/2022	Administração - Prestação de		13/10/2022 14:50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Obs. do andamento: Encaminhamos Parecer do Gestor da Parceria do projeto "Fomento aos Serviços Executados pela Entidade", entre o Município de Gramado e o Centro de Reabilitação Emanuel Região das Hortênsias.

Súmula: CENTRO DE REABILITAÇÃO EMANUEL REGIÃO DAS HORTÊNSIAS, INSCRITO NO CNPJ Nº 03.002.855/0001-40, ENCAMINHA PRESTAÇÃO DE CONTAS DO TERMO DE FOMENTO Nº 010/2022 (4ª PARCELA), CONFORME DOCUMENTAÇÃO ANEXA.

Total de processos: 1

Responsável

Hora: 14:50:45



## Prefeitura Municipal de Gramado

Secretaria Municipal da Saúde

Ofício nº 1.106/2022 -SAU

Gramado, 11 de outubro de 2022.

À

SECRETARIA MUNICIPAL DA ADMINISTRAÇÃO

A/C RESPONSÁVEL PELOS TERMOS DE FOMENTO/CONVÊNIOS

Gramado/RS

**ASSUNTO: Parecer do Gestor da Parceria do projeto "Fomento aos Serviços Executados pela Entidade", entre o Município de Gramado e o Centro de Reabilitação Emanuel Região das Hortênsias.**

### 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 010/2022 - Parcela 4/5**, em relação ao Projeto " Fomento aos Serviços Executados pela Entidade", no valor da parcela de R\$ 10.000,00 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 007/2017, quanto sua forma.

E, de acordo com o Parecer da Comissão de Monitoramento e Avaliação, como REGULAR a sua prestação de contas, e os documentos apresentados atendem o previsto na lei, e na condição de GESTOR DA PARCERIA, opina-se pela APROVAÇÃO DAS CONTAS APRESENTADAS.

  
Amaro R. Martini

Matrícula 11467

GESTOR DA PARCERIA



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

Filtros aplicados ao relatório

Número do processo: 0027782/2022

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
0027782/2022	Administração - Prestação de		10/10/2022 08:55	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Obs. do andamento: A/C AMARO GESTOR DO TF 10/22

Súmula: CENTRO DE REABILITAÇÃO EMANUEL REGIÃO DAS HORTÊNSIAS, INSCRITO NO CNPJ Nº 03.002.855/0001-40, ENCAMINHA PRESTAÇÃO DE CONTAS DO TERMO DE FOMENTO Nº 010/2022 (4ª PARCELA), CONFORME DOCUMENTAÇÃO ANEXA.

Total de processos: 1

Responsável

Hora: 08:55:02