

PARANÁ
CAMARA MUNICIPAL DE CAMPO MAGRO

Data: 01/03/2022
Nº do empenho : 46/22
Ordinário
Processo :

Nota de Empenho

CAMARA MUNICIPAL DE CAMPO MAGRO
C.N.P.J.: 01.645.691/0001-43
Município: CAMPO MAGRO

Órgão: 01 - LEGISLATIVO
Unidade: 01.01 - CAMARA MUNICIPAL
Funcional: 01.031.1001 - Ações Legislativas
Projeto/Atividade: 1.013 - Manutenção das Atividades do Legislativo
Elemento: 3.3.90.39.50.99.00.00.0001 - DEMAIS DESPESAS COM SERVIÇO MÉDICO-HOSPITALAR, ODO
Cód. Detalham.: 0 - Sem detalhamento das destinações de recursos
Código reduzido: 000013

Dotação Inicial:	152.000,00	Empenhos anteriores :	11.752,10
Suplementações:	0,00	Valor do empenho :	3.845,54
Anulações:	0,00	Valor Anulado:	0,00
Total (A) :	152.000,00	Total (B) :	15.597,64
		Saldo (A - B) :	136.402,36

Credor: 504 UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS UF: PR
Endereço: Avenida AFFONSO PENNA, 297 Cidade: Curitiba
C.N.P.J.: 75.055.772/0001-20 Inscr.Est./Ident.Prof.:
Banco: Agência: Fone: 413602141
Conta Corrente: Fax:

Especificação: 1
PELA DESPESA EMPENHADA PARA PAGAMENTO DE MENSALIDADE PLANO DE SAÚDE.

Fonte de recursos : Ordinário Total geral : 3.845,54

Fica empenhada a importância de 3.845,54 (três mil oitocentos e quarenta e cinco reais e cinquenta e quatro centavos)

Fundamento legal :
Modal. licitação : Dispensa de Licitação p/ Compras e Serviços
Contrato :

Número :

Data :

Data :

Data :

Encarregado do serviço

Credor

JOSNEI DE JESUS ROSA
PRESIDENTE

REINALDO NOEL RUY
CONTADOR

Liquidação

Declaro que o material/serviço foi fornecido/prestado

Responsável

PARANÁ
CAMARA MUNICIPAL DE CAMPO MAGRO

Data: 02/03/2022
Nº da Liquidação: 50/22
Ordinário
Processo :

Nota de Liquidação

CAMARA MUNICIPAL DE CAMPO MAGRO
C.N.P.J.: 01.645.691/0001-43
Município: CAMPO MAGRO

Órgão: 01 - LEGISLATIVO
Unidade: 01.01 - CAMARA MUNICIPAL
Funcional: 01.031.1001 - Ações Legislativas
Projeto/Atividade: 1.013 - Manutenção das Atividades do Legislativo
Elemento: 3.3.90.39.50.99.00.00.0001 - DEMAIS DESPESAS COM SERVIÇO MÉDICO-HOSPITALAR, ODO
Cód. Detalham.: 0 - Sem detalhamento das destinações de recursos
Código reduzido: 000013
Nº Docto. Fiscal: 16321743
Tipo Docto. Fiscal: Nota Fiscal

Número do empenho :	46/22	Liquidações Anteriores:	0,00
Valor do empenho :	3.845,54	Valor da liquidação:	3.845,54
Valor Anulado:	0,00	Valor Anulado:	0,00
Total (A):	3.845,54	Total (B):	3.845,54
		Saldo (A - B):	0,00

Credor: 504 UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS
Endereço: Avenida AFFONSO PENNA, 297 Cidade: Curitiba
C.N.P.J.: 75-055-772/0001-20 Inscr.Est./Ident.Prof.: UF: PR

Especificação: 1

PELA DESPESA EMPENHADA PARA PAGAMENTO DE MENSALIDADE PLANO DE SAÚDE.

Fonte de recursos: Ordinário Total geral : 3.845,54

Liquidação:
Fica liquidada a importância de 3.845,54 (três mil oitocentos e quarenta e cinco reais e cinquenta e quatro centavos)

Fundamento legal : Data :

Modal. licitação : Dispensa de Licitação p/ Compras e Serviços Número : Data :
Contrato : Data :

Declaro para os devidos fins que o (material/serviço) foi (fornecido/prestado) _____ Data : 02/03/2022
Responsável


REINALDO NOEL RUY
CONTADOR


JOSNEI DE JESUS ROSA
PRESIDENTE

PARANÁ**CAMARA MUNICIPAL DE CAMPO MAGRO**

Ordem de Pagamento

CAMARA MUNICIPAL DE CAMPO MAGRO

C.N.P.J.: 01.645.691/0001-43

Município: CAMPO MAGRO

Data: 10/03/2022

N. da Ordem : 51/22

Total

Processo :

Nº AF/Ano:

Vencimento : 01/03/2022

Órgão:	01	- LEGISLATIVO
Unidade:	01.01	- CAMARA MUNICIPAL
Funcional:	01.031.1001	- Ações Legislativas
Projeto/Atividade:	1.013	- Manutenção das Atividades do Legislativo
Elemento:	3.3.90.39.50.99.00.00.0001	- DEMAIS DESPESAS COM SERVIÇO MÉDICO-HOSPITALAR, ODO
Cód. Detalham.:	0	- Recursos Livres
Recurso:	0001	- Recursos Livres

Número do empenho :	46	Pagamentos anteriores :	0,00
Valor do empenho :	3.845,54	Valor da ordem :	3.845,54
Valor anulado :	0,00	Valor Anulado:	0,00
Total (A) :	3.845,54	Total (B) :	3.845,54
		Saldo (A - B) :	0,00

Credor: **504 UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS**
 Endereço: Avenida AFFONSO PENNA, 297 Cidade: Curitiba UF: PR
 C.N.P.J.: 75.055.772/0001-20 Inscr.Est./Ident.Prof.:
 Banco: Agência: Conta Corrente:

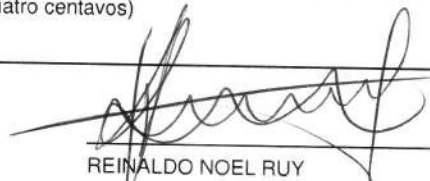
Especificação:

PELA DESPESA EMPENHADA PARA PAGAMENTO DE MENSALIDADE PLANO DE SAÚDE.

Fonte de recursos : Ordinário	Total geral :	3.845,54
-------------------------------	---------------	----------

Fica autorizado o pagamento de 3.845,54 (três mil oitocentos e quarenta e cinco reais e cinquenta e quatro centavos)

Contabilização : Esta O.P. foi devidamente processada no Depto de Contabilidade em 10/03/2022.


 REINALDO NOEL RUY
 CONTADOR

Descontos:

Total de descontos:	0,00	Liquido a pagar :	3.845,54
---------------------	------	-------------------	----------

Recursos:	Conta Banco	Núm.Docto.	Valor
	49701 CONTA MOVIMENTO - 7-3	69363671	3.845,54

Ordem de pagamento : Em 10/03/2022 pague-se a importância acima processada


 JOSNEI DE JESUS ROSA
 PRESIDENTE

Recibo : Em 10/03/2022 recebi (emos) a importância acima processada

Credor

Certifico haver pago a importância acima.


 ARATRÓN BEENO ERDEMAN
 CONTROLE INTERNO



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

RPS nº. 16223314, Série: A, emitido em 02/03/2022, conversão em 03/03/2022

Número da Nota
16321743
Data e Hora de Emissão
02/03/2022 00:00:00
Código de Verificação
7OJV610I

PRESTADOR DE SERVIÇOS



Razão Social: UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS
CPF / CNPJ: 75.055.772/0001-20 **Inscrição Municipal:** 04 22 0223930-3
Endereço: AFFONSO PENNA, 000297 - BAIRRO: TARUMÁ - CEP: 82530280
Município: CURITIBA **UF:** PR **Email:** fernanda.luz@unimedcuritiba.com.br

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: CAMPO MAGRO CAMARA MUNICIPAL
CPF / CNPJ: 01.645.691/0001-43 **IMU:** **Outro Doc.:**
Endereço: RUA SILVESTRE JAREK, s/n - COMPLEMENTO: SN - BAIRRO: CENTRO - CEP: 83535000
Município: Campo Magro **UF:** PR **Email:** CAMARAMUNICIPALDECAMPOMAGRO@GMAIL.COM

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

MENSALIDADE - AMBULATORIAL+HOSPITALAR C/OBSTETRICIA R\$ 5.913,78
PARTICIPACAO FINANCEIRA EVENTOS COOPERADOS LOCAL R\$ 138,38
PARTICIPACAO FINANCEIRA EVENTOS REDE CREDENCIADA R\$ 85,32

Dedução Base Cálculo do ISS, conforme Processo nº 01-141282/2010 da Prefeitura Municipal de Curitiba
Lei 12741/12 - Tributos Federais: 0,90% e Tributos Municipais 0,42
Base cálculo IRRF (Lei 8541/92, Lei 8981/95 art 64) - Cód DIRF 3280 - R\$ 138,38

Valor Líquido da Nota Fiscal = R\$ 6.137,48

Declaramos que recebemos
os materiais e/ou serviços
constantes neste documento.

COMISSÃO DE RECEBIMENTO DE BENS

VALOR TOTAL DA NOTA - R\$6.137,48

Código da Atividade

04 - 23 - Outros planos de saúde que se cumpram através de serviços de terceiros contratados, credenciados, cooperados ou apenas pagos pelo operador do plano mediante indicação do beneficiário

Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito p/ Abatimento do IPTU
4.148,32	1.989,16	4,00	79,56	0,00

OUTRAS INFORMAÇÕES

Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei 73/2009.

::Comprovantes



Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Comprovante de Pagamento de Boleto via GovConta Caixa

Representação Numérica do Código de Barras:	03399.51774 79010.001182 28369.901013 1 89350000613748
Banco Emissor ou Destinatário:	BANCO SANTANDER S.A.
Nome do Beneficiário Original	UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVAD
CPF/CNPJ Beneficiário Original	75.055.772/0001-20
Nome Fantasia:	UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVAD
Nome do Sacador/Avalista:	
CPF/CNPJ Pagadorr Avalista:	
Nome do Pagador Final:	CAMPO MAGRO CAMARA MUNICIPAL
CPF/CNPJ Pagador Final:	01.645.691/0001-43
Nome do Pagador:	CAMPO MAGRO CAMARA MUNICIPAL
CPF/CNPJ Pagador:	01.645.691/0001-43
Beneficiário Final:	
CPF/CNPJ Beneficiário Final:	
Conta de Débito:	4538/006/00000007-3
Data do Vencimento:	25/03/2022
Data de Débito:	10/03/2022
Parcelas Pagas:	001
Total de Parcelas:	000
Valor Nominal(R\$):	6.137,48
Valor dos Juros (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
IOF:	0,00
Multa:	0,00
Desconto:	0,00
Abatimento:	0,00
Valor Calculado:	6.137,48
Valor Pago:	6.137,48
Data/Hora da Operação:	10/03/2022-11:52
Código da Operação:	0069363671
Chave de Segurança:	PTGWNLE4RH6T2GRH
CPFs que já Autorizaram:	027.136.079-81 014.468.179-03



Recibo do Pagador

Beneficiário UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS CNPJ: 75.055.772/0001-20		Agência/Código Beneficiário 3972-517779-0	Vencimento 25/03/2022
Pagador CAMPO MAGRO CAMARA MUNICIPAL		Número do Documento 44036733	Nosso Número 100011828369-9
Espécie R\$	Quantidade	(x) Valor 6.137,48	(=) Valor do Documento 6.137,48
		(+) Outros Acréscimos	(-) Desconto
		(=) Valor Cobrado	
Demonstrativo: Competência: 03/2022 Prezado cliente, Informamos que o valor final do boleto abaixo apresentado é apenas uma estimativa do valor final a ser pago. O cálculo real será realizado pela instituição bancária no momento do efetivo pagamento.			

Autenticação Mecânica

Corte Aqui



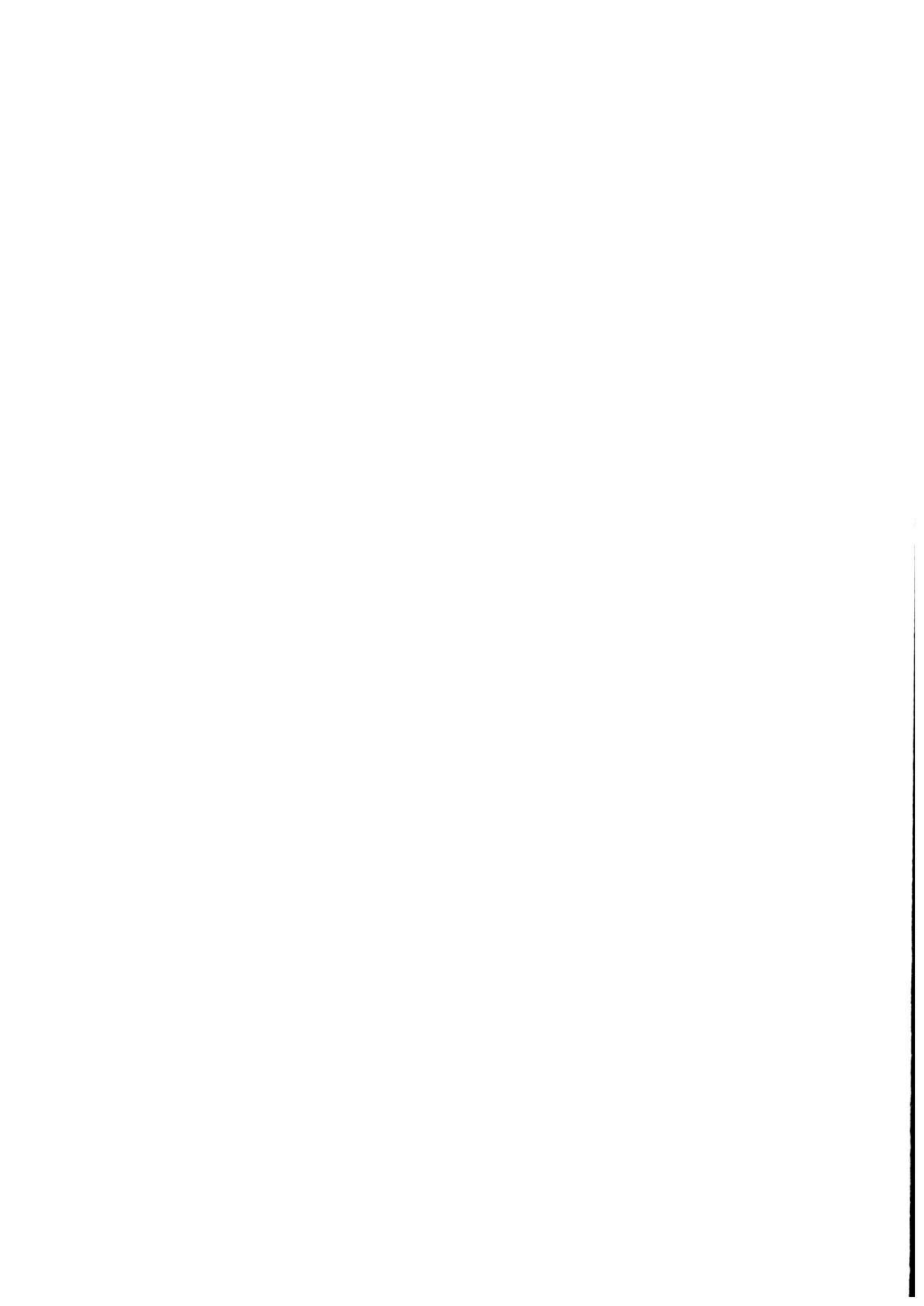
|033-7|

03399.51774 79010.001182 28369.901013 1 89350000613748

Local de Pagamento Até o vencimento pagável em qualquer banco do sistema de compensação					Vencimento 25/03/2022
Beneficiário UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS CNPJ: 75.055.772/0001-20					Agência/Código Beneficiário 3972-517779-0
Data Documento 02/03/2022	Número do Documento 44036733	Espécie Doc. RC	Aceite N	Data Processamento 09/03/2022	Nosso Número 100011828369-9
	Carteira 101-Rápida c/Registro	Espécie R\$	Quantidade	(x) Valor	(=) Valor do Documento 6.137,48
Instruções (texto de responsabilidade do beneficiário) APÓS O VENCIMENTO COBRAR MULTA DE 2% E JUROS DE 0,0333% AO DIA MENSALIDADE VENCIDA GERA SUSPENSÃO DO ATENDIMENTO E FICANDO A PENDÊNCIA FINANCEIRA SUJEITA A INCLUSÃO NO SERASA O PAGAMENTO DESTE TÍTULO NÃO QUITA MENSALIDADES ANTERIORES.					(-) Desconto
Não receber após dia 25/03/2022					(+) Mora/Multa
Pagador CAMPO MAGRO CAMARA MUNICIPAL RUA SILVESTRE JAREK, 120 CENTRO CAMPO MAGRO PR 83535-000					(+) Outros Acréscimos
Sacador/Avalista					(=) Valor Cobrado
					CNPJ: 01.645.691/0001-43
					Ficha de Compensação

Autenticação Mecânica

Corte Aqui





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: UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS
CNPJ: 75.055.772/0001-20

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.

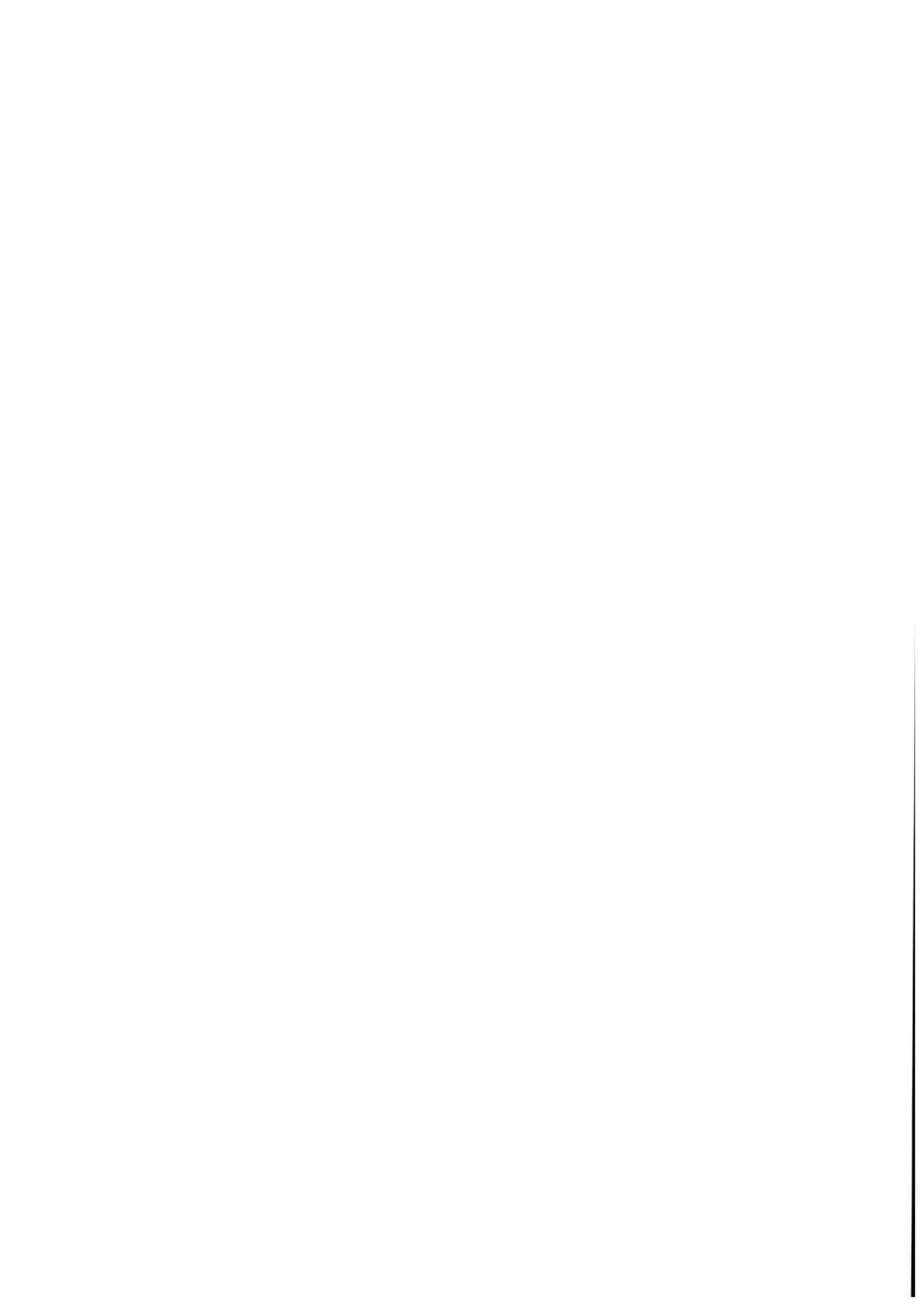
Conforme disposto nos arts. 205 e 206 do CTN, este documento tem os mesmos efeitos da certidão negativa.

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 20:52:26 do dia 09/03/2022 <hora e data de Brasília>.
Válida até 05/09/2022.

Código de controle da certidão: **B856.25E4.2AFB.7C6D**
Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.





PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO

CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS TRABALHISTAS

Nome: UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS (MATRIZ E FILIAIS)
CNPJ: 75.055.772/0001-20
Certidão nº: 8007375/2022
Expedição: 10/03/2022, às 10:25:38
Validade: 06/09/2022 - 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de sua expedição.

Certifica-se que **UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS (MATRIZ E FILIAIS)**, inscrito(a) no CNPJ sob o nº **75.055.772/0001-20**, **NÃO CONSTA** como inadimplente no Banco Nacional de Devedores Trabalhistas.

Certidão emitida com base nos arts. 642-A e 883-A da Consolidação das Leis do Trabalho, acrescentados pelas Leis ns.º 12.440/2011 e 13.467/2017, e no Ato 01/2022 da CGJT, de 21 de janeiro de 2022. Os dados constantes desta Certidão são de responsabilidade dos Tribunais do Trabalho.

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, Comissão de Conciliação Prévia ou demais títulos que, por disposição legal, contiver força executiva.

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

Certificado de Regularidade do FGTS - CRF

Inscrição: 75.055.772/0001-20
Razão Social: SOC COOP DE SERV MED E HOSP DE CTBA LTDA UNIMED CBA MED
Endereço: AV AFFONSO PENNA 297 / TARUMA / CURITIBA / PR / 82530-280

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: 03/03/2022 a 01/04/2022

Certificação Número: 2022030301122220274563

Informação obtida em 10/03/2022 10:26:36

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

IMPRIMIR **FECHAR**

Operação realizada com sucesso.



DEMONSTRATIVO DE FATURAMENTO
CAMPO MAGRO CAMARA MUNICIPAL

Endereço: RUA SILVESTRE JAREK, 120
Bairro: CENTRO
CEP: 83535-000 - CAMPO MAGRO - (PR)
Tel1: (41) 3677-1253 Tel2: () - Tel. Cel.: () -

Competência: 03/2022
CNPJ: 01.645.691/0001-43

Pág:1

FATURAS					RPS: 16223314	DOCUMENTO: 44036733
---------	--	--	--	--	---------------	---------------------

Fatura	Emissão	Vencimento	Valor Bruto	Observação	Lotação
219720259	02/03/2022	25/03/2022	6.137,48	GRUPO FAMILIAR 139251.2 MÊS 3/2022	0

Total de Faturas:	6.137,48
RESUMO DO FATURAMENTO	Valor
Acerto de Mensalidade	-734,97
Mensalidade	6.648,75
Participação Financeira	223,70
Total do Faturamento:	6.137,48

Contrato: 139251	Contratante: CAMPO MAGRO CAMARA MUNICIPAL	Plano: 115
Lotação: 0 - CAMPO MAGRO CAMARA MUNICIPAL		

Família: 13	Responsável: ANA PAULA APARECIDA SCHUSTER	Matrícula Funcional: 252
-------------	---	--------------------------

BENEFICIÁRIO: 0032000008390079	Nome: ANA PAULA APARECIDA SCHUSTER						
Módulo							
NR PJ FLEX AMB HOSP ENF OBST COPARTICIPACAO 1							
Dias	D/T	Idade	Parcela	Valor.Insc.	Vi.Mensalidade	Mudou.Fx.	Inclusão
31	T	32	5	0	288,90	NÃO	NÃO
Total Módulos:				0,00	288,90		

Mensalidade :	288,90	Inscrição :	0,00	Eventos :	0,00	Acerto Mens.:	0,00	Mov. Acerto :	0,00
Total Família:	288,90								

Família: 3	Responsável: ARATRON BEENO ERDEMAN	Matrícula Funcional:
------------	------------------------------------	----------------------

BENEFICIÁRIO: 0032000008390043	Nome: ARATRON BEENO ERDEMAN						
Módulo							
NR PJ FLEX AMB HOSP ENF OBST COPARTICIPACAO 1							
Dias	D/T	Idade	Parcela	Valor.Insc.	Vi.Mensalidade	Mudou.Fx.	Inclusão
31	T	45	5	0	485,61	NÃO	NÃO
Total Módulos:				0,00	485,61		

Mensalidade :	485,61	Inscrição :	0,00	Eventos :	0,00	Acerto Mens.:	0,00	Mov. Acerto :	0,00
Total Família:	485,61								

Família: 18	Responsável: ATILA PINHEIRO MACHADO	Matrícula Funcional: 255
-------------	-------------------------------------	--------------------------

BENEFICIÁRIO: 0032000008391316	Nome: ATILA PINHEIRO MACHADO						
Módulo							
NR PJ FLEX AMB HOSP ENF OBST COPARTICIPACAO 1							
Dias	D/T	Idade	Parcela	Valor.Insc.	Vi.Mensalidade	Mudou.Fx.	Inclusão
	T	0	4	0	0,00	NÃO	NÃO
Total Módulos:				0,00	0,00		

BENEFICIÁRIO: 0032000008391317	Nome: MARIA CLARA PINHEIRO NOLL						
Módulo							
NR PJ FLEX AMB HOSP ENF OBST COPARTICIPACAO 1							
Dias	D/T	Idade	Parcela	Valor.Insc.	Vi.Mensalidade	Mudou.Fx.	Inclusão
	D	0	4	0	0,00	NÃO	NÃO
Total Módulos:				0,00	0,00		

BENEFICIÁRIO: 0032000008391318	Nome: RENATA APARECIDADE NOLL GONCALVES						
Módulo							
NR PJ FLEX AMB HOSP ENF OBST COPARTICIPACAO 1							
Dias	D/T	Idade	Parcela	Valor.Insc.	Vi.Mensalidade	Mudou.Fx.	Inclusão
	D	0	4	0	0,00	NÃO	NÃO
Total Módulos:				0,00	0,00		

Eventos											
Descrição	Evento	Grau	Guia	Executor	Data	Qtd.	VE	UI	TX	Valor Total	INSS Base
CONSULTA EM CONSULTÓRIO (NO	1.01.01012	CON	946785	MARCELO DE OLIVEIRA MENDES	01/02/2022	1,00			N	21,00	21,00
Total Eventos:										21,00	21,00

Mensalidade :	0,00	Inscrição :	0,00	Eventos :	21,00	Acerto Mens.:	-734,97	Mov. Acerto :	0,00
Total Família:	-713,97								

Família: 11	Responsável: BRUNA VIDAL CARDOZO	Matrícula Funcional: 247
-------------	----------------------------------	--------------------------

BENEFICIÁRIO: 0032000008390073	Nome: BRUNA VIDAL CARDOZO						
Módulo							
NR PJ FLEX AMB HOSP ENF OBST COPARTICIPACAO 1							
Dias	D/T	Idade	Parcela	Valor.Insc.	Vi.Mensalidade	Mudou.Fx.	Inclusão
31	T	30	5	0	288,90	NÃO	NÃO
Total Módulos:				0,00	288,90		

Mensalidade :	288,90	Inscrição :	0,00	Eventos :	0,00	Acerto Mens.:	0,00	Mov. Acerto :	0,00
Total Família:	288,90								

Família: 2	Responsável: CINTIA KUDLAWIEC CASPREK	Matrícula Funcional:
------------	---------------------------------------	----------------------

BENEFICIÁRIO: 003200008390040 Nome: CINTIA KUDLAWIEC CASPREK

Módulo

NR PJ FLEX AMB HOSP ENF OBST COPARTICIPACAO 1

Dias	D/T	Idade	Parcela	Valor.Insc.	Vi.Mensalidade	Mudou.Fx.	Inclusão
31	T	42	5	0	348,27	NÃO	NÃO
Total Módulos:				0,00	348,27		

BENEFICIÁRIO: 003200008390042

Nome: HELLEN VITORIA CASPREK

Módulo

NR PJ FLEX AMB HOSP ENF OBST COPARTICIPACAO 1

Dias	D/T	Idade	Parcela	Valor.Insc.	Vi.Mensalidade	Mudou.Fx.	Inclusão
31	D	7	5	0	184,40	NÃO	NÃO
Total Módulos:				0,00	184,40		

BENEFICIÁRIO: 003200008390041

Nome: HENRIQUE CASPREK

Módulo

NR PJ FLEX AMB HOSP ENF OBST COPARTICIPACAO 1

Dias	D/T	Idade	Parcela	Valor.Insc.	Vi.Mensalidade	Mudou.Fx.	Inclusão
31	D	12	5	0	184,40	NÃO	NÃO
Total Módulos:				0,00	184,40		

Mensalidade : 717,07 Inscrição : 0,00 Eventos : 0,00 Acerto Mens.: 0,00 Mov. Acerto : 0,00
Total Família: 717,07

Família: 9

Responsável: ELAINE CRISTINA DA SILVA

Matrícula Funcional: 106

BENEFICIÁRIO: 003200008390064

Nome: ELAINE CRISTINA DA SILVA

Módulo

NR PJ FLEX AMB HOSP ENF OBST COPARTICIPACAO 1

Dias	D/T	Idade	Parcela	Valor.Insc.	Vi.Mensalidade	Mudou.Fx.	Inclusão
31	T	39	5	0	348,27	NÃO	NÃO
Total Módulos:				0,00	348,27		

Eventos

Descrição	Evento	Grau	Guia	Executor	Data	Qtd.	VE	UI	TX	Valor Total	INSS Base
CONSULTA EM CONSULTÓRIO (NO	1.01.01012	CON	1455199	FELICIO JOAO PALUDO	14/02/2022	1,00			N	21,00	21,00
ÁCIDO ÚRICO - PESQUISA E/OU	4.03.01150	EXA	1681615	UNIMED CURITIBA PARTICIPACOES S/A	19/02/2022	1,00			N	0,57	0,00
CREATININA - PESQUISA E/OU	4.03.01630	EXA	1681615	UNIMED CURITIBA PARTICIPACOES S/A	19/02/2022	1,00			N	0,57	0,00
GAMA-GLUTAMIL TRANSFERASE -	4.03.01990	EXA	1681615	UNIMED CURITIBA PARTICIPACOES S/A	19/02/2022	1,00			N	0,81	0,00
GLICOSE - PESQUISA E/OU DOSAGEM	4.03.02040	EXA	1681615	UNIMED CURITIBA PARTICIPACOES S/A	19/02/2022	1,00			N	0,57	0,00
HEMOGLOBINA GLICADA (FRAÇÃO A1C)	4.03.02733	EXA	1681615	UNIMED CURITIBA PARTICIPACOES S/A	19/02/2022	1,00			N	1,82	0,00
HEMOGRAMA COM CONTAGEM DE	4.03.04361	EXA	1681615	UNIMED CURITIBA PARTICIPACOES S/A	19/02/2022	1,00			N	1,22	0,00
PERFIL LIPÍDICO / LIPIDOGRAMA	4.03.02750	EXA	1681615	UNIMED CURITIBA PARTICIPACOES S/A	19/02/2022	1,00			N	2,84	0,00
POTÁSSIO - PESQUISA E/OU DOSAGEM	4.03.02318	EXA	1681615	UNIMED CURITIBA PARTICIPACOES S/A	19/02/2022	1,00			N	0,57	0,00
PROTEÍNA C REATIVA, QUANTITATIVA -	4.03.08391	EXA	1681615	UNIMED CURITIBA PARTICIPACOES S/A	19/02/2022	1,00			N	2,86	0,00
TIREOSTIMULANTE, HORMÔNIO (TSH)	4.03.16521	EXA	1681615	UNIMED CURITIBA PARTICIPACOES S/A	19/02/2022	1,00			N	3,45	0,00
TRANSAMINASE OXALACÉTICA (AMINO	4.03.02504	EXA	1681615	UNIMED CURITIBA PARTICIPACOES S/A	19/02/2022	1,00			N	0,57	0,00
TRANSAMINASE PIRÚVICA (AMINO	4.03.02512	EXA	1681615	UNIMED CURITIBA PARTICIPACOES S/A	19/02/2022	1,00			N	0,57	0,00
URÉIA - PESQUISA E/OU DOSAGEM	4.03.02580	EXA	1681615	UNIMED CURITIBA PARTICIPACOES S/A	19/02/2022	1,00			N	0,57	0,00
VITAMINA D 25 HIDROXI, PESQUISA E/OU	4.03.02830	EXA	1681615	UNIMED CURITIBA PARTICIPACOES S/A	19/02/2022	1,00			N	4,01	0,00

Total Eventos:

42,00 21,00

BENEFICIÁRIO: 003200008390066

Nome: MATHEUS SILVA FEDORIW

Módulo

NR PJ FLEX AMB HOSP ENF OBST COPARTICIPACAO 1

Dias	D/T	Idade	Parcela	Valor.Insc.	Vi.Mensalidade	Mudou.Fx.	Inclusão
31	D	15	5	0	184,40	NÃO	NÃO
Total Módulos:				0,00	184,40		

BENEFICIÁRIO: 003200008390065

Nome: YASMIN DA SILVA FEDORIW

Módulo

NR PJ FLEX AMB HOSP ENF OBST COPARTICIPACAO 1

Dias	D/T	Idade	Parcela	Valor.Insc.	Vi.Mensalidade	Mudou.Fx.	Inclusão
31	D	9	5	0	184,40	NÃO	NÃO
Total Módulos:				0,00	184,40		

Eventos

Descrição	Evento	Grau	Guia	Executor	Data	Qtd.	VE	UI	TX	Valor Total	INSS Base
FONOAUDIOLOGIA TERAPIAS	5.00.00441	TER	659541	CLINICA DE REABILITACAO VITORIA LTDA	24/01/2022	1,00			N	15,01	0,00
PSICOLOGIA TERAPIAS PEDIATRICAS	5.00.00439	TER	659535	CLINICA DE REABILITACAO VITORIA LTDA	24/01/2022	1,00			N	17,15	0,00
FONOAUDIOLOGIA TERAPIAS	5.00.00441	TER	889193	CLINICA DE REABILITACAO VITORIA LTDA	31/01/2022	1,00			N	15,01	0,00
PSICOLOGIA TERAPIAS PEDIATRICAS	5.00.00439	TER	889185	CLINICA DE REABILITACAO VITORIA LTDA	31/01/2022	1,00			N	17,15	0,00

Total Eventos:

64,32 0,00

Mensalidade : 717,07 Inscrição : 0,00 Eventos : 106,32 Acerto Mens.: 0,00 Mov. Acerto : 0,00
Total Família: 823,39

Família: 12

Responsável: EMERSON CESAR FALCAO DE LARA

Matrícula Funcional: 239

BENEFICIÁRIO: 003200008390078

Nome: EMERSON CESAR FALCAO DE LARA

Módulo

NR PJ FLEX AMB HOSP ENF OBST COPARTICIPACAO 1

Dias	D/T	Idade	Parcela	Valor.Insc.	Vi.Mensalidade	Mudou.Fx.	Inclusão
31	T	30	5	0	288,90	NÃO	NÃO
Total Módulos:				0,00	288,90		

Mensalidade : 288,90

Inscrição : 0,00

Eventos : 0,00

Acerto Mens.: 0,00

Mov. Acerto : 0,00

Total Família: 288,90

Família: 10

Responsável: JENIFFER KAROLINE ALVES DA MAIA

Matrícula Funcional:

BENEFICIÁRIO: 003200008390068

Nome: JENIFFER KAROLINE ALVES DA MAIA

Módulo

NR PJ FLEX AMB HOSP ENF OBST COPARTICIPACAO 1

Dias	D/T	Idade	Parcela	Valor.Insc.	Vi.Mensalidade	Mudou.Fx.	Inclusão
31	T	21	5	0	211,84	NÃO	NÃO
Total Módulos:				0,00	211,84		

BENEFICIÁRIO: 003200008390069

Nome: LARISSA DA MAIA DE PAULA

Módulo

NR PJ FLEX AMB HOSP ENF OBST COPARTICIPACAO 1

Dias	D/T	Idade	Parcela	Valor.Insc.	Vi.Mensalidade	Mudou.Fx.	Inclusão
31	D	6	5	0	184,40	NÃO	NÃO
Total Módulos:				0,00	184,40		

Mensalidade :	396,24	Inscrição :	0,00	Eventos :	0,00	Acerto Mens.:	0,00	Mov. Acerto :	0,00
Total Família:	396,24								

Família: 6 Responsável: LUCAS FELIPE ALVES DE ANDRADE Matrícula Funcional:

BENEFICIÁRIO: 0032000008390059 Nome: LUCAS FELIPE ALVES DE ANDRADE

Módulo
NR PJ FLEX AMB HOSP ENF OBST COPARTICIPACAO 1

Dias	D/T	Idade	Parcela	Valor.Insc.	Vi.Mensalidade	Mudou.Fx.	Inclusão
31	T	26	5	0	222,44	NÃO	NÃO
Total Módulos:				0,00	222,44		

Mensalidade :	222,44	Inscrição :	0,00	Eventos :	0,00	Acerto Mens.:	0,00	Mov. Acerto :	0,00
Total Família:	222,44								

Família: 8 Responsável: LUIZ FERNANDO ALVES DA SILVA Matrícula Funcional:

BENEFICIÁRIO: 0032000008390062 Nome: LUIZ FERNANDO ALVES DA SILVA

Módulo
NR PJ FLEX AMB HOSP ENF OBST COPARTICIPACAO 1

Dias	D/T	Idade	Parcela	Valor.Insc.	Vi.Mensalidade	Mudou.Fx.	Inclusão
31	T	35	5	0	303,35	NÃO	NÃO
Total Módulos:				0,00	303,35		

Eventos

Descrição	Evento	Grau	Guia	Executor	Data	Qtd.	VE	UI	TX	Valor Total	INSS Base
POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL -	4.13.01307	EXA	1706067	CARLOS AUGUSTO MOREIRA NETO	25/01/2022	2,00			N	6,52	6,52
RETINOGRÁFIA (SÓ HONORÁRIO)	4.13.01315	EXA	1706067	CARLOS AUGUSTO MOREIRA NETO	25/01/2022	2,00			N	10,53	10,53
Total Eventos:										17,05	17,05

Mensalidade :	303,35	Inscrição :	0,00	Eventos :	17,05	Acerto Mens.:	0,00	Mov. Acerto :	0,00
Total Família:	320,40								

Família: 4 Responsável: OZIEL ALVES DA LUZ Matrícula Funcional:

BENEFICIÁRIO: 0032000008390047 Nome: OZIEL ALVES DA LUZ

Módulo
NR PJ FLEX AMB HOSP ENF OBST COPARTICIPACAO 1

Dias	D/T	Idade	Parcela	Valor.Insc.	Vi.Mensalidade	Mudou.Fx.	Inclusão
31	T	38	5	0	303,35	NÃO	NÃO
Total Módulos:				0,00	303,35		

Mensalidade :	303,35	Inscrição :	0,00	Eventos :	0,00	Acerto Mens.:	0,00	Mov. Acerto :	0,00
Total Família:	303,35								

Família: 5 Responsável: REINALDO NOEL RUY Matrícula Funcional:

BENEFICIÁRIO: 0032000008390054 Nome: MARIA FERNANDA CAROBA RUY

Módulo
NR PJ FLEX AMB HOSP ENF OBST COPARTICIPACAO 1

Dias	D/T	Idade	Parcela	Valor.Insc.	Vi.Mensalidade	Mudou.Fx.	Inclusão
31	D	19	5	0	211,84	NÃO	NÃO
Total Módulos:				0,00	211,84		

BENEFICIÁRIO: 0032000008390052 Nome: REINALDO NOEL RUY

Módulo
NR PJ FLEX AMB HOSP ENF OBST COPARTICIPACAO 1

Dias	D/T	Idade	Parcela	Valor.Insc.	Vi.Mensalidade	Mudou.Fx.	Inclusão
31	T	47	5	0	485,61	NÃO	NÃO
Total Módulos:				0,00	485,61		

BENEFICIÁRIO: 0032000008390055 Nome: VANILDA CAROBA DA SILVA RUY

Módulo
NR PJ FLEX AMB HOSP ENF OBST COPARTICIPACAO 1

Dias	D/T	Idade	Parcela	Valor.Insc.	Vi.Mensalidade	Mudou.Fx.	Inclusão
31	D	46	5	0	485,61	NÃO	NÃO
Total Módulos:				0,00	485,61		

BENEFICIÁRIO: 0032000008390053 Nome: YARA APARECIDA CAROBA RUY

Módulo
NR PJ FLEX AMB HOSP ENF OBST COPARTICIPACAO 1

Dias	D/T	Idade	Parcela	Valor.Insc.	Vi.Mensalidade	Mudou.Fx.	Inclusão
31	D	27	5	0	222,44	NÃO	NÃO
Total Módulos:				0,00	222,44		

Mensalidade :	1.405,50	Inscrição :	0,00	Eventos :	0,00	Acerto Mens.:	0,00	Mov. Acerto :	0,00
Total Família:	1.405,50								

Família: 1 Responsável: ROBERTO DE PAULA Matrícula Funcional:

BENEFICIÁRIO: 0032000008390037 Nome: ROBERTO DE PAULA

Módulo
NR PJ FLEX AMB HOSP ENF OBST COPARTICIPACAO 1

Dias	D/T	Idade	Parcela	Valor.Insc.	Vi.Mensalidade	Mudou.Fx.	Inclusão
31	T	50	5	0	615,71	NÃO	NÃO
Total Módulos:				0,00	615,71		

Eventos

Descrição	Evento	Grau	Guia	Executor	Data	Qtd.	VE	UI	TX	Valor Total	INSS Base
PACOTE TESTES CUTANEOS DE	0.00.00050	PAC	836225	FELIPE CARLOS STEINER	12/01/2022	1,00			N	12,00	12,00
TESTE CUTÂNEO-ALÉRGICOS EPITELIS	4.14.01530	EXA	836225	FELIPE CARLOS STEINER	12/01/2022	1,00			N	5,40	5,40
TESTE DA HISTAMINA (DUAS ÁREAS	4.14.01085	EXA	836225	FELIPE CARLOS STEINER	12/01/2022	1,00			N	3,44	3,44
TESTES CUTÂNEO-ALÉRGICOS PARA	4.14.01360	EXA	836225	FELIPE CARLOS STEINER	12/01/2022	1,00			N	5,40	5,40
TESTES CUTÂNEO-ALÉRGICOS PARA	4.14.01379	EXA	836225	FELIPE CARLOS STEINER	12/01/2022	1,00			N	5,40	5,40
TESTES CUTÂNEO-ALÉRGICOS PARA	4.14.01387	EXA	836225	FELIPE CARLOS STEINER	12/01/2022	1,00			N	5,40	5,40
TESTES CUTÂNEO-ALÉRGICOS PARA	4.14.01395	EXA	836225	FELIPE CARLOS STEINER	12/01/2022	1,00			N	5,40	5,40
TESTES CUTÂNEO-ALÉRGICOS PARA	4.14.01409	EXA	836225	FELIPE CARLOS STEINER	12/01/2022	1,00			N	5,40	5,40
VÍDEO-ENDOSCOPIA NASO-SINUSAL	4.02.01210	EXA	836224	FELIPE CARLOS STEINER	12/01/2022	1,00			N	31,49	31,49
Total Eventos:										79,33	79,33

Mensalidade : 615,71	Inscrição : 0,00	Eventos : 79,33	Acerto Mens.: 0,00	Mov. Acerto : 0,00
Total Família: 695,04				

Família: 7 Responsável: ROSEMARY APARECIDA DA SILVA Matrícula Funcional: 0012017

BENEFICIÁRIO: 0032000008390060 Nome: ROSEMARY APARECIDA DA SILVA

Módulo	Dias	D/T	Idade	Parcela	Valor.Insc.	Vi.Mensalidade	Mudou.Fx.	Inclusão
NR PJ FLEX AMB HOSP ENF OBST COPARTICIPACAO 1	31	T	53	5	0	615,71	NÃO	NÃO
Total Módulos:					0,00	615,71		

Mensalidade : 615,71	Inscrição : 0,00	Eventos : 0,00	Acerto Mens.: 0,00	Mov. Acerto : 0,00
Total Família: 615,71				

Resumo do Faturamento por Lotação

Dep/Tit	Nro. Insc.	Valor Inscrição	Valor Mensalidade	Qtde Benef
DEP	0	0,00	1.841,89	8
TIT	0	0,00	4.806,86	13
Total Lotação		Módulos : 6.648,75	Eventos : 223,70	

EVENTOS POR TIPO DE GRAU

Tipo Grau	Qtd.Eventos	Valor Total
Consulta	2	42,00
Exame	24	105,38
Pacote	1	12,00
Terapia	4	64,32
Total:		223,70

BENEFICIÁRIOS EXCLUIDOS NO PERÍODO ANTERIOR

Beneficiário	Nome	Excluído em
0032000008391316	ATILA PINHEIRO MACHADO	01/02/2022
0032000008391317	MARIA CLARA PINHEIRO NOLL	01/02/2022
0032000008391318	RENATA APARECIDADE NOLL GONCALVES	01/02/2022

BENEFICIÁRIOS COM ACERTO DE MENSALIDADE

Beneficiário	Nome	Valor	Descrição
3283913165	ATILA PINHEIRO MACHADO	-278,58	Beneficiário cancelado
3283913173	MARIA CLARA PINHEIRO NOLL	-177,81	Beneficiário cancelado
3283913181	RENATA APARECIDADE NOLL GONCALVES	-278,58	Beneficiário cancelado
Total:		-734,97	

UNIMED

mar/22

USUÁRIO

CÂMARA 80% SERVIDOR 20% DEPENDENTE TOTAL EVENTO: TOTAL

	ANA PAULA PARECID SCHUSTER	288,90			57,78			57,78		57,78
107	ARATRON BEENO ERDEMAN	485,61			97,12			97,12		97,12
107	ÁTILA PINHEIRO MACHADO							0,00	21,00	21,00
247	BRUNA VIDAL CARDOZO	288,90			57,78			57,78		57,78
105	CÍNTIA KUDLAWIEC CASPREK	348,27			69,65		368,80	438,45		438,45
106	ELAINE CRISTINA DA SILVA	348,27			69,65		368,80	438,45	106,32	544,77
	EMERSON CESAR FALCÃO DE LARA	288,90			57,78			57,78		57,78
242	JENIFFER KAROLINE ALVES DA MAIA	211,84			42,37		184,40	226,77		226,77
209	LUCAS FELIPE A DE ANDRADE	222,44			44,49			44,49		44,49
189	LUIZ FERNANDO ALVES DA SILVA	303,35			60,65			60,65	17,05	77,70
162	OZIEL ALVES DA LUZ	303,35			60,65			60,65		60,65
104	REINALDO NOEL RUY	485,61			97,12		919,89	1.017,01		1.017,01
108	ROBERTO DE PAULA	615,71			123,14			123,14	79,33	202,47
245	ROSEMARY AP. DA SILVA	615,71			123,14			123,14		123,14
		4.806,86			961,32		1.841,89	2.803,21	223,70	3.026,91
				3.845,54						

734,97

6.137,48



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: UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS
CNPJ: 75.055.772/0001-20

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>>.

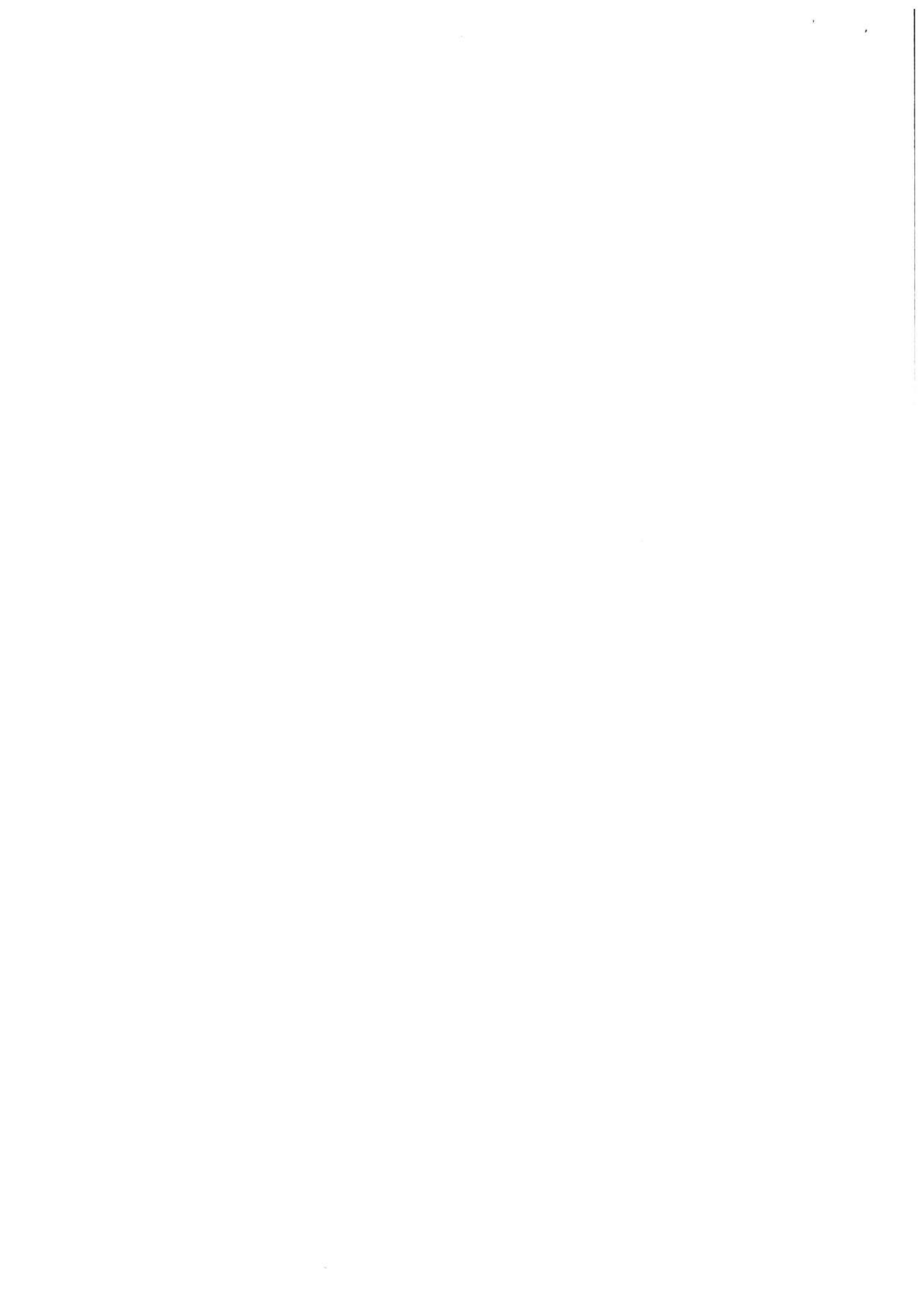
Certidão emitida gratuitamente com base na Portaria Conjunta RFB/PGFN nº 1.751, de 2/10/2014.

Emitida às 17:04:11 do dia 04/11/2021 <hora e data de Brasília>.

Válida até 03/05/2022.

Código de controle da certidão: **1048.40FA.CA04.4CE9**

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.



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

Certificado de Regularidade do FGTS - CRF

Inscrição: 75.055.772/0001-20
Razão Social: SOC COOP DE SERV MED E HOSP DE CTBA LTDA UNIMED CBA MED
Endereço: AV AFFONSO PENNA 297 / TARUMA / CURITIBA / PR / 82530-280

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: 24/01/2022 a 22/02/2022

Certificação Número: 2022012404054311859606

Informação obtida em 10/02/2022 10:23:47

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



PARANÁ**CAMARA MUNICIPAL DE CAMPO MAGRO**

Despesa Extra - Orçamentária

CAMARA MUNICIPAL DE CAMPO MAGRO

C.N.P.J.: 01.645.691/0001-43

Município: CAMPO MAGRO

Data: 10/03/2022

Número D. E.: 13/22

Processo:

Origem: 40153 - UNIMED

Órgão: -

Unidade: -

Fonte de Recursos: 0094 - consignação

Detalhamento: 000000 - Sem detalhamento das destinações de recursos

Recebimento inicial: 0,00

7.133,31

Pagamentos anteriores: 7.133,31

Valor da D. E.: 3.026,91

Valor Anulado: 0,00

Total (A): 7.133,31

Total (B): 10.160,22

Saldo (A - B): -3.026,91

Credor: 504 - UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS

Endereço: Avenida AFFONSO PENNA, 297

Cidade: Curitiba

UF: PR

C.N.P.J. 75.055.772/0001-20

Inscr.Est./Ident.Prof.:

Conta Bancária do Credor:

Especificação:

PAGAMENTO DE PLANO DE SAÚDE PARTE SERVIDORES

Recursos financeiros: Próprios

Liquidação:

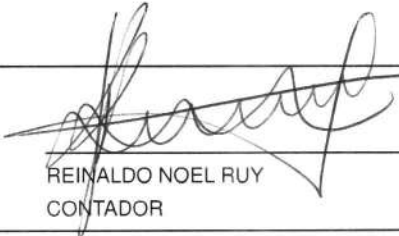
Declaro que o (Material/Serviço) foi (Fornecido/Prestado).

Responsável

Data: 10/03/2022

Fica autorizado o pagamento de 3.026,91 (três mil vinte e seis reais e noventa e um centavos)

Contabilização: Esta D.E. foi devidamente processada no Depto de Contabilidade em 10/03/2022.


REINALDO NOEL RUY
CONTADOR

Descontos:

Total de descontos:

0,00

Líquido a pagar:

3.026,91

Recursos:

Conta Banco

Num. Documento

Valor

49701 CONTA MOVIMENTO

69363671

3.026,91


Ordem de pagamento: Em 10/03/2022 pague-se a importância acima processada


JOSNEI DE JESUS ROSA
PRESIDENTE

Recibo: Em 10/03/2022 recebi(emos) a importância acima processada.

Credor

Certifico haver pago a importância acima.


ARATRON BEENO ERDEMAN
CONTROLE INTERNO

