



# FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE MODELO MUNICIPIO DE MODELO

Santa Catarina  
Rua do Comércio, 1304, Centro  
C.E.P: 89.872-000  
C.N.P.J: 11.511.812/0001-18  
Fone: (49) 3365-3137

**NOTA DE EMPENHO**  
Convenio

<b>Nº DO EMPENHO/TIPO</b> 001382/01 Subempenho	<b>RECURSO</b> Orcamentario
---	--------------------------------

08 - FUNDO MUNICIPAL DA SAUDE E DIRETORIA GER  
08.01 - FMS - FUNDO MUN.DA SAUDE  
10 - Saude  
302 - Assistencia Hospitalar e Ambulatorial  
0007 - VIDA SAUDAVEL - ASSISTENCIA INTEGRAL A  
2.281 - MANUT. PROGRAMA ASSISTENCIA HOSPITALAR - saude da familia  
3.3.50.00 - TRANSFERENCIAS A INSTITUICOES PRIVADAS S Principal: 1714  
3.3.50.41.99.00 - OUTRAS CONTRIBUICOES Cod. Red.: 01774  
Fonte Rec.:0180 - RECURSOS CORONAVIRUS (COVID-19) PORTARI

**CREADOR** 414 ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DE MOD CNPJ: 83.303.339/0001-94  
R XV DE NOVEMBRO 4000 LARANJEIRAS MODELO SC  
Banco: Agencia:5384-8 Conta:000094238-3 FONE

<b>LICITACAO</b> Nao se Aplica	<b>NUMERO</b>	<b>SOLICITACAO</b>	<b>PROC. COMPRA</b>	<b>EMISSAO</b> 06.10.20	<b>VENCIMENTO</b> 06.10.20
<b>VALOR ORÇADO</b> 70.000,00	<b>SALDO ANTERIOR</b> 70.000,00	<b>VALOR DO EMPENHO</b> 35.000,00	<b>SALDO ATUAL</b> 35.000,00		

**ESPECIFICACAO**  
VALOR RELATIVO A PAGAMENTO DE REPASSE MENSAL DE CONVENIO Nº 001/2019 DE 02 DE  
JANEIRO DE 2020, OBJETIVANDO O ATENDIMENTO COMPLEMENTAR DE PACIENTES  
MODELENSES USUARIOS DO SUS. REFERENTE OUTUBRO/2020.

**TOTAL** 35.000,00

**VALOR POR EXTENSO**  
trinta e cinco mil reais\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

RESPONSÁVEL EMPENHO

ORDENADOR DA DESPESA

CONTADOR

**Liquidação**

Declaro que o material/serviço foi fornecido/prestado

Responsável

Data / /

CEF. 624.082-9

ORDEM DE PAGAMENTO

DATA 13/10/20

TESOURARIA

RESPONSÁVEL

**RECIBO**

DECLARO(AMOS) PARA OS DEVIDOS FINS, QUE RECEBI(EMOS) A IMPORTANCIA DESTA GUIA DE  
PAGAMENTO, CORRESPONDENTE AO ACIMA DESCRITO, E PELA QUAL DOU(AMOS) PLENA E IRREVOGÁVEL QUITACAO.

DOC.Nº

ASSINATURA

08/11



PODER JUDICIÁRIO  
JUSTIÇA DO TRABALHO

## CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS TRABALHISTAS

Nome: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENFICENTE DE MODELO (MATRIZ E FILIAIS)  
CNPJ: 83.303.339/0001-94  
Certidão nº: 25799860/2020  
Expedição: 09/10/2020, às 14:45:02  
Validade: 06/04/2021 - 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de sua expedição.

Certifica-se que **ASSOCIACAO HOSPITALAR BENFICENTE DE MODELO (MATRIZ E FILIAIS)**, inscrito(a) no CNPJ sob o nº **83.303.339/0001-94**, **NÃO CONSTA** do Banco Nacional de Devedores Trabalhistas.

Certidão emitida com base no art. 642-A da Consolidação das Leis do Trabalho, acrescentado pela Lei nº 12.440, de 7 de julho de 2011, e na Resolução Administrativa nº 1470/2011 do Tribunal Superior do Trabalho, de 24 de agosto de 2011.

Os dados constantes desta Certidão são de responsabilidade dos Tribunais do Trabalho e estão atualizados até 2 (dois) dias anteriores à data da sua expedição.

No caso de pessoa jurídica, a Certidão atesta a empresa em relação a todos os seus estabelecimentos, agências ou filiais.

A aceitação desta certidão condiciona-se à verificação de sua autenticidade no portal do Tribunal Superior do Trabalho na Internet (<http://www.tst.jus.br>).

Certidão emitida gratuitamente.

### **INFORMAÇÃO IMPORTANTE**

Do Banco Nacional de Devedores Trabalhistas constam os dados necessários à identificação das pessoas naturais e jurídicas inadimplentes perante a Justiça do Trabalho quanto às obrigações estabelecidas em sentença condenatória transitada em julgado ou em acordos judiciais trabalhistas, inclusive no concernente aos recolhimentos previdenciários, a honorários, a custas, a emolumentos ou a recolhimentos determinados em lei; ou decorrentes de execução de acordos firmados perante o Ministério Público do Trabalho ou Comissão de Conciliação Prévia.



MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal do Brasil  
Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional

**CERTIDÃO POSITIVA COM EFEITOS DE NEGATIVA DE DÉBITOS RELATIVOS AOS TRIBUTOS  
FEDERAIS E À DÍVIDA ATIVA DA UNIÃO**

Nome: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENFICENTE DE MODELO  
CNPJ: 83.303.339/0001-94

Ressalvado o direito de a Fazenda Nacional cobrar e inscrever quaisquer dívidas de responsabilidade do sujeito passivo acima identificado que vierem a ser apuradas, é certificado que:

1. constam débitos administrados pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) com exigibilidade suspensa nos termos do art. 151 da Lei nº 5.172, de 25 de outubro de 1966 - Código Tributário Nacional (CTN), ou objeto de decisão judicial que determina sua desconsideração para fins de certificação da regularidade fiscal, ou ainda não vencidos; e
2. constam nos sistemas da Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN) débitos inscritos em Dívida Ativa da União (DAU) com exigibilidade suspensa nos termos do art. 151 do CTN, ou garantidos mediante bens ou direitos, ou com embargos da Fazenda Pública em processos de execução fiscal, ou objeto de decisão judicial que determina sua desconsideração para fins de certificação da regularidade fiscal.

Conforme disposto nos arts. 205 e 206 do CTN, este documento tem os mesmos efeitos da certidão negativa.

Esta certidão é válida para o estabelecimento matriz e suas filiais e, no caso de ente federativo, para todos os órgãos e fundos públicos da administração direta a ele vinculados. Refere-se à situação do sujeito passivo no âmbito da RFB e da PGFN e abrange inclusive as contribuições sociais previstas nas alíneas 'a' a 'd' do parágrafo único do art. 11 da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991.

A aceitação desta certidão está condicionada à verificação de sua autenticidade na Internet, nos endereços <<http://rfb.gov.br>> ou <<http://www.pgfn.gov.br>>.

Certidão emitida gratuitamente com base na Portaria Conjunta RFB/PGFN nº 1.751, de 2/10/2014.

Emitida às 14:45:24 do dia 14/04/2020 <hora e data de Brasília>.

Válida até 11/10/2020.

Código de controle da certidão: **6B89.1497.C0C2.BCC6**

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.

*Procurador* 10/04/20



**MUNICÍPIO DE MODELO**  
**SANTA CATARINA**  
Rua do Comércio, 1304 - CEP 89872-000 - Centro  
CNPJ: 83.021.832/0001-11  
Modelo - Santa Catarina  
www.modelo.sc.gov.br

Nº da Certidão: 1879 2020  
Autenticidade: 819973859819973

## CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS MUNICIPAIS

### DADOS DO CONTRIBUINTE

Nome ou Razão Social: SOC. HOSPITALAR BEN. DE MODELO

CPF/CNPJ: 83.303.339/0001-94

Endereço: RUA XV DE NOVEMBRO nº.: 985 Bairro:

Município: UF: CEP: 0

### FINALIDADE DA CERTIDÃO

Outros

Certificamos, para os devidos fins acima especificados, que o contribuinte supra caracterizado **NADA DEVE** à Fazenda Municipal até a presente data sobre impostos e taxas municipais.

De conformidade com o art. nº 158 da Lei nº 1.324/97, esta certidão Negativa é válida por 180 (cento e oitenta) dias corridos para o fim a que se destinar, terá efeito liberatório quanto aos tributos que mencionar, salvo no referente a créditos tributários que venham a ser posteriormente apurados.

Modelo/SC, 09 de Outubro de 2020

**Certidão válida por 180 dias**  
Qualquer rasura tornará nulo este documento

Certidão válida até: 07 de Abril de 2021

Voltar

Imprimir



## Certificado de Regularidade do FGTS - CRF

**Inscrição:** 83.303.339/0001-94  
**Razão Social:** SOCIEDADE HOSPITALAR BENEFICENTE DE MODELO  
**Endereço:** RUA XV DE NOVEMBRO 4000 / CENTRO / MODELO / SC / 89872-000

A Caixa Econômica Federal, no uso da atribuição que lhe confere o Art. 7, da Lei 8.036, de 11 de maio de 1990, certifica que, nesta data, a empresa acima identificada encontra-se em situação regular perante o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O presente Certificado não servirá de prova contra cobrança de quaisquer débitos referentes a contribuições e/ou encargos devidos, decorrentes das obrigações com o FGTS.

**Validade:** 10/10/2020 a 08/11/2020

**Certificação Número:** 2020101001241686521909

Informação obtida em 13/10/2020 09:30:03

A utilização deste Certificado para os fins previstos em Lei esta condicionada a verificação de autenticidade no site da Caixa: **[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)**

::Comprovantes



**Comprovante de Remessa de TED**  
via GovConta Caixa

Tipo de TED:	Terceiros
Nome:	FUNDO MUN DE SAUDE DE MODELO
Conta Origem:	2894/006/00624082-4
Tipo de Conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de Pessoa:	Jurídica
CPF/CNPJ:	11.511.812/0001-18

Banco:	001 - BANCO DO BRASIL S/A
Conta Destino:	5384/94238-3
Tipo de Conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de Pessoa:	Jurídica
Nome:	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DE MO
CPF/CNPJ	83.303.339/0001-94
Valor:	R\$35.000,00
Valor da Tarifa:	R\$0,00
Finalidade	10-Crédito em Conta
Identificação da Operação:	TRANSFERENCIA BANCARIA

Data de Débito:	13/10/2020
Data da Operação:	13/10/2020
Código da Operação:	00126273
Chave de Segurança:	PVMA0L4JSRJ8K1XH

CPFs Autorizadores:
987.238.989-68
071.388.279-46

**Operação realizada com sucesso.**

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO DO CREDITO NA CONTA DESTINO E DE 60 MINUTOS.