

ILUSTRÍSSIMO SENHOR PRESIDENTE DO CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DE MARÍLIAREFERÊNCIA: **PRESTAÇÃO DE CONTAS**PROTÓCOLO
16/05/2021
Beto
NOME LEGAL

PROJETO AMOR DE CRIANÇA, vinculado à **ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE HOSPITAL UNIVERSITÁRIO** inscrita no CNPJ sob o nº 09.528.436/0001-22 e inscrita no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde - CNES sob o nº 5860490, organização social sem fins lucrativos certificada pelo CEBAS Saúde por meio da Portaria MS/ SAS nº 280 de 17/03/2016 e renovado pela Portaria MS/SAS nº 514 de 18/04/2019, com sede na Rua Dr. Próspero Cecílio Coimbra, nº 80, Bairro Jardim São Gabriel, nesta cidade de Marília,, vem à presença de Vossa Senhoria, expor e requerer o que se segue:

Em virtude do registro da associação civil sem fins lucrativos no Fundo Municipal da Criança e Adolescente de Marília (FUMCAD), na condição de doação dirigida por agentes econômicos em benefício do Projeto Amor de Criança, houve o repasse da quantia de R\$ 1.452,37 (um mil quatrocentos e cinquenta e dois reais e trinta e sete centavos), no dia 18 de dezembro de 2020.

Com efeito, o **Projeto Amor de Criança e adolescente com diagnóstico de paralisia cerebral** que hoje atende 270 famílias, de maneira que, com um esquema de prioridades e atendimento individual, ele projeto tem procurado diminuir as carências de cada criança e adolescente, de tal modo que, visa-se promover a recuperação física, com a conseqüente melhoria na qualidade de vida dessas pessoas.

A utilização da quantia repassada pelo Fundo Municipal da Criança e Adolescente de Marília (FUMCAD), foi destinada a compra de órteses e próteses, **conforme faz planilha a seguir:**

DEMONSTRATIVO DE GASTOS			
NF	FORNECEDOR	DESCRIÇÃO	VALOR
273	B. F. ANTENOR ORTOPEDICOS ME	AFO FIXA	R\$ 930,00
274	B. F. ANTENOR ORTOPEDICOS ME	AFO FIXA	R\$ 930,00
TOTAL			R\$ 1.860,00

mij
jch

Assim sendo, em decorrência do demonstrativo dos gastos acima, mediante a utilização da quantia repassada pelo Fundo Municipal da Criança e Adolescente de Marília (FUMCAD), conforme notas fiscais em anexo, o Projeto Amor de Criança gastou a quantia de **R\$ 1.860,00 (um mil oitocentos e sessenta reais)**.

Por conseguinte, o valor excedente ao montante repassado por intermédio do Fundo Municipal da Criança e Adolescente de Marília (FUMCAD), isto é o valor de R\$ 407,63 (quatrocentos e sete reais e sessenta e três centavos), adveio de recurso próprio da Associação Beneficente Hospital Universitário e, por sua vez, sendo integralizado com a quantia do repasse.

Em vista disso, o Projeto Amor de Criança vem à presença de Vossa Senhoria promover a prestação de contas relativo ao dinheiro repassado pelo Fundo Municipal da Criança e Adolescente de Marília (FUMCAD).

Nestes termos, pede deferimento.

Marília, 11 de março de 2021.


ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
MÁRCIA MESQUITA SERVA REIS
CPF 220.875.878-17



Comprovante de Pagamento de Bolet

Via Internet Banking CAIXA

Banco Recebedor:	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
Pagador Final / Efetivo	
CPF/CNPJ:	09.528.436/0001-22
Nome:	ASSOC BENEF HOSP UNIVERSITARIO
Conta de débito:	3090 / 003 / 00900167-4

Representação numérica do código de barras:	08490.02001 91002.000007 45009.479200 8 84200000046500
Instituição Emissora - Nome do Banco:	UNIPRIME NORTE DO PARANA
Código do Banco:	084
Código do ISPB:	02398976
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	B F ANTENOR ORTOPEDICOS
Nome/Razão Social:	B F ANTENOR ORTOPEDICOS
CPF/CNPJ:	08.716.046/0001-13
Beneficiário Final	
Nome/Razão Social:	B. F. ANTENOR ORTOPEDICOS
CPF/CNPJ:	08.716.046/0001-13
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	ASSOCIACAO BENEFICENTE HOSPITAL UNIVERSI
CPF/CNPJ:	09.528.436/0001-22
Pagador Final - Correntista	
Nome/Razão Social:	ASSOC BENEF HOSP UNIVERSITARIO
CPF/CNPJ:	09.528.436/0001-22

Data do Vencimento:	04/11/2020
Data de Efetivação / Agendamento:	04/11/2020
Valor Nominal do Bolet:	465,00
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	465,00
Valor Pago (R\$):	465,00
Identificação do Pagamento:	NF 273

Data/hora da operação:	04/11/2020 15:27:17
-------------------------------	---------------------

Código da operação:	009840305
Chave de segurança:	KGUK9FLR3C3AQ8RA

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



2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boletão

Via Internet Banking CAIXA

Banco Receptor:	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
Pagador Final / Efetivo	
CPF/CNPJ:	09.528.436/0001-22
Nome:	ASSOC BENEF HOSP UNIVERSITARIO
Conta de débito:	3090 / 003 / 00900167-4

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	08490.02001 91002.000007 48009.479204 2 84420000046500
Instituição Emissora - Nome do Banco:	UNIPRIME NORTE DO PARANA
Código do Banco:	084
Código do ISPB:	02398976
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	B F ANTENOR ORTOPEDICOS
Nome/Razão Social:	B F ANTENOR ORTOPEDICOS
CPF/CNPJ:	08.716.046/0001-13
Beneficiário Final	
Nome/Razão Social:	B. F. ANTENOR ORTOPEDICOS
CPF/CNPJ:	08.716.046/0001-13
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	ASSOCIACAO BENEFICENTE HOSPITAL UNIVERSI
CPF/CNPJ:	09.528.436/0001-22
Pagador Final - Correntista	
Nome/Razão Social:	ASSOC BENEF HOSP UNIVERSITARIO
CPF/CNPJ:	09.528.436/0001-22

Data do Vencimento:	17/11/2020
Data de Efetivação / Agendamento:	17/11/2020
Valor Nominal do Boletão:	465,00
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	465,00
Valor Pago (R\$):	465,00
Identificação do Pagamento:	NF 273

Data/hora da operação:	17/11/2020 14:49:39
-------------------------------	---------------------

Código da operação:	022556372
Chave de segurança:	WSFVRR625QACRJT

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

06738

Recebemos de B. F. ANTENOR ORTOPEDICOS - ME os produtos e/ou serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado.
 Destinatário: ASSOCIACAO BENEFICENTE HOSPITAL UNIVERSITARIO - Rua Doutor Próspero Cecílio Coimbra, 80 - Jardim São Gabriel - MARILIA - SP.
 Emissão: 19/10/2020 Valor Total: R\$ 930,00.
 Emissor: 19/10/2020 Dest.Reme: ASSOCIACAO BENEFICENTE HOSPITAL UNIVERSITARIO Valor Total: 930,00

NF-e
Nº 000.000.273
Série 001

DATA DO RECEBIMENTO IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

B. F. ANTENOR ORTOPEDICOS - ME

Rua Gérson França, 1160, SALA 03 - Vila Mesquita - BAURU - SP - CEP: 17014-380
Fonc: (14)99151-0013

DANFE
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA

Nº 000.000.273
Série 001
Folha 1/1

CHAVE DE ACESSO
3520 1008 7160 4600 0113 5500 1000 0002 7317 3564 9380

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e
www.nfc.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO: Venda de mercadoria adquirida ou recebida de terceiros

PROTÓCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO: **135200940661727 19/10/2020 10:10:18**

INSCRIÇÃO ESTADUAL: 209693507119 INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO: CNPJ / CPF: 08.716.046/0001-13

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL: ASSOCIACAO BENEFICENTE HOSPITAL UNIVERSITARIO CNPJ / CPF: 09.528.436/0001-22 DATA DA EMISSÃO: 19/10/2020

ENDEREÇO: Rua Doutor Próspero Cecílio Coimbra, 80 BAIRRO / DISTRITO: Jardim São Gabriel CEP: 17525-160 DATA DA SAÍDA: 19/10/2020

MUNICÍPIO: MARILIA UF: SP TELEFONE / FAX: (14)2105-4502 INSCRIÇÃO ESTADUAL: HORA DA SAÍDA: 10:08:05

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBST.	VALOR DO ICMS SUBST.	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
	0,00	0,00	0,00	930,00
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
VALOR TOTAL DA NOTA				930,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL: FRETE POR CONTA: 0 - REMETENTE CÓDIGO ANTT: PLACA DO VEÍCULO: UF: CNPJ / CPF:

ENDEREÇO: MUNICÍPIO: UF: INSCRIÇÃO ESTADUAL:

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UNID.	QTDE	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO	BASE DE CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ. %	
15	AFO FIXA	90211010	0102	5102	UN	1,00	930,00	0,00	930,00	0,00	0,00	0,00	ICMS	IPI
	<p>ENTRADA NOTA FISCAL</p> <p>OC: <u>737</u></p> <p>ASS: <u>Wellington</u></p> <p>Wellington Jr. de Almeida Pires Almoxarifado - ABHU RG: 41.078.905-7</p> <p><i>Cod 774</i></p> <p><i>Cod. 913</i></p>													

Amanda Sara Medina
Compras - ABHU

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES: 01 PAR DE ORTESES EM POLIPROPILENO MODELO AFO FIXA PACIENTE: WALLACE MIGUEL L. SANTOS

RESERVADO AO FISCO



Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

Banco Recebedor:	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
Pagador Final / Efetivo	
CPF/CNPJ:	09.528.436/0001-22
Nome:	ASSOC BENEF HOSP UNIVERSITARIO
Conta de débito:	3090 / 003 / 00900167-4

Representação numérica do código de barras:	08490.02001 91002.000007 47009.479206 4 84200000046500
Instituição Emissora - Nome do Banco:	UNIPRIME NORTE DO PARANA
Código do Banco:	084
Código do ISPB:	02398976
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	B F ANTENOR ORTOPEDICOS
Nome/Razão Social:	B F ANTENOR ORTOPEDICOS
CPF/CNPJ:	08.716.046/0001-13
Beneficiário Final	
Nome/Razão Social:	B. F. ANTENOR ORTOPEDICOS
CPF/CNPJ:	08.716.046/0001-13
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	ASSOCIACAO BENEFICENTE HOSPITAL UNIVERSI
CPF/CNPJ:	09.528.436/0001-22
Pagador Final - Correntista	
Nome/Razão Social:	ASSOC BENEF HOSP UNIVERSITARIO
CPF/CNPJ:	09.528.436/0001-22

Data do Vencimento:	04/11/2020
Data de Efetivação / Agendamento:	04/11/2020
Valor Nominal do Boleto:	465,00
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	465,00
Valor Pago (R\$):	465,00
Identificação do Pagamento:	NF 274

Data/hora da operação:	04/11/2020 15:27:42
-------------------------------	---------------------

Código da operação:	009841058
Chave de segurança:	NKEJTJVV67L2WXH2

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



2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

Banco Receptor:	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
Pagador Final / Efetivo	
CPF/CNPJ:	09.528.436/0001-22
Nome:	ASSOC BENEF HOSP UNIVERSITARIO
Conta de débito:	3090 / 003 / 00900167-4

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	08490.02001 91002.000007 52009.479206 1 84420000046500
Instituição Emissora - Nome do Banco:	UNIPRIME NORTE DO PARANA
Código do Banco:	084
Código do ISPB:	02398976
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	B F ANTENOR ORTOPEDICOS
Nome/Razão Social:	B F ANTENOR ORTOPEDICOS
CPF/CNPJ:	08.716.046/0001-13
Beneficiário Final	
Nome/Razão Social:	B. F. ANTENOR ORTOPEDICOS
CPF/CNPJ:	08.716.046/0001-13
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	ASSOCIACAO BENEFICENTE HOSPITAL UNIVERSI
CPF/CNPJ:	09.528.436/0001-22
Pagador Final - Correntista	
Nome/Razão Social:	ASSOC BENEF HOSP UNIVERSITARIO
CPF/CNPJ:	09.528.436/0001-22

Data do Vencimento:	17/11/2020
Data de Efetivação / Agendamento:	17/11/2020
Valor Nominal do Boleto:	465,00
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	465,00
Valor Pago (R\$):	465,00
Identificação do Pagamento:	NF 274

Data/hora da operação:	17/11/2020 14:50:32
-------------------------------	---------------------

Código da operação:	022557609
Chave de segurança:	QJL0JGQ0Z0Q93Z9S

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

00732.

Recebemos de B. F. ANTENOR ORTOPEDICOS - ME os produtos e/ou serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado. Destinatário: ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE HOSPITAL UNIVERSITARIO - Rua Doutor Prospero Cecilio Coimbra, 80 - Jardim Sao Gabriel - MARILIA - SP. Emissão: 19/10/2020 Valor Total: R\$ 930,00. Emissão: 19/10/2020 Dest/Rem: ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE HOSPITAL UNIVERSITARIO Valor Total: 930,00		NF-e Nº 000.000.274 Série 001
DATA DO RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	

B. F. ANTENOR ORTOPEDICOS - ME Rua Gerson Franca, 1160, SALA 03 - Vila Mesquita - BAURU - SP - CEP: 17014-380 Fone: (14)99151-0013	DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA 1 Nº 000.000.274 Série 001 Folha 1/1	
		CHAVE DE ACESSO 3520 1008 7160 4600 0113 5500 1000 0002 7412 6749 8482 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO Venda de mercadoria adquirida ou recebida de terceiros	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135200940682592 19/10/2020 10:13:16
INSCRIÇÃO ESTADUAL 209693507119	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTARIO CNPJ / CPF 08.716.046/0001-13

DESTINATÁRIO / REMETENTE		CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
NOME - RAZÃO SOCIAL ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE HOSPITAL UNIVERSITARIO		09.528.436/0001-22	19/10/2020
ENDEREÇO Rua Doutor Prospero Cecilio Coimbra, 80	BAIRRO / DISTRITO Jardim Sao Gabriel	CEP 17525-160	DATA DA SAÍDA 19/10/2020
MUNICÍPIO MARILIA	UF SP	TELEFONE / FAX (14)2105-4502	INSCRIÇÃO ESTADUAL HORA DA SAÍDA 10:11:43

CÁLCULO DO IMPOSTO	
BASE DE CÁLCULO DO ICMS 0,00	VALOR DO ICMS 0,00
BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBST. 0,00	VALOR DO ICMS SUBST. 0,00
VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 930,00	
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00
DESCONTO 0,00	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00
VALOR DO IPI 0,00	VALOR TOTAL DA NOTA 930,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS		FRETE POR CONTA 0 - REMETENTE	CÓDIGO ANTI	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
NOME - RAZÃO SOCIAL		MUNICÍPIO		UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS															
CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UNID.	QTD	VALOR UNITARIO	VALOR DESCONTO	VALOR LIQUIDO	BASE DE CALC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ. % ICMS	ALIQ. % IPI	
15	AFO FIXA	90211010	0102	5102	UN	1,00	930,00	0,00	930,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
<p>ENTRADA NOTA FISCAL</p> <p>OC: <u>732</u></p> <p>ASS: <u>Wellington</u></p> <p>Wellington Jr. de Almeida Pires Almoxarifado - ABHU RG: 41.078.905-7</p> <p>Cod. 371 911</p> <p style="text-align: right;"><i>Amanda Sara Medina</i> Amanda Sara Medina Compras - ABHU</p>															

DADOS ADICIONAIS	RESERVADO AO FISCO
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES 01 PAR DE ORTESES EM POLIPROPILENO MODELO AFO FIXA PACIENTE: JOSE FELIPE BARROSA DA SILVA	