

1

MOVIMENTO DE

AGOSTO

DE 2021

A.H.A.M



PREFEITURA MUNICIPAL DE VITOR MEIRELES
ESTADO DE SANTA CATARINA
CONTROLADORIA INTERNA

PARECER SOBRE A PRESTAÇÃO DE CONTAS DE TRANSFERÊNCIAS
VOLUNTÁRIAS Nº 019/2021

| | |
|----------------------|--|
| Beneficiário: | Associação Hospitalar Angelina Meneghelli - AHAM |
| Empenho: | 978 |
| Valor: | 109.500,00 |

No cumprimento das atribuições estabelecidas nos Art. 31 e 74 da Constituição Federal, inciso XXVII, art. 4º e em de acordo com a Instrução Normativa 14/2012 do TCE/SC, trata da manifestação da Controladoria do Município a cerca da prestação de contas de recursos repassados e demais normas que regulam as atribuições do Sistema de Controle Interno, referentes ao exercício do controle prévio e concomitante dos atos de gestão, segue:

TÍTULO: Parecer AHAM

ASSUNTO:

Tratam os autos da prestação de contas dos recursos a título de Termo de Colaboração/Fomento/Cooperação repassados à entidade mediante Empenho nº 978 - no valor de R\$ 109.500,00, conforme detalhado no Plano de Trabalho.

DOS FATOS:

Da análise do processo de prestação de contas, após análise pelo concedente encaminhados à esta Controladoria, entende-se que os procedimentos utilizados estão de acordo com as normas legais e regulamentares.

CONCLUSÃO:

Sendo assim, emito parecer pela **REGULARIDADE** da prestação de contas. Sendo estas as considerações, submetem-se os autos à apreciação da autoridade administrativa competente para pronunciamento e posterior encaminhamento ao setor de Contabilidade para providências necessárias.

Sendo estas as considerações, submetem-se os autos à apreciação de Vossa Senhoria.

Vitor Meireles, 04 de Outubro de 2021

Atenciosamente,



Documento Assinado Eletronicamente por:

André Luís Rinaldi

005.*** ***_**

04/10/2021 15:24:42hrs

Para validar sua autenticidade escaneie o código ao lado

André Luís Rinaldi
Controlador Interno



PREFEITURA MUNICIPAL
Vitor Meireles
Gabinete do Prefeito

PARECER TÉCNICO DO GESTOR

| | | |
|--|--|---|
| Parecer Nº 4 | Nº Processo 03/2021 | Data Recebimento da Prestação de Contas 21/09/2021 |
| De: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE | | |
| Para: Comissão de Monitoramento e Avaliação e/ou Avaliação | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Prestação de Contas Parcial – | | <input type="checkbox"/> Prestação de Contas Final |
| Número da Parceria: 03/2021 | Período a que se refere a prestação de contas: agosto/2021 | Período de Vigência 01/04/2021 a 31/03/2022 |
| Nome da organização: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR ANGELINA MENEGHELLI | | |
| Objeto da parceria: Execução de serviços hospitalares, procedimentos ambulatoriais e hospitalares eletivos. | | |
| Valor total da parceria (R\$) 1.270.044,00 | Valor da parcela repassado (R\$) 109.500,00 | Valor da parcela comprovadamente utilizados (R\$) 111.100,00 |
| Valor da aplicação financeira (R\$) 0,00 | Contrapartida (R\$) 70,070 | Saldo a Aplicar (R\$) 0,00 |
| Relação detalhada das atividades e metas estabelecidas: As atividades desenvolvidas são as constantes do relatório. | | |
| As atividades realizadas, alcançaram as metas esperadas, proporcionando um benefício social obtido em razão da execução do objeto até o período, com base nos indicadores estabelecidos e aprovados no plano de trabalho. | | |
| Em relação a análise dos documentos comprobatórios das despesas apresentados pela organização da sociedade civil na prestação de contas: <input checked="" type="checkbox"/> De acordo com o previsto no plano de trabalho aprovado <input type="checkbox"/> Parcialmente de acordo com o previsto no plano de trabalho aprovado. Justifique. <input type="checkbox"/> Em desacordo com o previsto no plano de trabalho aprovado. Justifique. <input type="checkbox"/> De acordo com as normas da Instrução Normativa, previstas nos capítulos VIII e IX <input type="checkbox"/> Parcialmente de acordo com as normas da Instrução Normativa, previstas nos capítulos VIII e IX. <input type="checkbox"/> Em desacordo com as normas da Instrução Normativa, previstas nos capítulos VIII e IX. | | |
| Relação de bens ou serviços adquiridos Despesas de Custeio, mediante pagamento de Salários, pagamento de médicos plantão e sobre aviso e outras despesas de manutenção. | | |
| Foram realizadas auditorias? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não No caso de realização de auditorias faça uma análise dos relatórios das mesmas, bem como das medidas tomadas em decorrência dessas auditorias. | | |
| Conclusão Final: Com base nos documentos apresentados e pelos benefícios sociais alcançados pelo Termo de Colaboração, o parecer é pela APROVAÇÃO. | | |
| Deste modo, recomendamos a <input type="checkbox"/> aprovação <input checked="" type="checkbox"/> aprovação com ressalvas <input type="checkbox"/> reprovação da presente prestação de contas. | | |
| Data 29/09/2021 | Nome do Gestor MARCELO SADLOWSKI CPF: 069.959.589-40 | Assinatura do Gestor |