

A

PREFEITURA


MUNICIPAL DE CAXAMBU

Servimo-nos desta para apresentar os relatórios do convênio 002/2020, referente a Primeira Parcela, creditada na data de 17/02/2019.

Anexos:

- Relação de recebimentos (anexo II)
- Relação de pagamentos efetuados (anexo III – Folha 01 e Folha 02)
- Relação de pagamentos Contrapartida (anexo IV)
- Conciliação bancária (anexo V)
- Balancete Financeiro (anexo VI)
- Cópias de Notas Fiscais, Cheques e Transferência bancária (pagamentos efetuados)
- Extrato bancário (anexo I – saldo aplicação)
- Extrato bancário (anexo II – extrato demonstrativo cheques compensados)
- Relação de Plantões e Sobreavisos
- CND Previdenciária
- CND FGTS

Recebi em 16/03/2020 o 16.000,00

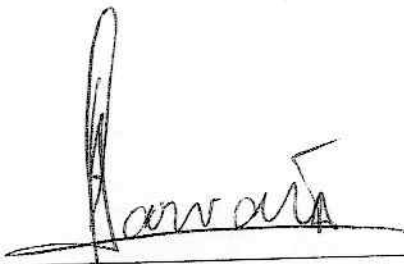


Notas Explicativas:

1. A tarifa bancária do período, no valor de R\$ 99,00, referente a Pacote Mensal RJ, foi reembolsada conforme comprovante de depósito.

Aproveitamos a oportunidade para renovar nossos sinceros votos de agradecimento e estima.

Caxambu-MG, 12 de Março de 2020.



Joubert de Carvalho – Contador  
ACAPS – Associação Caxambuense Pró Saúde



Roberto Mendes Paiva – Presidente em exercício  
ACAPS – Associação Caxambuense Pró Saúde



# PREFEITURA MUNICIPAL DE CAXAMBU-MG

RELATÓRIO DO CONTROLE INTERNO  
Anexo IV do Decreto n.º 1.737, de 03/10/2011

## RELATÓRIO N.º 01/2020

### INFORMAÇÕES DO CONVÊNIO

<b>PERÍODO DA PRESTAÇÃO DE CONTAS</b> DE 05/02/2020 A 28/02/2020		<b>TIPO DA PRESTAÇÃO DE CONTAS</b> <input checked="" type="radio"/> Parcial <input type="radio"/> Final	
Convênio: 002/2020	Termo Aditivo xxxxxxxxx	Vigência: 17/02/2020 a 31/12/2020	
Concedente: PREFEITURA MUNICIPAL DE CAXAMBU			
Conveniente: ASSOCIAÇÃO CAXAMBUENSE PRÓ SAÚDE - ACAPS			
Endereço: RUA MONSENHOR JOÃO DE DEUS		Nº 92	Bairro: CENTRO
Cidade: CAXAMBU	CEP 37.440-000	Telefone(s): 3341-7917	
CNPJ: 26.886.495/0001-91	E-mail:		
Valor pactuado: R\$ 1.560.000,00	Parcela do Município: R\$ 130.000,00		
	Contrapartida: XXXXXXX		
	Fonte do Recurso: 02.04.01.10.302.0011.2043-Manutenção de Contrato de Repasse e Serviços Assistenciais de Saúde		
Gestor Responsável: ROBERTO MENDES PAIVA			
RG: 014.234.11-6 IFP/RJ	CPF: 015.582.936-04		
Endereço: RUA COSTA GUEDES		Nº 127	Bairro: CENTRO
Cidade: CAXAMBU	CEP 37.440-000	Telefone(s):	

### DADOS PARA ANÁLISE (CHECK LIST)

Descrição	Fundamentação legal	S	N	NA
1. A Prestação de contas foi apresentada dentro do prazo?	Caput do art.11 do Dec.nº1737/11	X		
2. A Prestação de Contas é parcial? Quais parcelas 01/12	Caput do art.11 do Dec.nº1737/11	X		
3. A Prestação de Contas é final?	Caput do art.11 do Dec.nº1737/11			X
4. A prestação de contas contém os seguintes documentos:				
A)Ofício do Conveniente encaminhando à prestação de contas ao representante do Concedente, destacando o n.º. da parcela, quando for o caso, o n.º do Convênio e a Lei Municipal que autorizou o repasse financeiro	I, do art.11 do Dec.nº1737/11	X		
B)Relação de Recebimentos, Relação de Pagamentos, Relação de Pagamentos de Contrapartida, Conciliação Bancária e Balancete Financeiro devidamente preenchidos, conforme o Manual para Execução e Prestação de Contas de Convênio;	II, do art.11 do Dec.nº1737/11	X		
C) Extrato Bancário, mostrando o dia do repasse e o último dia de emissão de cheque, bem como o saldo, zerado ou não e Extrato da Aplicação Financeira?	III, do art.11 do Dec.nº1737/11	X		
D) Notas Fiscais e Recibos correspondentes às despesas	IV, do art.11 do Dec.nº1737/11	X		
E) Comprovantes de recolhimento dos impostos (ISS,INSS,IRRF etc);	V, do art.11 do Dec.nº1737/11	X		
F) Cópia dos cheques emitidos e das transferências bancárias efetuadas	VI, do art.11 do Dec.nº1737/11	X		
G) Propostas (no mínimo três) ou mapa comparativo de preços sempre que efetuar alguma despesa até o valor de R\$ 8.000,00. Acima deste valor, realizar procedimentos análogos à Lei 8.666/93 – Licitações e Contratos da Administração Pública	VII, do art.11 do Dec.nº1737/11			X



# PREFEITURA MUNICIPAL DE CAXAMBU-MG

02/20  
76

## RELATÓRIO DO CONTROLE INTERNO

Anexo IV do Decreto n.º 1.737, de 03/10/2011

H) Recibo que conste: valor bruto, descontos devidamente discriminados (ISS, INSS, IRRF), valor líquido, discriminação do serviço prestado, nº do RG e do CPF de quem prestou o serviço, sua assinatura e data; quando contratar serviços de pessoa física	VIII, do art.11 do Dec.nº1737/11			X
I) Relatório de Atendimento, no caso dos convênios referentes ao atendimento direto ao público nas áreas de assistência social, médica e educacional.	IX, do art.11 do Dec.nº1737/11		X	
<b>5. Formas anexadas à prestação de contas</b>				
a) Cópia da Nota de Empenho emitida pelo Concedente	I, do art.16 do Dec.nº1737/11		X	
b) Parecer Técnico, emitido pelo Secretário (Gerente Executivo do convênio) ou pela Unidade Técnica responsável pelo acompanhamento do convênio, quanto à Execução Física e atingimento dos objetivos do Convênio, podendo o setor competente valer-se de laudos de vistoria ou de informações obtidas junto a autoridades do local de execução do convênio – Anexo II	II, do art.11 do Dec.nº1737/11		X	
c) Parecer Financeiro, emitido pelo setor financeiro competente, quanto à aplicabilidade dos recursos financeiros recebidos pela entidade particular ou pública – Anexo III			X	
6. O recurso foi creditado na conta específica			X	
7. Conciliação Bancária – na prestação de contas constam todos os extratos bancários			X	
8. Conciliação Bancária – na prestação de contas constam os demonstrativos dos rendimentos auferidos			X	
9. Conciliação Bancária – na prestação de contas consta saldo na conta específica			X	
10. Conciliação Bancária – na prestação de contas consta o recolhimento do saldo				X

### ANALISE DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

#### 1 - DO TERMO DE CONVÊNIO

#### 2 - DO PROCESSO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS

2.1 Foi creditado a 01ª parcela de um total de 12ª parcelas no valor de 130.000,00(Cento e Trinta Mil Reais).

#### 3 - DO DEMONSTRATIVO DE EXECUÇÃO DA RECEITA E DESPESA

3.1 Os extratos apresentados pela conveniada evidenciam débitos como se apresenta quadro abaixo:

Data Compens.	Histórico	Nº Doc.	Documento Comprobatório	Valor RS
17/02/20	CRED TED	000001	EXTRATO	130.000,00
05/02/20	ENVIO TEV	051206	Saldo restituído a prefeitura convênio 2019	11,35
18/02/20	PGTO.	347851	CEMIG mês 01/20	8.801,54
18/02/20	PGTO.	355670	INSS mês 01/20	13.066,79
18/02/20	PAG. BOLETO	388220	Audiecon Contabilidade NFE 861	2.079,60
18/02/20	PAG. DARF.	442363	IRRF PJ mês 01/20	1.524,10
18/02/20	PAG. DARF.	443071	CSRF mês 01/20	4.308,91
18/02/20	PAG. DARF.	443375	IRRF PF mês 01/20	2.837,65
18/02/20	PAG. DARF.	443639	IRRF PF sem vínculo empregatício mês 01/20	860,05
18/02/20	PAG. DARF.	444090	PIS mês 01/20	1.440,17
20/02/20	SALDO CTA	000000	EXTRATO	0,00
28/02/20	SALDO APLIC	000000	EXTRATO	95.165,54



PREFEITURA MUNICIPAL DE  
CAXAMBU-MG

02/20  
76

**RELATÓRIO DO CONTROLE INTERNO**

Anexo IV do Decreto n.º 1.737, de 03/10/2011

H) Recibo que conste: valor bruto, descontos devidamente discriminados (ISS, INSS, IRRF), valor líquido, discriminação do serviço prestado, nº do RG e do CPF de quem prestou o serviço, sua assinatura e data; quando contratar serviços de pessoa física	VIII, do art.11 do Dec.nº1737/11			X
I) Relatório de Atendimento, no caso dos convênios referentes ao atendimento direto ao público nas áreas de assistência social, médica e educacional.	IX, do art.11 do Dec.nº1737/11	X		
<b>5. Foram atendidos a prestação de contas:</b>				
a) Cópia da Nota de Empenho emitida pelo Concedente	I, do art.16 do Dec.nº1737/11	X		
b) Parecer Técnico, emitido pelo Secretário (Gerente Executivo do convênio) ou pela Unidade Técnica responsável pelo acompanhamento do convênio, quanto à Execução Física e atingimento dos objetivos do Convênio, podendo o setor competente valer-se de laudos de vistoria ou de informações obtidas junto a autoridades do local de execução do convênio – Anexo II	II, do art.11 do Dec.nº1737/11		X	
c) Parecer Financeiro, emitido pelo setor financeiro competente, quanto à aplicabilidade dos recursos financeiros recebidos pela entidade particular ou pública – Anexo III			X	
6. O recurso foi creditado na conta específica			X	
7. Conciliação Bancária – na prestação de contas constam todos os extratos bancários			X	
8. Conciliação Bancária – na prestação de contas constam os demonstrativos dos rendimentos auferidos			X	
9. Conciliação Bancária – na prestação de contas consta saldo na conta específica			X	
10. Conciliação Bancária – na prestação de contas consta o recolhimento do saldo				X

**ANALISE DA PRESTAÇÃO DE CONTAS**

**1 - DO TERMO DE CONVÊNIO**

**2 - DO PROCESSO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS**

2.1 Foi creditado a 01ª parcela de um total de 12ª parcelas no valor de 130.000,00(Cento e Trinta Mil Reais).

**3 - DO DEMONSTRATIVO DE EXECUÇÃO DA RECEITA E DESPESA**

3.1 Os extratos apresentados pela conveniada evidenciam débitos como se apresenta quadro abaixo:

Data Compens.	Histórico	Nº Doc.	Documento Comprobatório	Valor R\$
17/02/20	CRED TED	000001	EXTRATO	130.000,00
05/02/20	ENVIO TEV	051206	Saldo restituído a prefeitura convênio 2019	11,35
18/02/20	PGTO.	347851	CEMIG mês 01/20	8.801,54
18/02/20	PGTO.	355670	INSS mês 01/20	13.066,79
18/02/20	PAG. BOLETO	388220	Audiecon Contabilidade NFE 861	2.079,60
18/02/20	PAG. DARF.	442363	IRRF PJ mês 01/20	1.524,10
18/02/20	PAG. DARF.	443071	CSRF mês 01/20	4.308,91
18/02/20	PAG. DARF.	443375	IRRF PF mês 01/20	2.837,65
18/02/20	PAG. DARF.	443639	IRRF PF sem vínculo empregatício mês 01/20	860,05
18/02/20	PAG. DARF.	444090	PIS mês 01/20	1.440,17
20/02/20	SALDO CTA	000000	EXTRATO	0,00
28/02/20	SALDO APLIC	000000	EXTRATO	95.165,54





PREFEITURA MUNICIPAL DE  
CAXAMBU-MG

RELATÓRIO DO CONTROLE INTERNO

Anexo IV do Decreto n.º 1.737, de 03/10/2011

**4 - DA DOCUMENTAÇÃO**

Não foram detectadas inconformidades nos documentos de receitas e despesas, de acordo com as informações contidas no extrato bancário.

**5 - DA CONCLUSÃO**

Para emissão deste parecer foram avaliados os aspectos legais, técnicos e financeiros envolvidos na execução do objeto, considerada a legislação aplicável e o termo formalizador do repasse.

E considerando que não ocorreu nenhum tipo de ação que configure prejuízo ao erário, tais como:

- ausência da prestação de contas;
- não realização do objeto pactuado;
- não recolhimento do saldo não aplicado no objeto;
- aplicação dos recursos fora do objeto na finalidade não prevista;
- realização de despesa não permitida, etc.

ASSIM, ESTE PARECER OPINA PELA APROVAÇÃO, UMA VEZ QUE ESTA COMPROVADA A EFETIVA REALIZAÇÃO DO OBJETO E O ATINGIMENTO DE SUAS FINALIDADES, CONFORME O PARECER FINANCEIRO DE 29/04/2020, DA SECRETARIA DE FINANÇAS.

Caxambu/MG, 30/04/2020.

*Lilian P. Bernardes*  
Lilian Pereira Ferreira Bernardes  
Secretária de Controle Interno

LILIAN P. FERREIRA BERNARDES  
SECRETARIA DE CONTROLE INTERNO



**Prefeitura Municipal de Caxambu**  
Estado de Minas Gerais  
Secretaria Municipal de Finanças

ENTIDADE: ACAPS - Associação Caxambuense Pró Saúde  
ENDEREÇO: Rua Monsenhor João de Deus n.º 92 - Centro - Caxambu\_MG  
CNPJ: 26.886.495/0001-91

**Anexo II**  
**RELAÇÃO DE RECEBIMENTOS**

CONVÊNIO Nº: 0002/2020  
PARCELA 1ª  
LEI MUNICIPAL Nº: 2639/2020  
EXERCÍCIO: 2020

Recebimentos do Convênio	Valor	Histórico	Data	Cta. Creditada
Saldo Anterior	R\$ 11,35	Extrato	31/01/2020	0109/003/1.368-1
Repasses do Município	R\$ 130.000,00	43878	17/02/2020	0109/003/1.368-1
Subtotal				
Aplicações Financeiras	Valor	Cheque	Data	Cta. Creditada
Rendimentos de Aplicações Financeiras	R\$ 84,35	Extrato	31/01/2020	0109/003/1.368-1
Subtotal		Valor	Data	Cta. Creditada
Recursos de Contrapartida		Cheque	Data	Cta. Creditada
Recursos da Entidade				
Subtotal				
<b>Total de Recebimentos</b>	<b>R\$ 130.095,70</b>			

Nota: Anexar cópias de cheques recebidos e/ou outros documentos que comprovem as receitas.

Nome e assinatura do responsável pela entidade:

**Roberto Mendes Paiva**  
CPF: 015.582.936-04



Nome e assinatura do contador com CRC:

**Jouber de Carvalho**  
CRC\_MG 093.819/0



Data: 12/03/2020



**Prefeitura Municipal de Caxambu**  
Estado de Minas Gerais  
Secretaria Municipal de Finanças

**ENTIDADE:** ACAPS - Associação Caxambuense Pró Saúde  
**ENDEREÇO:** Rua Monsenhor João de Deus n.º 9 92 - Centro - Caxambu\_MG

**CNPJ:** 26.886.495/0001-91

**Anexo III - Folha 1**  
**RELAÇÃO DE PAGAMENTOS EFETUADOS**

**CONVÊNIO Nº:** 0002/2020  
**PARCELA :** 1ª

**LEI MUNICIPAL Nº:** 2639/2020  
**EXERCÍCIO :** 2020

Nº Ordem	Nº Cheque	Conta nº	Data do Pagto.	Documento	Favorecido(s)	Valor Pago R\$
1	TRANSFERENCIA	0109/003/1368-1	05/02/20	TEV	DEVOLUÇÃO SALDO RESIDUAL CONVÊNIO 02/2019	R\$ 11,35
2	TRANSFERENCIA	0109/003/1368-1	18/02/20	FATURA	CEMIG	R\$ 8.801,54
3	TRANSFERENCIA	0109/003/1368-1	18/02/20	GUIA	INSTITUTO NACIOANL DO SEGURO SOCIAL	R\$ 13.066,79
4	TRANSFERENCIA	0109/003/1368-1	18/02/20	861	AUDIECON CONTABILIDADE LTDA .	R\$ 2.079,60
5	TRANSFERENCIA	0109/003/1368-1	18/02/20	1708	DARF	R\$ 1.524,10
6	TRANSFERENCIA	0109/003/1368-1	18/02/20	5952	DARF	R\$ 4.308,91
7	TRANSFERENCIA	0109/003/1368-1	18/02/20	0561	DARF	R\$ 2.837,65
8	TRANSFERENCIA	0109/003/1368-1	18/02/20	0588	DARF	R\$ 860,05
9	TRANSFERENCIA	0109/003/1368-1	18/02/20	8301	DARF	R\$ 1.440,17
10	TRANSFERENCIA	0109/003/1368-1	18/02/20			
11						
12						
13						
14						
15						
<b>Total Geral ou Valor a Transportar</b>						<b>R\$ 34.930,16</b>

Nota: Anexar os comprovantes dos pagamentos efetuados (Notas Fiscais, recibos, etc), com cópias dos cheques emitidos.

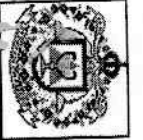
**Data:** 12/03/2020

**Nome e assinatura do responsável pela entidade:**

Roberto M. Paiva (Presidente) - CPF: 015.582.936-04

**Nome e assinatura do contador com CRC:**

Joubert de Carvalho - CRC\_MG 093.819/00



# Prefeitura Municipal de Caxambu

Estado de Minas Gerais  
Secretaria Municipal de Finanças

## Anexo III - Folha 2 RELAÇÃO DE PAGAMENTOS EFETUADOS

ENTIDADE: ACAPS - Associação Caxambuense Pró Saúde  
ENDERECO: Rua Monsenhor João de Deus n.º 92 - Centro - Caxambu\_MG  
CNPJ: 26.886.495/0001-91

CONVÊNIO Nº: 0002/2020  
PARCELA : 1ª

LEI MUNICIPAL Nº: 2639/2020  
EXERCICIO : 2020

Nº Ordem	Nº Cheque	Conta nº	Data do Pagto.	Documento	Favorecido(s)	Valor Pago R\$
X.X.X.X.X.X.X.X	X.X.X.X.X.X.X.X	X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X	X.X.X.X.X.X.X.X.X.X	X.X.X.X.X.X.X.X	Valor transportado de Anexo III - Folha 1	R\$ 34.930,16
16		0109/003/1368-1				
17		0109/003/1368-1				
18		0109/003/1368-1				
19		0109/003/1368-1				
20		0109/003/1368-1				
21		0109/003/1368-1				
22		0109/003/1368-1				
23		0109/003/1368-1				
24		0109/003/1368-1				
25		0109/003/1368-1				
26		0109/003/1368-1				
27		0109/003/1368-1				
28						
29						
<b>Total Geral ou Valor a Transportar</b>						<b>R\$ 34.930,16</b>

Nota: Anexar os comprovantes dos pagamentos efetuados (Notas Fiscais, recibos, etc), com cópias dos cheques emitidos.

Data: **12/03/2020**

Nome e assinatura do responsável pela entidade:

**Roberto M. Paiva (Presidente) - CPF: 015.582.936-04**

Nome e assinatura do contador com CRC:

**Joubert de Carvalho- CRC\_MG 093.819/00**





**Prefeitura Municipal de Caxambu**  
Estado de Minas Gerais  
Secretaria Municipal de Finanças

ENTIDADE: ACAFS - Associação Caxambuense Pró Saúde  
ENDEREÇO: Rua Monsenhor João de Deus n.º 92 - Centro - Caxambu\_MG

CNPJ: 26.886.495/0001-91

**Anexo III - Folha 3**  
**RELAÇÃO DE PAGAMENTOS EFETUADOS**

CONVÊNIO Nº: 0002/2020  
PARCELA : 1ª


LEI MUNICIPAL Nº: 2639/2020  
EXERCÍCIO : 2020

Nº Ordem	Nº Cheque	Conta nº	Data do Pagto.	Documento	Favorecido(s)	Valor Pago R\$
X.X.X.X.X.X.X	X.X.X.X.X.X.X	X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X	X.X.X.X.X.X.X.X.X	X.X.X.X.X.X.X.X.X	Valor transportado de Anexo III - Folha 2	R\$ 34.930,16
30						
31						
32						
33						
34						
35						
36						
37						
38						
39						
40						
41						
42						
43						
<b>Total Geral ou Valor a Transportar</b>						<b>R\$ 34.930,16</b>

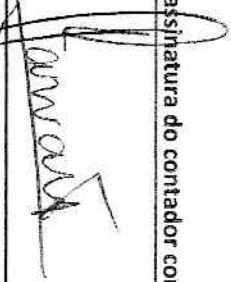
Nota: Anexar os comprovantes dos pagamentos efetuados (Notas Fiscais, recibos, etc), com cópias dos cheques emitidos.

Data: **12/03/2020**

Nome e assinatura do responsável pela entidade:

  
Roberto M. Paiva (Presidente) - CPF: 015.582.936-04

Nome e assinatura do contador com CRC:

  
Joubert de Carvalho - CRC\_MG 093.819/00



**Prefeitura Municipal de Caxambu**  
Estado de Minas Gerais  
Secretaria Municipal de Finanças

ENTIDADE: ACAPS - Associação Caxambuense Pró Saúde

ENDEREÇO: Rua Monsenhor João de Deus n.º 92 - Centro - Caxambu\_MG

CNPJ: 26.886.495/0001-91

**Anexo IV**

**RELAÇÃO DE PAGAMENTOS CONTRAPARTIDA**

CONVÊNIO Nº: 0002/2020  
PARCELA : 1ª


LEI MUNICIPAL Nº: 2639/2020  
EXERCÍCIO : 2020

Nº Ordem	Nº Cheque	Conta nº	Data do Pagto.	Documento	Favorecido(s)	Valor Pago R\$
1	Convênio não contempla contrapartida					R\$ -
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
<b>Total Geral ou Valor a Transportar</b>						<b>R\$ -</b>


Nota: Anexar os comprovantes dos pagamentos efetuados (Notas Fiscais, recibos, etc), com cópias dos cheques emitidos.

Data: **12/03/2020**

Nome e assinatura do responsável pela entidade:

  
Roberto M. Paiva (Presidente) - CPF: 015.582.936-04

Nome e assinatura do contador com CRC:

  
Joubert de Carvalho- CRC\_MG 093.819/00





# Prefeitura Municipal de Caxambu

Estado de Minas Gerais  
Secretaria Municipal de Finanças

ENTIDADE: ACAPS - Associação Caxambuense Pró Saúde

ENDEREÇO: Rua Monsenhor João de Deus n.º 92 - Centro - Caxambu\_MG

CNPJ: 26.886.495/0001-91

## Anexo VI

### BALANCETE FINANCEIRO

CONVÊNIO Nº: 0002/2020  
PARCELA : 1ª

LEI MUNICIPAL Nº: 2639/2020  
EXERCÍCIO : 2020

Receita	Valor R\$	Despesa	Valor R\$
SALDO DO MÊS ANTERIOR: CONTA Nº 0109/003/1368-1	R\$ 11,35		R\$ -
<b>RECURSOS RECEBIDOS:</b>		<b>DESPESA REALIZADA:</b>	
Repasses Recebidos no Mês	R\$ 130.000,00	Despesa Conforme Relação de Pagamentos	R\$ 34.930,16
Repasses Recebidos no Mês			
<b>APLICAÇÕES FINANCEIRAS</b>			
Rendimentos no Mês	R\$ 84,35		
<b>CONTRAPARTIDA DA ENTIDADE</b>		SALDO PARA O MÊS SEGUINTE: CONTA Nº0190/003/1368-1	R\$ 95.165,54
Recursos da Entidade			
<b>TOTAL GERAL</b>	<b>R\$ 130.095,70</b>	<b>TOTAL GERAL</b>	<b>R\$ 130.095,70</b>

Data: 12/03/2020

Nome e assinatura do responsável pela entidade:

Roberto M. Paiva (Presidente) - CPF: 015.582.936-04

Nome e assinatura do contador com CRC:

Joubert de Carvalho- CRC\_MG 093.819/00



## Comprovante de transferência entre contas da CAIXA - TEV

Via Internet Banking CAIXA

<b>Emitente:</b>	ASSOCIACAO CAXAMBUENSE PRO SAUDE
<b>Conta origem:</b>	0109 / 003 / 00001368-1
<b>Conta destino:</b>	0109 / 006 / 00000118-1

<b>Nome destinatário:</b>	FMS CAXAMBU
<b>Valor:</b>	R\$ 11,35
<b>Identificação da operação:</b>	DEVOLUCAO SALDO RESIDUAL

*Aprovado  
Amanda Vilela*

<b>Data de débito:</b>	05/02/2020
<b>Data/hora da operação:</b>	05/02/2020 12:06:09

<b>Código da operação:</b>	57610538
<b>Chave de segurança:</b>	ZHZYZL4JLZAJPHVX

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO DO CREDITO NA CONTA DESTINO E DE 30 MINUTOS  
SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104



Cemig Distribuição S.A. CNPJ 05.981.180/0001-16 / Insc. Estadual 062.322135/0087  
 Av. Barbacena, 1.200 - 17º andar - Ala A1 - CEP 30190-131 - Belo Horizonte - MG

Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela  
 Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002

**ASSOC CAXAMBUENSE PRO SAUDE ACAPS**  
 RUA MONSENHOR JOAO DEUS 92 HP  
 CENTRO  
 37440-000 CAXAMBU, MG  
 CNPJ 26.886.495/0001-91

Nº DO CLIENTE: 7201533050  
 Nº DA INSTALAÇÃO: 3001920502

Parâmetros: Vencimento: 17/02/2020  
 Valor a pagar (R\$): R\$8.801,54

NOTA FISCAL - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA - SÉRIE U Nº935736798 - PTA Nº45.000014006.81

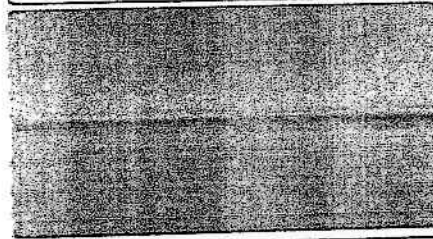
Classe	Subclasse	Modalidade Tarifária	Datas de Leitura			Data de Emissão
			ANTERIOR	ATUAL	PRÓXIMA	
Comercial Trifásico	Outros serviços e outras atividades	Convencional B3	12/12	14/01	12/02	14/01/2020

Informações Técnicas						
Tipo de Medição	Medição	Leitura Anterior	Leitura Atual	Constante de Multiplicação	Consumo kWh	
Energia kWh	BMH027000394	46.810	47.079	40	10.760	

**Informações Gerais**  
 Tarifa vigente conforme Res Anel nº 2.550, de 21/05/2019.  
 O pagamento desta conta não quita débitos anteriores.  
 Para estes, estão sujeitas penalidades legais vigentes (multas) e/ou atualização financeira (juros) baseadas no vencimento das mesmas.  
 É dever do consumidor manter os dados cadastrais sempre atualizados e informar alterações da atividade exercida no local.  
 Faça sua adesão para recebimento da conta de energia por e-mail acessando [www.cemig.com.br](http://www.cemig.com.br)  
 Leitura realizada conforme calendário de faturamento

Descrição	Valores Faturados		Valor R\$
	Quantidade	Preço	
Energia Elétrica kWh	10,76	0,81548875	8.774,74
Encargos / Cobranças			
Taxa Postal - Demais Regiões			1,43
Contrib Ilum Publica Municipal			25,37
Tarifas aplicadas (sem impostos)			
Energia Elétrica kWh		0,64176000	
Adicional Bandeiras - Já incluído no Valor a Pagar			183,62
Bandeira Amarela			

DEZ/2019 Band. Amarela - JAN/2020 Band. Amarela



Mês/Ano	Histórico do Consumo		Dias
	Consumo kWh	Média kWh/dia	
JAN/20	10.760	326,08	33
DEZ/19	9.400	324,13	29
NOV/19	10.160	339,66	30
OUT/19	9.400	305,22	31
SET/19	8.760	282,58	31
AGO/19	8.920	260,00	32
JUL/19	8.360	278,66	30
JUN/19	7.820	273,10	29
MAI/19	10.160	317,50	32
ABR/19	9.360	334,28	28
MAR/19	9.200	306,66	30
FEV/19	11.240	374,66	30
JAN/19	12.040	376,25	32

**CONFERIDO**  
 21/01/20

ASS: *Luiane*

Reservado ao Fisco  
 995F.6FA6.B502.E593.7431.8CCC.14F1.78C1

	Base de cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor (R\$)
ICMS	8.774,74	18,00	1.579,45
PASEP	7.195,29	0,72	51,80
COFINS	7.195,29	3,31	238,16



Código de Débito Automático  
 008071780467

Instalação  
 3001920502

Vencimento  
 17/02/2020

Total a Pagar  
 R\$8.801,54

JAN/2020

8360000088-2 01540138006-6 21344690411-1 08071780467-0



Aprovado  
 Amanda Vilela

**Comprovante de pagamento de água, luz, telefone e gás  
Via Internet Banking CAIXA**

<b>Nome:</b>	ASSOCIACAO CAXAMBUENSE PRO SAUDE		
<b>Conta de débito:</b>	0109 / 003 . 00001368-1		
<b>Representação numérica do código de barras:</b>	836000000882	015401380066	213446904111 080717804670
<b>Empresa:</b>	CEMIG DISTRIBUICAO S		
<b>Valor:</b>	8.801,54		
<b>Identificação da operação:</b>	CEMIG JANEIRO 2020		
<b>Data de débito:</b>	18/02/2020		
<b>Data/hora da operação:</b>	18/02/2020 13:40:24		
<b>Código da operação:</b>	00347851		
<b>Chave de segurança:</b>	X9AQT1RKM8LSUMA6		

*Aprovado  
Amanda Vilela*

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101

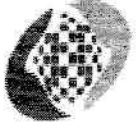
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

**CONFERIDO**  
*05* / *02* / *20*  
*hanna*  
 ASS:

Vencimento: 20/02/2020

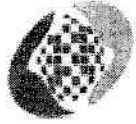
 <p>MINISTÉRIO DA FAZENDA E ASSISTÊNCIA SOCIAL - MPAS          INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS</p> <p><b>GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS</b></p>	3 - CÓDIGO PAGAMENTO	2305
	4 - COMPETÊNCIA	01/2020
	5 - IDENTIFICADOR	26.886.495/0001-91
<p>1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO</p> <p>ASSOCIACAO CAXAMBUENSE PRO SAUDE - ACAPS</p> <p>Rua Monsenhor JOAO DE DEUS, 92 - CENTRO          Caxambu - MG / 37440000          3533417917</p>	6 - VALOR DO INSS	13.066,79
	7 -	
	8 -	
2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS)	9 - VALOR DE OUTRAS ENTIDADES	0,00
<p><b>Atenção:</b> É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em Resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subseqüentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.</p>	10 - ATM / MULTA E JUROS	0,00
	11 - TOTAL	13.066,79

12 - AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA

85870000130-4 66790270230-0 52688649500-3 01912020017-2



Vencimento: 20/02/2020

 <p>MINISTÉRIO DA FAZENDA E ASSISTÊNCIA SOCIAL - MPAS          INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS</p> <p><b>GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS</b></p>	3 - CÓDIGO PAGAMENTO	2305
	4 - COMPETÊNCIA	01/2020
	5 - IDENTIFICADOR	26.886.495/0001-91
<p>1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO</p> <p>ASSOCIACAO CAXAMBUENSE PRO SAUDE - ACAPS</p> <p>Rua Monsenhor JOAO DE DEUS, 92 - CENTRO          Caxambu - MG / 37440000          3533417917</p>	6 - VALOR DO INSS	13.066,79
	7 -	
	8 -	
2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS)	9 - VALOR DE OUTRAS ENTIDADES	0,00
<p><b>Atenção:</b> É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em Resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subseqüentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.</p>	10 - ATM / MULTA E JUROS	0,00
	11 - TOTAL	13.066,79

12 - AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA

85870000130-4 66790270230-0 52688649500-3 01912020017-2



Aprovado  
*Amanda Vilela*



**Comprovante de pagamento de GPS**

Via Internet Banking CAIXA

**Nome:** ASSOCIACAO CAXAMBUENSE PRO SAUDE**Conta de débito:** 109 / 003 / 00001368-1**Representação numérica do código de barras:**

858700001304 667902702300 526886495003 019120200172

**Convênio:** INSTITUTO NACIONAL D**Valor:** 13.066,79**Identificação da operação:** JANEIRO 2020*Aprovado  
Amanda Vilela***Data de débito:** 18/02/2020**Data/hora da operação:** 18/02/2020 13:53:49**Código da operação:** 00355670**Chave de segurança:** 2MT67EALR6E6WZ1U

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Help Desk CAIXA: 0800 726 0104



Prefeitura Municipal de Varginha  
Secretaria Municipal da Fazenda  
Nota Fiscal Eletrônica de Serviços - NF-e

Número da Nota/Série  
861/NFE

Data e Hora de Emissão  
03/02/2020 09:49:11

Código de Verificação  
B1A9542D34E0DE979820

Página 1 / 1

DOCUMENTO EMITIDO POR ME OPTANTE DO SIMPLES NACIONAL

CNPJ : 12.626.364/0001-60 IE: ISENTO IM: 21312  
Razão Social: AUDIECON CONTABILIDADE LTDA - ME  
Endereço : Avenida Princesa do Sul - Num: 1300  
Bairro : Jardim Andere - CEP: 37.062-180  
Município : VARGINHA - MG Telefone: (35)3212-5789  
E-mail : joubert@audiecon.com.br

Dados da Nota

TOMADOR



CNPJ : 26.886.495/0001-91 IE: IM:  
Razão Social: ASSOCIACAO CAXAMBUENSE PRO SAUDE - ACAPS  
Endereço : R MONSENHOR JOAO DE DEUS - Num: 92. Bairro: CENTRO - CEP: 37.440-000  
Município : CAXAMBU - MG

Local de Prestação de Serviço

Endereço : Avenida Princesa do Sul - Num: 1300. Bairro: Jardim Andere - CEP: 37.062-180  
Município : VARGINHA - MG

Discriminação do Serviço

HONORÁRIOS CONTÁBEIS REFERENTE AO MÊS DE JANEIRO - 2020.

Dedução / Outras Informações

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 2.079,60**

Código do Serviço: 17.19 - CONTABILIDADE, INCLUSIVE SERVIÇOS TÉCNICOS E AUXILIARES.

Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	ISS Retido na Fonte (R\$)
0,00	2.079,60	2,00	41,59	0,00

Total Tributos: 41,59. Percentual: 2,00%

Dados do Vencimento

Valor Documento R\$: 2.079,60 Forma Pcto: A VISTA  
Valor por extenso: Dois Mil e Setenta e Nove Reais e Sessenta Centavos

Outras Informações

- Valor aproximado de Tributos: 0,00 (0,00%)

Dados que identificam a nota

Número da Nota  
861/NFE

Emissão  
03/02/2020 09:49:11

Código de verificação  
B1A9542D34E0DE979820



Recebi(emos) de AUDIECON CONTABILIDADE LTDA - ME  
os serviços constantes na Nota Fiscal Eletrônica ao lado.

Data

Identificação do Recbedor

**CONFERIDO**  
05 de 1 de 20

ASS:



bradesco

net empresa

Boleto DDA  
Documento não compensável

## Dados do Banco Destinatário

Banco: Código: 237 | Nome: Banco Bradesco S.A.  
Código de Identificação DDA: 20020301238099704

## Dados do Beneficiário

Beneficiário: Nome: ALIANCA SERVICOS DE COBRANCA LTDA | CPF/CNPJ: 004.942.260/0001-37  
Endereço: R TIRADENTES, 208 - SALA 01 - CENTRO - 37002-200  
VARGINHA - MG  
Agência: 0510 Conta: 22820-6

## Dados do Pagador

Pagador: Nome: ASSOCIACAO CAXAMBUENSE PRO SAUDE - ACAPS | CPF/CNPJ: 026.886.495/0001-91  
Endereço: R MONS. JOAO DE DEUS 92 CENTRO - CAXAMBU - 37440-000  
CAXAMBU - MG

## Dados do Boleto

Data do processamento: 03/02/2020 Data do documento: 03/02/2020  
Data e hora da impressão: 03/02/2020 - 11:23:46  
Data do vencimento: 20/02/2020  
Data limite de pagamento: 20/04/2020  
Nosso número: 09/00/340000026-5 Seu número: 000861  
Carteira: 9 Espécie do documento: DS  
CIP: 000 Espécie moeda: R\$  
Quantidade: Aceite: N  
Valor do documento: R\$ 2.079,60 Descontos: R\$  
Abatimentos: R\$ Bonificação: R\$  
Juros: R\$ Multa: R\$  
Valor à cobrar: R\$

*Aprovado Amanda M. M. M.*

## Dados do Sacador avalista

Sacador avalista: Nome: AUDIECON CONTABILIDADE LTDA | CPF/CNPJ: 012.626.364/0001-60  
Endereço: AV PRINCESA DO SUL 1300, SALA 5- REZENDE | 37062-442 | VARGINHA | MG

## Mensagem de Instrução

\*\* VALORES EXPRESSOS EM REAIS \*\*\*\*  
AUDIECON CONTABILIDADE LTDA  
HONORARIOS CONTABEIS REFERENTE A JANEIRO 2020

## Representação Numérica

Número: 23790.51002 90034.000001 26002.282007 5 81710000207960

SAC - Serviço de Apoio ao Cliente

Atendimento Bradesco  
0800 704 8383Deficiente Auditivo ou de Fala  
0800 722 0099Cancelamentos, Reclamações e Informações.  
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.Demais telefones consulte o site  
Fale Conosco

Ouvidoria 0800 727 9933

Atendimento de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h, exceto feriados.



## Comprovante de Pagamento de Boletto

Via Internet Banking CAIXA

<b>Banco Receptor:</b>	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
<b>Pagador Final / Efetivo</b>	
<b>CPF/CNPJ:</b>	26.886.495/0001-91
<b>Nome:</b>	ASSOCIACAO CAXAMBUENSE PRO SAUDE
<b>Conta de débito:</b>	0109 / 003 / 00001368-1

<b>Representação numérica do código de barras:</b>	23790.51002 90034.000001 26002.282007 5 81710000207960
<b>Instituição Emissora - Nome do Banco:</b>	BANCO BRADESCO S/A
<b>Código do Banco:</b>	237
<b>Código do ISPB:</b>	60746948
<b>Beneficiário original / Cedente</b>	
<b>Nome Fantasia:</b>	ALIANCA SERVICOS DE COBRANCA LTDA
<b>Nome/Razão Social:</b>	ALIANCA SERVICOS DE COBRANCA LTDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	04.942.260/0001-37
<b>Sacador Avalista</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	AUDIECON CONTABILIDADE LTDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	12.626.364/0001-60
<b>Beneficiário Final</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	ALIANCA SERVICOS DE COBRANCA LTDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	04.942.260/0001-37
<b>Pagador Sacado</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	ASSOCIACAO CAXAMBUENSE PRO SAUDE - ACAPS
<b>CPF/CNPJ:</b>	26.886.495/0001-91
<b>Pagador Final - Correntista</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	ASSOCIACAO CAXAMBUENSE PRO SAUDE
<b>CPF/CNPJ:</b>	26.886.495/0001-91

<b>Data do Vencimento:</b>	20/02/2020
<b>Data de Efetivação / Agendamento:</b>	18/02/2020
<b>Valor Nominal do Boletto:</b>	2.079,60
<b>Juros (R\$):</b>	0,00
<b>IOF (R\$):</b>	0,00
<b>Multa (R\$):</b>	0,00
<b>Desconto (R\$):</b>	0,00
<b>Abatimento (R\$):</b>	0,00
<b>Valor Calculado (R\$):</b>	2.079,60
<b>Valor Pago (R\$):</b>	2.079,60
<b>Identificação do Pagamento:</b>	NF 861

Aprovado  
Amanda Vilela

<b>Data/hora da operação:</b>	18/02/2020 13:55:16
-------------------------------	---------------------

<b>Código da operação:</b>	049388220
<b>Chave de segurança:</b>	JKUKNX306EYKMK09

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
 Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
 Ouvidoria: 0800 725 7474  
 Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

# Prestação de Serviços Profissionais

Pelo presente instrumento particular de Contrato de Prestação de Serviços Profissionais, de um lado a **ASSOCIAÇÃO CAXAMBUENSE PRO SAUDE - ACAPS**, inscrita no MF/CNPJ sob o nº 26.886.495/0001-91, estabelecida na cidade de Caxambu / MG, à Rua Monsenhor João de Deus, 92 - Centro, Cep 37.440-000, neste ato e na forma dos seus estatutos constitutivos representado por seu Presidente Sr Mauro Diorio, brasileiro, profissão contador, inscrito no CPF/MF nº 547.785.308-53, doravante denominado simplesmente de **CONTRATANTE**, e do outro a **AUDIECON AUDITORIA E CONTABILIDADE S/S LTDA**, inscrita no MF/CNPJ nº 12.626.364/0001-60, estabelecida na cidade de Varginha / MG, a Avenida Princesa do Sul, 1300 - Sl 05, neste ato representada pelo seu sócio administrador **Sr. JOUBER DE CARVALHO**, brasileiro, casado, inscrito no MF/CPF nº 056.652.156-35, registrado no CRC/MG nº 093.819 / O, Categoria Contador, doravante **CONTRATADO**, mediante as cláusulas e condições seguintes, tem justo e CONTRATADO que se segue:

**CLÁUSULA PRIMEIRA.** O **CONTRATADO** obriga-se, em face do mandato que lhe foi outorgado, a prestar seus serviços profissionais nas seguintes áreas:

## 1. ESCRITURAÇÃO CONTÁBIL

1.1. Escrituração das Demonstrações Contábeis (balanço patrimonial, demonstração do superávit ou déficit do exercício, demonstração das mutações do patrimônio social, demonstração do fluxo de caixa e notas explicativas); e adequações necessárias para que essas demonstrações contábeis reflitam, em todos os aspectos relevantes, a posição patrimonial e financeira da entidade.

1.2. Confeccão das obrigações acessórias

- DIRF (Declaração de imposto retido na fonte)
- DMED (Declaração de serviços médicos prestados)
- DCTF (Declaração de contribuições e tributos federais)
- SPED ECF E ECD

1.3. Acompanhamento na manutenção dos cadastros e das CND's (Certidões Negativas de Débitos) conforme abaixo e manutenção de outras obrigações específicas que a entidade está sujeita.

- \* CEBAS - SAÚDE (Filantropia)
- \* FNS e Siconv
- \* CAGEC (Controladoria geral do Estado)
- \* GEICOM (Programa estadual para controle de repasse de recurso)
- CND FEDERAL (CONJUNTA)
- CND MINISTÉRIO DO TRABALHO
- CRF FGTS
- CND ESTADUAL

## 2. ESCRITURAÇÃO FISCAL

2.1. Orientação e controle de aplicação dos dispositivos legais vigentes sejam federais, estaduais ou municipais, escrituração dos Registros Fiscais de todos os Livros obrigatórios perante o Governo municipal e federal, bem como as obrigações que se fizerem necessárias

2.2. Retenção de impostos e apuração dos mesmos.

2.3. Escriturações do Registro Fiscal do ISSQN, bem como as que se fizerem necessárias.

2.4. Atendimento das demais exigências previstas na Legislação, bem como de eventuais procedimentos fiscais.

### **3 . DEPARTAMENTO PESSOAL**

3.1 - Registro de funcionários, folha de pagamento, férias, folha de 13º salário e holerites

3.2 - Rescisão de funcionários, negociação de convenção coletiva, benefícios e outros

3.3 - Obrigações acessórias

CAGED - Cadastro Geral de Empregados e Desempregados

RAIS - Relação Anual de Informações Sociais

SEFIP - GFIP - Informações a Previdência Social

E-Social

### **4 . AUDITORIA E CONSULTORIA NOS PROCESSOS INTERNOS**

4.1 Revisão no sistema de controles internos e testes nos registros contábeis na extensão julgada necessária nas circunstâncias, para permitir a adequação com que as demonstrações contábeis refletem a posição patrimonial e financeira da entidade de acordo com as práticas contábeis adotadas no Brasil.

4.2. Auxílio nas confecções dos planos de trabalhos para convênios públicos e nos fechamentos das suas respectivas prestações de contas.

4.3. Auxílio na preparação do relatório de inventário de bens do ativo imobilizado com suas devidas depreciações e dos bens de almoxarifado e farmácia.

**CLÁUSULA SEGUNDA.** O **CONTRATANTE** se compromete em preparar, mensalmente, toda a documentação fisco-contábil e administrativa, que deverá ser entregue a este departamento até o dia 10 do mês subsequente afim de que o **CONTRATADO** possa executar seus serviços na conformidade com o citado neste instrumento.

Parágrafo único. O **CONTRATADO** não se responsabilizará por qualquer ato inidôneo praticado pelo contratante.

**CLÁUSULA TERCEIRA.** O **CONTRATADO** assume inteira responsabilidade pelos serviços técnicos realizados, assim como pelas orientações que prestar

**CLÁUSULA QUARTA.** As orientações dadas pelo **CONTRATADO** deverão ser, rigorosamente, seguidas pelo **CONTRATANTE**, eximindo-se o primeiro das conseqüências da não-observância do seu cumprimento.

**CLÁUSULA QUINTA.** As multas decorrentes da entrega fora do prazo legal, para pagamento, ou que forem decorrentes da não-execução dos serviços por parte do **CONTRATADO**, serão de responsabilidade do mesmo.

**CLÁUSULA SEXTA.** O **CONTRATANTE** pagará ao **CONTRATADO**, pelos serviços prestados, os honorários mensais de R\$ 2.000,00 (Dois mil reais), com vencimento todo dia 10 do mês subsequente ao serviço prestado, mediante apresentação de nota fiscal, sendo o primeiro vencimento 10/02/2019.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO.** O **CONTRATANTE** pagará ao **CONTRATADO**, excepcionalmente pela concessão do Cebas no exercício de 2018, o valor correspondente a 01 (Hum) honorário mensal, com vencimento no dia 20/12/2018. As renovações trienais posteriores deste certificado serão realizadas pelo **CONTRATADO**, e já estão abrangidas por este instrumento.

**PARÁGRAFO SEGUNDO.** Ao final de cada exercício contábil, a partir de 2019, a título de fechamento de balanço e confecção de inventário, a **CONTRATANTE** pagará ao **CONTRATADO** o valor adicional equivalente a 01 (hum) honorário mensal.

**PARÁGRAFO TERCEIRO.** Os valores gastos com materiais na execução de serviços, tais como, livros, carimbos, pastas de arquivos, etc. correrão por conta do **CONTRATANTE**. No caso de o pagamento ser efetuado pelo **CONTRATADO**, este será reembolsado pela primeira, mediante apresentação dos comprovantes.

**PARÁGRAFO QUARTO.** Os honorários serão reajustados anualmente pelo IGPM – FGV (Índice Geral de Preços do Mercado – Fundação Getúlio Vargas) ou em comum acordo entre as partes, a qualquer época, quando houver aumento considerável dos serviços contratados.

**PARÁGRAFO QUINTO.** O **CONTRATADO** realizará, no mínimo, uma visita mensal a sede da **CONTRATANTE** para auxiliar, "in loco", os setores envolvidos com os serviços e ficará disponível para suporte por telefone ou internet, diariamente, para dirimir as dúvidas que surgirem relacionadas às atividades objeto fim deste contrato.

**CLÁUSULA SÉTIMA.** Este instrumento é feito por tempo indeterminado, iniciando-se em 01/11/2018, podendo ser rescindido em qualquer época, por qualquer uma das partes, mediante Aviso Prévio de 30 (trinta) dias, por escrito e apresentadas às razões da decisão.

**CLÁUSULA OITAVA.** Todos os serviços extraordinários que forem necessários ou solicitados pelo **CONTRATANTE** serão cobrados à parte, com preços previamente convencionados.

**CLÁUSULA NONA.** Os casos omissos serão resolvidos de comum acordo. Prevalecendo porém, a discórdia, elegem o foro da cidade de Varginha / MG para o fim de dirimir qualquer ação oriunda do presente contrato, ou (onde houver JUÍZO ARBITRAL) O **CONTRATANTE** submeterá à arbitragem eventuais litígios oriundos do presente contrato. (Lei nº 9.307/96).

E, para firmeza e como prova de assim haverem contratado, firmam este instrumento particular, impresso em duas vias de igual teor e forma, assinado pelas partes contratantes e pelas testemunhas abaixo, a tudo presentes.

Varginha, 01 de novembro de 2018

**CONTRATANTE**

  
Mauro Diorio  
CPF: 547.785.308-53

**CONTRATADO**

  
Joubert Carvalho  
CPF 056.652.156-35

**TESTEMUNHAS**

1- \_\_\_\_\_ 2- \_\_\_\_\_


**CONFERIDO**  
14/02/20

ASS: *hanna*

0126803

Aprovado pela IN/RFB nº 736/2007

1ª Via

 <b>MINISTÉRIO DA FAZENDA</b> <b>SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL</b> Documento de Arrecadação de Receitas Federais  <b>DARF</b>	<b>02</b> PERÍODO DE APURAÇÃO	31/01/2020
	<b>03</b> NÚMERO DO CPF OU CNPJ	26.886.495/0001-91
	<b>04</b> CÓDIGO DA RECEITA	1708
	<b>05</b> NÚMERO DE REFERÊNCIA	
	<b>06</b> DATA DE VENCIMENTO	20/02/2020
	<b>07</b> VALOR DO PRINCIPAL	1.524,10
	<b>08</b> VALOR DA MULTA	0,00
	<b>09</b> VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69	0,00
	<b>10</b> VALOR TOTAL	1.524,10
	<b>01</b> NOME / TELEFONE ASSOCIACAO CAXAMBUENSE PRO SAUDE	

1708 - IRRF PJ

**DARF válido para pagamento até 20/02/2020**  
Domicílio tributário do contribuinte:  
**CAXAMBU**

**NÃO RECEBER COM RASURAS**

Auto Atendimento Versão 5.53.66.4309 - opção 1 - DLL versão 1.4

85630000015-0 24100064005-2 11268864950-1 00117080031-0


**11** AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)



— cortar nesta linha —

Aprovado pela IN/RFB nº 736/2007

2ª Via

 <b>MINISTÉRIO DA FAZENDA</b> <b>SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL</b> Documento de Arrecadação de Receitas Federais  <b>DARF</b>	<b>02</b> PERÍODO DE APURAÇÃO	31/01/2020
	<b>03</b> NÚMERO DO CPF OU CNPJ	26.886.495/0001-91
	<b>04</b> CÓDIGO DA RECEITA	1708
	<b>05</b> NÚMERO DE REFERÊNCIA	
	<b>06</b> DATA DE VENCIMENTO	20/02/2020
	<b>07</b> VALOR DO PRINCIPAL	1.524,10
	<b>08</b> VALOR DA MULTA	0,00
	<b>09</b> VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69	0,00
	<b>10</b> VALOR TOTAL	1.524,10
	<b>01</b> NOME / TELEFONE ASSOCIACAO CAXAMBUENSE PRO SAUDE	

1708 - IRRF PJ

**DARF válido para pagamento até 20/02/2020**  
Domicílio tributário do contribuinte:  
**CAXAMBU**

**NÃO RECEBER COM RASURAS**

Auto Atendimento Versão 5.53.66.4309 - opção 1 - DLL versão 1.4

85630000015-0 24100064005-2 11268864950-1 00117080031-0

**11** AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)



Aprovado  
*Amanda Vilela*

— cortar nesta linha —

DARF emitido em duas vias. Recorte nas linhas pontilhadas e efetue o pagamento na rede bancária autorizada.





## Comprovante de pagamento de tributos federais

Via Internet Banking Caixa

<b>Nome:</b>	ASSOCIACAO CAXAMBUENSE PRO SAUDE
<b>Conta de débito:</b>	0109 / 003 / 00001368-1

 <p><b>MINISTÉRIO DA FAZENDA</b> <b>SECRETARIA RECEITA FEDERAL DO BRASIL</b></p> <p>Documento de Arrecadação de Receitas Federais <b>DARF</b></p>	<b>02- PERÍODO DE APURAÇÃO</b>	31/01/2020
	<b>03- NÚMERO DO CPF OU CNPJ</b>	26.886.495/0001-91
	<b>04- CÓDIGO DA RECEITA</b>	1708
	<b>05- NÚMERO DE REFERÊNCIA</b>	
	<b>06- DATA DE VENCIMENTO</b>	20/02/2020
<b>01- NOME / TELEFONE</b>	<b>07- VALOR DO PRINCIPAL</b>	R\$ 1.524,10
ACAPS / (35) 3341-7917	<b>08- VALOR DA MULTA</b>	R\$ 0,00
<p><b>ATENÇÃO</b></p> <p>É vedado o recolhimento de tributos e contribuições administrados pela Secretaria da Receita Federal cujo valor total seja inferior a R\$ 10,00. Ocorrendo tal situação, adicione esse valor ao tributo/contribuição de mesmo código de períodos subsequentes, até que o total seja igual ou superior a R\$ 10,00.</p>	<b>09- VALOR DOS JUROS/ ENCARGOS DL-1.025/69</b>	R\$ 0,00
	<b>10- VALOR TOTAL</b>	R\$ 1.524,10
	<b>11- AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA</b> <b>CEFIC 18022020 010900300001368 00442363</b>	

**Data de débito:** 18/02/2020  
**Data/hora da operação:** 18/02/2020 13:43:58

*Aprovado*  
*Amanda Vilela*

**Código da operação:** 00442363  
**Chave de segurança:** FKHQJ9MGWUQVL2KY

**Documento pago dentro das condições definidas pela IN/RFB N.º 736, DE 02/05/2007.**

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.


SAC CAIXA: 0800 726 0101  
 Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
 Ouvidoria: 0800 725 7474  
 Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

0120204

**CONFERIDO**  
14/02/20  
Luisma

Aprovado pela IN/RFB nº 736/2007

1ª Via

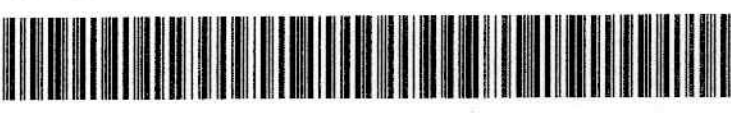
 <p><b>MINISTÉRIO DA FAZENDA</b> <b>SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL</b> Documento de Arrecadação de Receitas Federais</p> <p><b>DARF</b></p>	02 PERÍODO DE APURAÇÃO	31/01/2020
	03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	26.886.495/0001-91
	04 CÓDIGO DA RECEITA	5952
	05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	
	06 DATA DE VENCIMENTO	20/02/2020
	07 VALOR DO PRINCIPAL	4.308,91
	08 VALOR DA MULTA	0,00
	09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69	0,00
	10 VALOR TOTAL	4.308,91
	01 NOME / TELEFONE	ASSOCIACAO CAXAMBUENSE PRO SAUDE

5952 - CSRF

**DARF válido para pagamento até 20/02/2020**  
Domicílio tributário do contribuinte:  
**CAXAMBU**  
**NÃO RECEBER COM RASURAS**  
Auto Atendimento Versão 5.53.66.4309 - opção 1 - DLL versão 1.4

8561000043-4 08910064005-4 11268864950-1 00159520031-0

11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)



cutar nesta linha

Aprovado pela IN/RFB nº 736/2007

2ª Via

 <p><b>MINISTÉRIO DA FAZENDA</b> <b>SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL</b> Documento de Arrecadação de Receitas Federais</p> <p><b>DARF</b></p>	02 PERÍODO DE APURAÇÃO	31/01/2020
	03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	26.886.495/0001-91
	04 CÓDIGO DA RECEITA	5952
	05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	
	06 DATA DE VENCIMENTO	20/02/2020
	07 VALOR DO PRINCIPAL	4.308,91
	08 VALOR DA MULTA	0,00
	09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69	0,00
	10 VALOR TOTAL	4.308,91
	01 NOME / TELEFONE	ASSOCIACAO CAXAMBUENSE PRO SAUDE

5952 - CSRF

**DARF válido para pagamento até 20/02/2020**  
Domicílio tributário do contribuinte:  
**CAXAMBU**  
**NÃO RECEBER COM RASURAS**  
Auto Atendimento Versão 5.53.66.4309 - opção 1 - DLL versão 1.4

8561000043-4 08910064005-4 11268864950-1 00159520031-0

11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)



Aprovado  
Amanda Vilela

cutar nesta linha

DARF emitido em duas vias. Recorte nas linhas pontilhadas e efetue o pagamento na rede bancária autorizada.



## Comprovante de pagamento de tributos federais

Via Internet Banking Caixa

<b>Nome:</b>	ASSOCIACAO CAXAMBUENSE PRO SAUDE
<b>Conta de débito:</b>	0109 / 003 / 00001368-1

 <p><b>MINISTÉRIO DA FAZENDA</b> <b>SECRETARIA RECEITA FEDERAL DO BRASIL</b></p> <p>Documento de Arrecadação de Receitas Federais <b>DARF</b></p>	<b>02- PERÍODO DE APURAÇÃO</b>	31/01/2020
	<b>03- NÚMERO DO CPF OU CNPJ</b>	26.886.495/0001-91
	<b>04- CÓDIGO DA RECEITA</b>	5952
	<b>05- NÚMERO DE REFERÊNCIA</b>	
	<b>01- NOME / TELEFONE</b>	<b>06- DATA DE VENCIMENTO</b>
ACAPS / (35) 3341-7917	<b>07- VALOR DO PRINCIPAL</b>	R\$ 4.308,91
<p><b>ATENÇÃO</b></p> <p>É vedado o recolhimento de tributos e contribuições administrados pela Secretaria da Receita Federal cujo valor total seja inferior a R\$ 10,00. Ocorrendo tal situação, adicione esse valor ao tributo/contribuição de mesmo código de períodos subsequentes, até que o total seja igual ou superior a R\$ 10,00.</p>	<b>08- VALOR DA MULTA</b>	R\$ 0,00
	<b>09- VALOR DOS JUROS/ ENCARGOS DL-1.025/69</b>	R\$ 0,00
	<b>10- VALOR TOTAL</b>	R\$ 4.308,91
	<b>11- AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA</b> <b>CEFIC 18022020 010900300001368 00443071</b>	

<b>Identificação da operação:</b>	DARF	<i>Aprovado</i> <i>Amanda Viela</i>
<b>Data de débito:</b>	18/02/2020	
<b>Data/hora da operação:</b>	18/02/2020 13:47:37	

<b>Código da operação:</b>	00443071
<b>Chave de segurança:</b>	QL4Q7KPMCTUM9QGF

Documento pago dentro das condições definidas pela IN/RFB N.º 736, DE 02/05/2007.

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
 Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
 Ouvidoria: 0800 725 7474  
 Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

CONFERIDO  
05 / 02 / 20  
haculim

Aprovado pela IN/RFB nº 736/2007

1ª Via



**MINISTÉRIO DA FAZENDA**  
**SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL**  
Documento de Arrecadação de Receitas Federais

**DARF**

**01** NOME / TELEFONE  
ASSOCIAÇÃO CAXAMBUENSE PRO SAUDE ACAPS  
3532125789

DARF IRRF 0561

**DARF válido para pagamento até 20/02/2020**

Domicílio tributário do contribuinte:  
**VARGINHA**

**NÃO RECEBER COM RASURAS**

Auto Atendimento Versão 5.52.66.5413 - opção 1 - DLL versão 1.4

<b>02</b> PERÍODO DE APURAÇÃO	31/01/2020
<b>03</b> NÚMERO DO CPF OU CNPJ	26.886.495/0001-91
<b>04</b> CÓDIGO DA RECEITA	0561
<b>05</b> NÚMERO DE REFERÊNCIA	
<b>06</b> DATA DE VENCIMENTO	20/02/2020
<b>07</b> VALOR DO PRINCIPAL	2.837,65
<b>08</b> VALOR DA MULTA	0,00
<b>09</b> VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69	0,00
<b>10</b> VALOR TOTAL	2.837,65

8561000028-5 37650064005-1 11268864950-1 00105610031-4

**11** AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)



cortar nesta linha

Aprovado pela IN/RFB nº 736/2007

2ª Via



**MINISTÉRIO DA FAZENDA**  
**SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL**  
Documento de Arrecadação de Receitas Federais

**DARF**

**01** NOME / TELEFONE  
ASSOCIAÇÃO CAXAMBUENSE PRO SAUDE ACAPS  
3532125789

DARF IRRF 0561

**DARF válido para pagamento até 20/02/2020**

Domicílio tributário do contribuinte:  
**VARGINHA**

**NÃO RECEBER COM RASURAS**

Auto Atendimento Versão 5.52.66.5413 - opção 1 - DLL versão 1.4

<b>02</b> PERÍODO DE APURAÇÃO	31/01/2020
<b>03</b> NÚMERO DO CPF OU CNPJ	26.886.495/0001-91
<b>04</b> CÓDIGO DA RECEITA	0561
<b>05</b> NÚMERO DE REFERÊNCIA	
<b>06</b> DATA DE VENCIMENTO	20/02/2020
<b>07</b> VALOR DO PRINCIPAL	2.837,65
<b>08</b> VALOR DA MULTA	0,00
<b>09</b> VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69	0,00
<b>10</b> VALOR TOTAL	2.837,65

8561000028-5 37650064005-1 11268864950-1 00105610031-4

**11** AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)



Aprovado  
Amanda Vilela

cortar nesta linha

DARF emitido em duas vias. Recorte nas linhas pontilhadas e efetue o pagamento na rede bancária autorizada.



## Comprovante de pagamento de tributos federais

Via Internet Banking Caixa

<b>Nome:</b>	ASSOCIACAO CAXAMBUENSE PRO SAUDE
<b>Conta de débito:</b>	0109 / 003 / 00001368-1

 <p><b>MINISTÉRIO DA FAZENDA</b> <b>SECRETARIA RECEITA FEDERAL DO BRASIL</b></p> <p>Documento de Arrecadação de Receitas Federais <b>DARF</b></p>	<b>02- PERÍODO DE APURAÇÃO</b>	31/01/2020
	<b>03- NÚMERO DO CPF OU CNPJ</b>	26.886.495/0001-91
	<b>04- CÓDIGO DA RECEITA</b>	0561
	<b>05- NÚMERO DE REFERÊNCIA</b>	
	<b>01- NOME / TELEFONE</b>	
	<b>06- DATA DE VENCIMENTO</b>	20/02/2020
	<b>07- VALOR DO PRINCIPAL</b>	R\$ 2.837,65
	<b>08- VALOR DA MULTA</b>	R\$ 0,00
	<b>09- VALOR DOS JUROS/ ENCARGOS DL-1.025/69</b>	R\$ 0,00
	<b>10- VALOR TOTAL</b>	R\$ 2.837,65
<b>11- AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA</b> <b>CEFIC 18022020 010900300001368 00443375</b>		

<b>Identificação da operação:</b>	DARF	 <p><b>Aprovado</b> <b>Amanda Vilela</b></p>
<b>Data de débito:</b>	18/02/2020	
<b>Data/hora da operação:</b>	18/02/2020 13:49:05	

<b>Código da operação:</b>	00443375
<b>Chave de segurança:</b>	3E6G1VLZGPRU2K27

**Documento pago dentro das condições definidas pela IN/RFB N.º 736, DE 02/05/2007.**

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
 Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
 Ouvidoria: 0800 725 7474  
 Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

**CONFERIDO**  
05 / 02 / 20

ASS: *humberto*

1136



**MINISTÉRIO DA FAZENDA**

SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL

Documento de Arrecadação de Receitas Federais

**DARF**

01 NOME / TELEFONE

ASSOCIACAO CAXAMBUENSE PRO SAUDE - ACAPS / (35)  
33417917

**Veja no verso  
instruções para preenchimento**

**Atenção**

É vedado o recolhimento de tributos e contribuições administradas pela Secretaria da receita Federal cujo valor total seja inferior a R\$ 10.00. Ocorrendo tal situação, adicione esse valor ao tributo/contribuição de mesmo código de períodos subseqüentes, até o total seja igual ou superior a R\$ 10,00.

02 PERÍODO DE APURAÇÃO	31/01/2020
03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	26.886.495/0001-91
04 CÓDIGO DA RECEITA	0588
05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	
06 DATA DE VENCIMENTO	20/02/2020
07 VALOR DO PRINCIPAL	860,05
08 VALOR DA MULTA	
09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/77	
10 VALOR TOTAL	860,05
11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1º e 2º vias)	

*Aprovado  
Amanda Vilela*



**MINISTÉRIO DA FAZENDA**

SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL

Documento de Arrecadação de Receitas Federais

**DARF**

01 NOME / TELEFONE

ASSOCIACAO CAXAMBUENSE PRO SAUDE - ACAPS / (35)  
33417917

**Veja no verso  
instruções para preenchimento**

**Atenção**

É vedado o recolhimento de tributos e contribuições administradas pela Secretaria da receita Federal cujo valor total seja inferior a R\$ 10.00. Ocorrendo tal situação, adicione esse valor ao tributo/contribuição de mesmo código de períodos subseqüentes, até o total seja igual ou superior a R\$ 10,00.

02 PERÍODO DE APURAÇÃO	31/01/2020
03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	26.886.495/0001-91
04 CÓDIGO DA RECEITA	0588
05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	
06 DATA DE VENCIMENTO	20/02/2020
07 VALOR DO PRINCIPAL	860,05
08 VALOR DA MULTA	
09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/77	
10 VALOR TOTAL	860,05
11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1º e 2º vias)	

Aprovado pela IN/RFB nº 736, de 2 de maio de 2007

Aprovado pela IN/RFB nº 736, de 2 de maio de 2007



## Comprovante de pagamento de tributos federais

Via Internet Banking Caixa

<b>Nome:</b>	ASSOCIACAO CAXAMBUENSE PRO SAUDE
<b>Conta de débito:</b>	0109 / 003 / 00001368-1

 <p><b>MINISTÉRIO DA FAZENDA</b> <b>SECRETARIA RECEITA FEDERAL DO BRASIL</b></p> <p>Documento de Arrecadação de Receitas Federais <b>DARF</b></p>	<b>02- PERÍODO DE APURAÇÃO</b>	31/01/2020
	<b>03- NÚMERO DO CPF OU CNPJ</b>	26.886.495/0001-91
	<b>04- CÓDIGO DA RECEITA</b>	0588
	<b>05- NÚMERO DE REFERÊNCIA</b>	
	<b>01- NOME / TELEFONE</b>	ACAPS / (35) 3341-7917
<p><b>ATENÇÃO</b></p> <p>É vedado o recolhimento de tributos e contribuições administrados pela Secretaria da Receita Federal cujo valor total seja inferior a R\$ 10,00. Ocorrendo tal situação, adicione esse valor ao tributo/contribuição de mesmo código de períodos subsequentes, até que o total seja igual ou superior a R\$ 10,00.</p>	<b>06- DATA DE VENCIMENTO</b>	20/02/2020
	<b>07- VALOR DO PRINCIPAL</b>	R\$ 860,05
	<b>08- VALOR DA MULTA</b>	R\$ 0,00
	<b>09- VALOR DOS JUROS/ ENCARGOS DL-1.025/69</b>	R\$ 0,00
	<b>10- VALOR TOTAL</b>	R\$ 860,05
<b>11- AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA</b> <b>CEFIC 18022020 010900300001368 00443639</b>		

<b>Identificação da operação:</b>	DARF	<b>Aprovado</b> <b>Amanda Vilela</b>
<b>Data de débito:</b>	18/02/2020	
<b>Data/hora da operação:</b>	18/02/2020 13:50:24	

<b>Código da operação:</b>	00443639
<b>Chave de segurança:</b>	Z35VCE6NUPPGQVH

**Documento pago dentro das condições definidas pela IN/RFB N.º 736, DE 02/05/2007.**

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
 Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
 Ouvidoria: 0800 725 7474  
 Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

**CONFERIDO**

Aprovado pela IN/RFB nº 736/2007

1ª Via



**MINISTÉRIO DA FAZENDA**  
**SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL**  
Documento de Arrecadação de Receitas Federais

**DARF**

**01** NOME / TELEFONE  
ASSOCIAÇÃO CAXAMBUENSE PRO SAUDE ACAPS  
3532125789

DARF 8301 PIS FOLHA

**DARF válido para pagamento até 21/02/2020**

Domicílio tributário do contribuinte:  
**VARGINHA**

**NÃO RECEBER COM RASURAS**

Auto Atendimento Versão 5.52.66.5413 - opção 1 - DLL versão 1.4

<b>02</b> PERÍODO DE APURAÇÃO	31/01/2020
<b>03</b> NÚMERO DO CPF OU CNPJ	26.886.495/0001-91
<b>04</b> CÓDIGO DA RECEITA	8301
<b>05</b> NÚMERO DE REFERÊNCIA	
<b>06</b> DATA DE VENCIMENTO	21/02/2020
<b>07</b> VALOR DO PRINCIPAL	1.440,17
<b>08</b> VALOR DA MULTA	0,00
<b>09</b> VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69	0,00
<b>10</b> VALOR TOTAL	1.440,17

85630000014-3 40170064005-5 21268864950-9 00183010031-7

**11** AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)



Aprovado  
Amanda Vilela

cutar nesta linha

Aprovado pela IN/RFB nº 736/2007

2ª Via



**MINISTÉRIO DA FAZENDA**  
**SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL**  
Documento de Arrecadação de Receitas Federais

**DARF**

**01** NOME / TELEFONE  
ASSOCIAÇÃO CAXAMBUENSE PRO SAUDE ACAPS  
3532125789

DARF 8301 PIS FOLHA

**DARF válido para pagamento até 21/02/2020**

Domicílio tributário do contribuinte:  
**VARGINHA**

**NÃO RECEBER COM RASURAS**

Auto Atendimento Versão 5.52.66.5413 - opção 1 - DLL versão 1.4

<b>02</b> PERÍODO DE APURAÇÃO	31/01/2020
<b>03</b> NÚMERO DO CPF OU CNPJ	26.886.495/0001-91
<b>04</b> CÓDIGO DA RECEITA	8301
<b>05</b> NÚMERO DE REFERÊNCIA	
<b>06</b> DATA DE VENCIMENTO	21/02/2020
<b>07</b> VALOR DO PRINCIPAL	1.440,17
<b>08</b> VALOR DA MULTA	0,00
<b>09</b> VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69	0,00
<b>10</b> VALOR TOTAL	1.440,17

85630000014-3 40170064005-5 21268864950-9 00183010031-7

**11** AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)



cutar nesta linha

DARF emitido em duas vias. Recorte nas linhas pontilhadas e efetue o pagamento na rede bancária autorizada.





## Comprovante de pagamento de tributos federais

Via Internet Banking Caixa

**Nome:** ASSOCIACAO CAXAMBUENSE PRO SAUDE  
**Conta de débito:** 0109 / 003 / 00001368-1

 <p><b>MINISTÉRIO DA FAZENDA</b>  <b>SECRETARIA RECEITA FEDERAL DO BRASIL</b>          Documento de Arrecadação de Receitas Federais  <b>DARF</b></p>	<b>02- PERÍODO DE APURAÇÃO</b>	31/01/2020
	<b>03- NÚMERO DO CPF OU CNPJ</b>	26.886.495/0001-91
	<b>04- CÓDIGO DA RECEITA</b>	8301
	<b>05- NÚMERO DE REFERÊNCIA</b>	
	<b>01- NOME / TELEFONE</b>	<b>06- DATA DE VENCIMENTO</b>
ACAPS / (35) 3341-7917	<b>07- VALOR DO PRINCIPAL</b>	R\$ 1.440,17
<p><b>ATENÇÃO</b>          É vedado o recolhimento de tributos e contribuições administrados pela Secretaria da Receita Federal cujo valor total seja inferior a R\$ 10,00. Ocorrendo tal situação, adicione esse valor ao tributo/contribuição de mesmo código de períodos subsequentes, até que o total seja igual ou superior a R\$ 10,00.</p>	<b>08- VALOR DA MULTA</b>	R\$ 0,00
	<b>09- VALOR DOS JUROS/ ENCARGOS DL-1.025/69</b>	R\$ 0,00
	<b>10- VALOR TOTAL</b>	R\$ 1.440,17
<b>11- AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA</b> <b>CEFIC 18022020 010900300001368 00444090</b>		

**Identificação da operação:** DARF  
**Data de débito:** 18/02/2020  
**Data/hora da operação:** 18/02/2020 13:52:35

*Aprovado*  
*Amanda Vilela*

**Código da operação:** 00444090  
**Chave de segurança:** T4UMGSJ2W814RY51

**Documento pago dentro das condições definidas pela IN/RFB N.º 736, DE 02/05/2007.**

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
 Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
 Ouvidoria: 0800 725 7474  
 Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Nome da Agência CAXAMBU, MG	Código 0109	Operação 5901	Emissão 03/03/2020
--------------------------------	----------------	------------------	-----------------------

Fundo CAIXA FIC GIRO EMPRESAS RF REF DI L	CNPJ do Fundo 16.916.063/0001-22	Início das Atividades do Fundo 27/03/2013
--	-------------------------------------	--

### Rentabilidade do Fundo

No Mês(%) 0,2505	No Ano(%) 0,5921	Nos Últimos 12 Meses(%) 5,1452	Cota em: 31/01/2020 1,849457	Cota em: 28/02/2020 1,854091
---------------------	---------------------	-----------------------------------	---------------------------------	---------------------------------

### Administradora

Nome Caixa Econômica Federal	Endereço SBS - Quadra 04 - Lotes 3/4 - Brasília/DF	CNPJ da Administradora 00.360.305/0001-04
---------------------------------	---	--

### Cliente

Nome ASSOCIACAO CAXAMBUENSE PRO SAUDE	CPF/CNPJ 26.886.495/0001-91	Conta Corrente 003.00001368-1	Mês/Ano 02/2020	Folha 01/01
Análise do Perfil do Investidor		Data da Avaliação		

### Resumo da Movimentação

Histórico	Valor em R\$	Qtde de Cotas
Saldo Anterior	36,04C	19,489128
Aplicações	130.000,00C	70.177,294838
Resgates	34.954,85D	18.869,454304
Rendimento Bruto no Mês	89,21C	
IRRF	0,05D	
IOF	4,81D	
Taxa de Saída	0,00	
Saldo Bruto*	95.165,54C	51.327,329662
Resgate Bruto em Trânsito*	0,00	

(\*) Valor sujeito à tributação, conforme legislação em vigor

### Movimentação Detalhada

Data	Histórico	Valor R\$	Qtde de Cotas
04 / 02	RESGATE	24,69D	13,351458
	IRRF	0,01D	
	IOF	0,00	
05 / 02	RESGATE	11,35D	6,132266
	IRRF	0,00	
	IOF	0,00	
17 / 02	APLICACAO	130.000,00C	70.177,294838
18 / 02	RESGATE	34.819,81D	18.796,529953
	IRRF	0,04D	
	IOF	4,78D	
20 / 02	RESGATE	99,00D	53,440625
	IRRF	0,00	
	IOF	0,03D	

### Dados de Tributação

Rendimento Base	0,28	IRRF	0,05
-----------------	------	------	------

### Informações ao Cotista

Acesse o site da CAIXA e conheça os E-FUNDOS : os fundos da CAIXA com movimentações exclusivamente pelo Internet Banking CAIXA e com taxas de administração inferiores às praticadas pelo mercado. Com os E-FUNDOS CAIXA você tem excelentes opções de investimento ao alcance de suas mãos, de acordo com seu perfil. Um jeito prático de investir, da comodidade da sua casa!

Prezado(a) Cotista, compareça à sua agência de relacionamento e cadastre ou atualize seu endereço de e-mail.

### Serviço de Atendimento ao Cotista

SAC: 0800 726 0101	Endereço para Correspondência: Caixa Postal 72624, São Paulo/SP CEP: 01405-001
Ouvidoria: 0800 725 7474	Endereço Eletrônico: <a href="https://www1.caixa.gov.br/atendimento/telefones_da_caixa.asp">https://www1.caixa.gov.br/atendimento/telefones_da_caixa.asp</a>
Acesse o site da CAIXA: <a href="http://www.caixa.gov.br">www.caixa.gov.br</a>	

Anexo II

## Extrato por período

Cliente: ASSOCIACAO CAXAMBUENSE PRO SAUDE

Conta: 0109 / 003 / 00001368-1

Data: 02/03/2020 - 08:00

Mês: Fevereiro/2020

Período: 1 - 29

### Extrato

Data Mov.	Nr. Doc.	Histórico	Valor	Saldo
	000000	SALDO ANTERIOR	0,00	0,00
04/02/2020	636837	PAG AGUA <i>DESPESA EM TRÁNSITO 12ª PARCELA 2018</i>	24,69 D	24,69 D
04/02/2020	727220	RESG AUTOM	24,69 C	0,00 C
05/02/2020	051206	ENVIO TEV	11,35 D	11,35 D
05/02/2020	727220	RESG AUTOM	11,35 C	0,00 C
13/02/2020	100000	DP DIN ATM	99,00 C	99,00 C
17/02/2020	452465	APLICACAO	130.000,00 D	129.901,00 D
17/02/2020	000001	CRED TED	130.000,00 C	99,00 C
18/02/2020	347851	PG LUZ/GAS	8.801,54 D	8.702,54 D
18/02/2020	355670	PG ORG GOV	13.066,79 D	21.769,33 D
18/02/2020	388220	PAG BOLETO	2.079,60 D	23.848,93 D
18/02/2020	442363	PAG DARF	1.524,10 D	25.373,03 D
18/02/2020	443071	PAG DARF	4.308,91 D	29.681,94 D
18/02/2020	443375	PAG DARF	2.837,65 D	32.519,59 D
18/02/2020	443639	PAG DARF	860,05 D	33.379,64 D
18/02/2020	444090	PAG DARF	1.440,17 D	34.819,81 D
18/02/2020	727220	RESG AUTOM	34.819,81 C	0,00 C
20/02/2020	012020	DB CEST PJ	99,00 D	99,00 D
20/02/2020	727220	RESG AUTOM	99,00 C	0,00 C

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

# ESCALA DE PLANTÃO MÉDICO

ACAPS - Associação Caxambuense Pró Saúde

Período: 01/02/2020 a 29/02/2020

Dia	1º Período - 12 Horas				2º Período - 12 Horas				
	Entrada	Saída		Médico	Entrada	Saída		Médico	
01	sábado	7:00	19:00	03	Dra. Lígia	19:00	7:00	16	Dra Maria Amélia
02	domingo	7:00	19:00	01	Dra. Thamires	19:00	7:00	07	Dra. Wanessa
03	segunda-feira	7:00	19:00	01	Dra. Thamires	19:00	7:00	02	Dr. Gustavo Conceição
04	terça-feira	7:00	19:00	03	Dra. Lígia	19:00	7:00	03	Dra. Lígia
05	quarta-feira	7:00	19:00	04	Dr. Pedro Henrique	19:00	7:00	05	Dr. Evandro
06	quinta-feira	7:00	19:00	01	Dra. Thamires	19:00	7:00	06	Dr. Diogo
07	sexta-feira	7:00	19:00	03	Dra. Lígia	19:00	7:00	03	Dra. Lígia
08	sábado	7:00	19:00	16	Dra Maria Amélia	19:00	7:00	17	Dra Olga
09	domingo	7:00	19:00	08	Dr. Glauco	19:00	7:00	08	Dr. Glauco
10	segunda-feira	7:00	19:00	04	Dr. Pedro Henrique	19:00	7:00	02	Dr. Gustavo Conceição
11	terça-feira	7:00	19:00	03	Dra. Lígia	19:00	7:00	03	Dra. Lígia
12	quarta-feira	7:00	19:00	04	Dr. Pedro Henrique	19:00	7:00	05	Dr. Evandro
13	quinta-feira	7:00	19:00	01	Dra. Thamires	19:00	7:00	02	Dr. Gustavo Conceição
14	sexta-feira	7:00	19:00	03	Dra. Lígia	19:00	7:00	03	Dra. Lígia
15	sábado	7:00	19:00	03	Dra. Lígia	19:00	7:00	01	Dra. Thamires
16	domingo	7:00	19:00	08	Dr. Glauco	19:00	7:00	08	Dr. Glauco
17	segunda-feira	7:00	19:00	01	Dra. Thamires	19:00	7:00	02	Dr. Gustavo Conceição
18	terça-feira	7:00	19:00	03	Dra. Lígia	19:00	7:00	03	Dra. Lígia
19	quarta-feira	7:00	19:00	04	Dr. Pedro Henrique	19:00	7:00	05	Dr. Evandro
20	quinta-feira	7:00	19:00	01	Dra. Thamires	19:00	7:00	06	Dr. Diogo
21	sexta-feira	7:00	19:00	03	Dra. Lígia	19:00	7:00	03	Dra. Lígia
22	sábado	7:00	19:00	03	Dra. Lígia	19:00	7:00	01	Dra. Thamires
23	domingo	7:00	19:00	16	Dra Maria Amélia	19:00	7:00	01	Dra. Thamires
24	segunda-feira	7:00	19:00	01	Dra. Thamires	19:00	7:00	02	Dr. Gustavo Conceição
25	terça-feira	7:00	19:00	03	Dra. Lígia	19:00	7:00	03	Dra. Lígia
26	quarta-feira	7:00	19:00	01	Dra. Thamires	19:00	7:00	05	Dr. Evandro
27	quinta-feira	7:00	19:00	01	Dra. Thamires	19:00	7:00	02	Dr. Gustavo Conceição
28	sexta-feira	7:00	19:00	03	Dra. Lígia	19:00	7:00	03	Dra. Lígia
29	sábado	7:00	19:00	16	Dra Maria Amélia	19:00	7:00	16	Dra Maria Amélia
		7:00	19:00			19:00	7:00		
		7:00	19:00			19:00	7:00		

## **ESCALA SOBREAVISO OBSTETRÍCIA FEVEREIRO-7H AS 7H**

**DRA. LAÍS: 9-9985-5533**

**DR. LUIZ HENRIQUE: 9-9941-6666 OU 9-9951-7607**

**DR. LEONARDO: 9-9113-7155/9-8846-1851/3341-2207**

DIA		MÉDICO
1	SÁBADO	DRA LAÍS
2	DOMINGO	DRA LAÍS
3	SEGUNDA	DRA LAÍS
4	TERÇA	DRA LAÍS
5	QUARTA	DRA LAÍS
6	QUINTA	DRA LAÍS
7	SEXTA	DRA LAÍS
8	SÁBADO	DRA LAÍS
9	DOMINGO	DRA LAÍS
10	SEGUNDA	DRA LAÍS
11	TERÇA	DRA LAÍS
12	QUARTA	DRA LAÍS
13	QUINTA	DRA LAÍS
14	SEXTA	DR. LEONARDO
15	SÁBADO	DRA LAÍS
16	DOMINGO	DR. LEONARDO
17	SEGUNDA	DRA LAÍS
18	TERÇA	DRA LAÍS
19	QUARTA	DRA LAÍS
20	QUINTA	DRA LAÍS
21	SEXTA	DR. LEONARDO
22	SÁBADO	DR. LEONARDO
23	DOMINGO	DR. LEONARDO
24	SEGUNDA	DR. LEONARDO
25	TERÇA	DRA LAÍS
26	QUARTA	DRA LAÍS
27	QUINTA	DRA LAÍS
28	SEXTA	DRA LAÍS
29	SÁBADO	DRA LAÍS

**DR. DIOGO CUSTÓDIO**  
Diretor Técnico

## **ESCALA SOBREAviso ANESTESIA FEVEREIRO**

**DR. FRANCISCO: 9-9830-0044 OU (19)9-9222-4364**

**DR. LUIZ HENRIQUE: 9-9941-6666 OU 9-9951-7607**

DIA		<b>MANHÃ</b> 7 AS 13H	<b>TARDE</b> 13 AS 19H	<b>NOITE</b> 19H AS 7 H
1	<b>SÁBADO</b>	FRANCISCO	FRANCISCO	FRANCISCO
2	<b>DOMINGO</b>	FRANCISCO	FRANCISCO	FRANCISCO
3	<b>SEGUNDA</b>	LUIZ HENRIQUE	LUIZ HENRIQUE	LUIZ HENRIQUE
4	<b>TERÇA</b>	FRANCISCO	FRANCISCO	FRANCISCO
5	<b>QUARTA</b>	FRANCISCO	FRANCISCO	FRANCISCO
6	<b>QUINTA</b>	FRANCISCO	LUIZ HENRIQUE	LUIZ HENRIQUE
7	<b>SEXTA</b>	LUIZ HENRIQUE	LUIZ HENRIQUE	LUIZ HENRIQUE
8	<b>SÁBADO</b>	LUIZ HENRIQUE	LUIZ HENRIQUE	LUIZ HENRIQUE
9	<b>DOMINGO</b>	LUIZ HENRIQUE	LUIZ HENRIQUE	LUIZ HENRIQUE
10	<b>SEGUNDA</b>	LUIZ HENRIQUE	LUIZ HENRIQUE	LUIZ HENRIQUE
11	<b>TERÇA</b>	LUIZ HENRIQUE	LUIZ HENRIQUE	LUIZ HENRIQUE
12	<b>QUARTA</b>	LUIZ HENRIQUE	LUIZ HENRIQUE	LUIZ HENRIQUE
13	<b>QUINTA</b>	LUIZ HENRIQUE	LUIZ HENRIQUE	LUIZ HENRIQUE
14	<b>SEXTA</b>	FRANCISCO	FRANCISCO	FRANCISCO
15	<b>SÁBADO</b>	FRANCISCO	FRANCISCO	FRANCISCO
16	<b>DOMINGO</b>	FRANCISCO	FRANCISCO	FRANCISCO
17	<b>SEGUNDA</b>	LUIZ HENRIQUE	LUIZ HENRIQUE	LUIZ HENRIQUE
18	<b>TERÇA</b>	FRANCISCO	FRANCISCO	FRANCISCO
19	<b>QUARTA</b>	FRANCISCO	FRANCISCO	FRANCISCO
20	<b>QUINTA</b>	FRANCISCO	LUIZ HENRIQUE	LUIZ HENRIQUE
21	<b>SEXTA</b>	LUIZ HENRIQUE	LUIZ HENRIQUE	LUIZ HENRIQUE
22	<b>SÁBADO</b>	LUIZ HENRIQUE	LUIZ HENRIQUE	LUIZ HENRIQUE
23	<b>DOMINGO</b>	LUIZ HENRIQUE	LUIZ HENRIQUE	LUIZ HENRIQUE
24	<b>SEGUNDA</b>	LUIZ HENRIQUE	LUIZ HENRIQUE	LUIZ HENRIQUE
25	<b>TERÇA</b>	FRANCISCO	FRANCISCO	FRANCISCO
26	<b>QUARTA</b>	FRANCISCO	FRANCISCO	FRANCISCO
27	<b>QUINTA</b>	FRANCISCO	LUIZ HENRIQUE	LUIZ HENRIQUE
28	<b>SEXTA</b>	LUIZ HENRIQUE	FRANCISCO	FRANCISCO
29	<b>SÁBADO</b>	FRANCISCO	FRANCISCO	FRANCISCO

Dr. DIOGO CUSTÓDIO  
Diretor Técnico

## **ESCALA INTERNISTAS JANEIRO**

**DRA. OLGA: 9-8712-4161/3341-7037**

**DR. DIOGO: 9-9242-9050**

<b>DIA</b>		<b>PROFISSIONAL</b>
1	<b>SÁBADO</b>	<b>DRA. OLGA</b>
2	<b>DOMINGO</b>	<b>DRA. OLGA</b>
3	SEGUNDA	DRA. OLGA
4	TERÇA	DRA. OLGA
5	QUARTA	DRA. OLGA
6	QUINTA	DR. DIOGO
7	SEXTA	DR. DIOGO
8	<b>SÁBADO</b>	<b>DR. DIOGO</b>
9	<b>DOMINGO</b>	<b>DR. DIOGO</b>
10	SEGUNDA	DRA. OLGA
11	TERÇA	DRA. OLGA
12	QUARTA	DRA. OLGA
13	QUINTA	DR. DIOGO
14	SEXTA	DR. DIOGO
15	<b>SÁBADO</b>	<b>DRA. OLGA</b>
16	<b>DOMINGO</b>	<b>DRA. OLGA</b>
17	SEGUNDA	DRA. OLGA
18	TERÇA	DRA. OLGA
19	QUARTA	DRA. OLGA
20	QUINTA	DR. DIOGO
21	SEXTA	DR. DIOGO
22	<b>SÁBADO</b>	<b>DR. DIOGO</b>
23	<b>DOMINGO</b>	<b>DR. DIOGO</b>
24	SEGUNDA	DRA. OLGA
25	TERÇA	DRA. OLGA
26	QUARTA	DRA. OLGA
27	QUINTA	DR. DIOGO
28	SEXTA	DR. DIOGO
29	<b>SÁBADO</b>	<b>DRA. OLGA</b>

**DR. DIOGO CUSTÓDIO**  
Diretor Técnico

## **ESCALA SOBREAVISO CIRURGIA FEVEREIRO-7H ÀS 7H**

**DR. LEONARDO: 9-9113-7155/9-8846-1851/3341-2207**

**DR. JÚLIO: 9-9828-6890**

**DR. LUIZ HENRIQUE: 9-9941-6666 OU 9-9951-7607**

<b>DIA</b>		<b>PROFISSIONAL</b>
1	SÁBADO	DR. LEONARDO
2	DOMINGO	DR. LEONARDO
3	SEGUNDA	DR. LEONARDO
4	TERÇA	DR. LEONARDO
5	QUARTA	DR. LEONARDO
6	QUINTA	DR. LUIZ HENRIQUE
7	SEXTA	DR. LUIZ HENRIQUE
8	SÁBADO	DR. LUIZ HENRIQUE
9	DOMINGO	DR. LUIZ HENRIQUE
10	SEGUNDA	DR. LEONARDO
11	TERÇA	DR. LEONARDO
12	QUARTA	DR. LEONARDO
13	QUINTA	DR. LUIZ HENRIQUE
14	SEXTA	DR. LEONARDO
15	SÁBADO	DR. LEONARDO
16	DOMINGO	DR. LEONARDO
17	SEGUNDA	DR. LEONARDO
18	TERÇA	DR. LEONARDO
19	QUARTA	DR. LEONARDO
20	QUINTA	DR. LUIZ HENRIQUE
21	SEXTA	DR. LEONARDO
22	SÁBADO	DR. LEONARDO
23	DOMINGO	DR. LEONARDO
24	SEGUNDA	DR. LEONARDO
25	TERÇA	DR. LEONARDO
26	QUARTA	DR. LEONARDO
27	QUINTA	DR. LUIZ HENRIQUE
28	SEXTA	DR. LEONARDO
29	SÁBADO	DR. LEONARDO

**DR. DIOGO CUSTÓDIO**  
Diretor Técnico



## **ESCALA SOBREA VISO ORTOPEDIA FEVEREIRO-7H ÀS 7H**

**DR. VÍTOR: (21)9-9302-0203**

**DR. GLAUCO: (31) 9-9984-0996/9-9144-3421**

<b>DIA</b>		<b>PROFISSIONAL</b>
1	<b>SÁBADO</b>	<b>DR. GLAUCO</b>
2	<b>DOMINGO</b>	<b>DR. GLAUCO</b>
3	SEGUNDA	DR. GLAUCO
4	TERÇA	DR. VÍTOR
5	QUARTA	DR. VÍTOR
6	QUINTA	DR. GLAUCO
7	SEXTA	DR. GLAUCO
8	<b>SÁBADO</b>	<b>DR. VÍTOR</b>
9	<b>DOMINGO</b>	<b>DR. VÍTOR</b>
10	SEGUNDA	DR. GLAUCO
11	TERÇA	DR. VÍTOR
12	QUARTA	DR. VÍTOR
13	QUINTA	DR. GLAUCO
14	SEXTA	DR. GLAUCO
15	<b>SÁBADO</b>	<b>DR. GLAUCO</b>
16	<b>DOMINGO</b>	<b>DR. GLAUCO</b>
17	SEGUNDA	DR. GLAUCO
18	TERÇA	DR. VÍTOR
19	QUARTA	DR. VÍTOR
20	QUINTA	DR. GLAUCO
21	SEXTA	DR. GLAUCO
22	<b>SÁBADO</b>	<b>DR. VÍTOR</b>
23	<b>DOMINGO</b>	<b>DR. VÍTOR</b>
24	SEGUNDA	DR. GLAUCO
25	TERÇA	DR. VÍTOR
26	QUARTA	DR. VÍTOR
27	QUINTA	DR. GLAUCO
28	SEXTA	DR. GLAUCO
29	<b>SÁBADO</b>	<b>DR. GLAUCO</b>

DR. DIOGO CUSTÓDIO  
Diretor Técnico

## **ESCALA SOBREAVALO PEDIATRIA FEVEREIRO- 7H ÀS 7H**

**DRA. JÚLIA: (32)9-9194-4737**

**DR. LESTER: 9-9950-0815**

DIA		PROFISSIONAL
1	SÁBADO	DRA. JÚLIA
2	DOMINGO	DR. LESTER
3	SEGUNDA	DRA. JÚLIA
4	TERÇA	DRA. JÚLIA
5	QUARTA	DRA. JÚLIA
6	QUINTA	DRA. JÚLIA
7	SEXTA	DRA. JÚLIA ATÉ AS 18H DR. LESTER APÓS AS 18H
8	SÁBADO	DR. LESTER
9	DOMINGO	DR. LESTER
10	SEGUNDA	DRA. JÚLIA
11	TERÇA	DRA. JÚLIA
12	QUARTA	DRA. JÚLIA
13	QUINTA	DRA. JÚLIA
14	SEXTA	DRA. JÚLIA ATÉ AS 18H DR. LESTER APÓS AS 18H
15	SÁBADO	DR. LESTER
16	DOMINGO	DR. LESTER
17	SEGUNDA	DRA. JÚLIA
18	TERÇA	DRA. JÚLIA
19	QUARTA	DRA. JÚLIA
20	QUINTA	DRA. JÚLIA
21	SEXTA	DRA. JÚLIA ATÉ AS 18H DR. LESTER APÓS AS 18H
22	SÁBADO	DR. LESTER
23	DOMINGO	DR. LESTER
24	SEGUNDA	DRA. JÚLIA
25	TERÇA	DRA. JÚLIA
26	QUARTA	DRA. JÚLIA
27	QUINTA	DRA. JÚLIA ATÉ AS 18H DR. LESTER APÓS AS 18H
28	SEXTA	DR. LESTER
29	SÁBADO	DR. LESTER

**DR. DIOGO CUSTÓDIO**

Diretor Técnico



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

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

**Nome: ASSOCIACAO CAXAMBUENSE PRO SAUDE - ACAPS**  
**CNPJ: 26.886.495/0001-91**

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 não constam pendências em seu nome, relativas a créditos tributários administrados pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) e a inscrições em Dívida Ativa da União (DAU) junto à Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN).

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 14:30:20 do dia 09/01/2020 <hora e data de Brasília>.  
Válida até 07/07/2020.

Código de controle da certidão: **6EBE.35AB.525F.B19E**  
Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.

[Voltar](#)[Imprimir](#)

### **Certificado de Regularidade do FGTS - CRF**

**Inscrição:** 26.886.495/0001-91

**Razão Social:** ASSOCIACAO CAXAMBUENSE PRO SAUDE ACAPS

**Endereço:** RUA MONSENHOR JOAO DE DEUS 92 / CENTRO / CAXAMBU / MG /  
37440-000

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:** 15/02/2020 a 15/03/2020

**Certificação Número:** 2020021503341015504734

Informação obtida em 19/02/2020 09:16:52

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)**

**CAIXA**  
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

AUTOATENDIMENTO - CAXAMBU MG

DATA: 13/02/2020

HORA: 10:22:08

TERMINAL: 01091007

CONTROLE: 010910070180

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE  
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 0109 003.00001368-1

NOME: ASSOCIACAO CAXAMBUENSE PRO SAUDE

TIPO DE CONTA: 003 - CONTA CORRENTE PESSOA JURÍDICA

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: 99,00

TELEFONE DEPOSITANTE: 35 99250-6674

NÚMERO DO ENVELOPE: 263975185

A confirmação do depósito se dará pelo lançamento do valor na conta do favorecido após a abertura do envelope e a verificação dos valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)

*Justificativa*  
I