



Beneficiário 11.074.062/0002-45 INSTITUTO ADONHIRAN DE ASSISTENCIA A SAUDE  
 Transferência 2021TR000219 Instrumento Transferência Convênio  
 Objeto Aquisição  
 Unidade Gestora / Gestão 480091 Fundo Estadual de Saúde / 48091 Fundo Estadual de Saúde  
 Responsável Beneficiário 739.723.559-04 FABIANO AMORIM  
 Responsável Concedente 033.605.529-38 RAFAEL DE SOUZA

**Nota Empenho**

Número	Data	Valor (R\$)
2021NE013996	12/04/2021	525.000,00

**Nota Liquidação**

Número	Data	Valor (R\$)
2021NL086156	27/04/2021	175.000,00
2021NL093524	05/05/2021	175.000,00
2021NL116109	02/06/2021	175.000,00

**Balancete de Prestação de Contas**

Data	Parcial	Número Documento	Tipo Documento	Identificador Fornecedor	Nome Fornecedor	Valor (R\$) Documento	Valor (R\$) Entrada	Valor (R\$) Saída	Número Operação Bancária	Saldo (R\$)
30/04/2021	01		Repasse			175.000,00	175.000,00	0,00	2021OB051838	175.000,00
30/04/2021	01	157	Guia Recolhimento Tributo - Retenções	11.074.062/0002-45	TRIBUTOS - RECEITA FEDERAL	1.512,00	0,00	1.512,00	43001	173.488,00
30/04/2021	01	157	Nota Fiscal Serviço Eletrônica	11.074.062/0002-45	GHM GESTÃO HOSPITALAR E SERVIÇOS MEDICOS LTDA	100.800,00	0,00	94.600,80	43003	78.887,20
30/04/2021	01	831201201544	Tarifas Bancárias	11.074.062/0002-45	TARIFA BANCÁRIA	20,90	0,00	20,90	831201201544415	78.866,30
30/04/2021	01	000040481	Nota Fiscal Eletrônica	13.266.290/0001-61	GASOLDA COMERCIO VAREGISTA DE OXIGENIO LTDA ME	74.000,00	0,00	74.000,00	43004	4.866,30
30/04/2021	01	157	Guia Recolhimento Tributo - Retenções	11.074.062/0002-45	TRIBUTOS - RECEITA FEDERAL	4.687,20	0,00	4.687,20	43002	179,10
10/05/2021	01		Repasse			175.000,00	175.000,00	0,00	2021OB055147	175.179,10
17/05/2021	01	871371100070	Tarifas Bancárias	11.074.062/0002-45	TARIFA BANCÁRIA	10,45	0,00	10,45	871371100070946	175.168,65



17/05/2021	01	000040951	Nota Fiscal Eletrônica	13.266.290/0001-61	GASOLDA COMERCIO VAREGISTA DE OXIGENIO LTDA ME	72.000,00	0,00	72.000,00	51701	103.168,65
26/05/2021	01	166	Guia Recolhimento Tributo - Retenções	11.074.062/0002-45	TRIBUTOS - RECEITA FEDERAL	4.687,20	0,00	4.687,20	52602	98.481,45
26/05/2021	01	166	Nota Fiscal Serviço Eletrônica	24.505.433/0001-67	GHM GESTÃO HOSPITALAR E SERVIÇOS MEDICOS LTDA	100.800,00	0,00	94.600,80	52603	3.880,65
26/05/2021	01	8014611000174	Tarifas Bancárias	11.074.062/0002-45	TARIFA BANCÁRIA	10,45	0,00	10,45	801461100017456	3.870,20
26/05/2021	01	166	Guia Recolhimento Tributo - Retenções	11.074.062/0002-45	TRIBUTOS - RECEITA FEDERAL	1.512,00	0,00	1.512,00	52601	2.358,20
31/05/2021	01		Rendimento			38,01	38,01	0,00		2.396,21
10/06/2021	01		Repasse			175.000,00	175.000,00	0,00	2021OB072387	177.396,21
14/06/2021	02	8816511001070	Tarifas Bancárias	11.074.062/0002-45	TARIFA BANCÁRIA	10,45	0,00	10,45	881651100107076	177.385,76
14/06/2021	02	000041796	Nota Fiscal Eletrônica	13.266.290/0001-61	GASOLDA COMERCIO VAREGISTA DE OXIGENIO LTDA ME	79.794,00	0,00	79.794,00	61401	97.591,76
25/06/2021	02	8217612004761	Tarifas Bancárias	11.074.062/0002-45	TARIFA BANCÁRIA	10,45	0,00	10,45	821761200476111	97.581,31
25/06/2021	02	180	Nota Fiscal Serviço Eletrônica	24.505.433/0001-67	GHM GESTÃO HOSPITALAR E SERVIÇOS MEDICOS LTDA	100.800,00	0,00	94.600,80	62501	2.980,51
30/06/2021	02		Rendimento			36,84	36,84	0,00		3.017,35
02/07/2021	03		Outros			1.393,10	1.393,10	0,00		4.410,45
02/07/2021	03	42355	Nota Fiscal Eletrônica	13.266.290/0001-61	GASOLDA COMERCIO VAREGISTA DE OXIGENIO LTDA ME	4.400,00	0,00	4.400,00	70201	10,45
02/07/2021	03	8318312001941	Tarifas Bancárias	11.074.062/0002-45	TARIFA BANCÁRIA	10,45	0,00	10,45	831831200194132	0,00



FABIANO  
AMORIM:7397235  
5904

Assinado de forma digital por  
FABIANO  
AMORIM:73972355904  
Dados: 2021.10.08 10:51:31  
-03'00'

Assinatura Responsável Beneficiário

Assinatura Contador

**Transferência** 2021TR000219      **Instrumento Transferência** Convênio  
**Parcial** 000003  
**Unidade Gestora** 480091 Fundo Estadual de Saúde  
**Gestão** 48091 Fundo Estadual de Saúde  
**Beneficiário** 11.074.062/0002-45 INSTITUTO ADONHIRAN DE ASSISTENCIA A SAUDE  
**CPF Representante** 739.723.559-04  
**Nome Representante** FABIANO AMORIM  
**Situação** Aguardando Documentos  
**Data Situação** 08/10/2021  
**Data Recebimento**  
**Número Processo**

**Ingressos****Ingressos**

Data	Tipo	Histórico	Valor	Confere Extrato
<b>Descrição Análise</b>				
	Saldo Ingressos	Não Comprovados	3.017,35	
02/07/2021	Outros	CONTRAPARTIDA	1.393,10	
<b>Total Ingressos (R\$)</b>			4.410,45	

**Dispêndios****Dispêndios**

**Código Pgto.** 0016      **Parcela Forn.** 001      **Data Pgto.** 02/07/2021  
**Favorecido** 13.266.290/0001-61 GASOLDA COMERCIO VAREGISTA DE OXIGENIO LTDA ME  
**Valor** 4.400,00  
**Situação Análise**      **Valor Glossado (R\$)**  
**Descrição**  
**Fundamentação Legal**  
**Tipo Documento** Nota Fiscal Eletrônica  
**Chave NF Eletrônica** 42210613266290000161550010000423551345687229  
**AIDF**      **Núm. Doc.** 42355

**Código Pgto.** 0017      **Parcela Forn.** 001      **Data Pgto.** 02/07/2021  
**Favorecido** 11.074.062/0002-45 TARIFA BANCÁRIA  
**Valor** 10,45  
**Situação Análise**      **Valor Glossado (R\$)**  
**Descrição**  
**Fundamentação Legal**  
**Tipo Documento** Tarifas Bancárias  
**Chave NF Eletrônica**  
**AIDF**      **Núm. Doc.** 831831200194132

**Total Ingressos (R\$)** 4.410,45  
**Total Dispêndios (R\$)** 4.410,45  
**Saldo (R\$)** 0,00

**Observações****Histórico Observações**

**Justificativa****Histórico Justificativa****Conclusão**

**Histórico Descrição** [20/08/2021 17:03] Da análise do processo de prestação de contas, após diligência ao responsável, restaram as seguintes impropriedades:

1- Ausência da expressão “Convênio” e Nº do instrumento. Justificar a ausência de identificação do convênio no documento comprobatório da despesa (Justificado). (Fundamento: Decreto nº 127/11, Artigo 63, Parágrafo 3º);

2- Ausência do carimbo de “Certifico” devidamente preenchido e assinado nas Notas Fiscais (Justificado). (Fundamento: Decreto nº 127/11, Artigo 63, Parágrafo 3º).

Apesar dos apontamentos, verifica-se que tais restrições decorrem da inobservância de exigências meramente formais, as quais não configuram malversação dos recursos públicos nem prejuízo ao erário, tampouco comprometeram a execução do objeto pretendido pelo repasse dos recursos. Quanto aos documentos apresentados, entende-se que os mesmos comprovam adequadamente a aplicação dos recursos nas finalidades para as quais foram concedidos, bem como a realização do objeto. Sendo assim, diante da impropriedade apontada, considera-se **REGULAR COM RESSALVAS** a presente prestação de contas, estando em condições de ser aprovada.

[10/08/2021 17:40]

Conforme análise da prestação de contas constatou-se que a entidade deixou de cumprir os requisitos abaixo especificados:

1- Encaminhar documentação complementar dos funcionários que compõem o corpo efetivo da empresa GHM Gestão Hospitalar e Serviços Médicos Ltda, pois no contrato e demais documentação encaminhada não consta que realizou os serviços.(Fundamento: Decreto nº 127/11, Artigo 63, Inciso V);

2- Ausência da expressão “Convênio” e Nº do instrumento. Justificar a ausência de identificação do convênio no documento comprobatório da despesa. (Fundamento: Decreto nº 127/11, Artigo 63, Parágrafo 3º);

3- Ausência do carimbo de “Certifico” devidamente preenchido e assinado na Nota Fiscal. (Fundamento: Decreto nº 127/11, Artigo 63, Parágrafo 3º);

4- Encaminhar documentação complementar do contrato da empresa Gásolda, pois não há referência de preço na documentação encaminhada.(Fundamento: Decreto nº 127/11, Artigo 63, Inciso XIV).

Nesta oportunidade estamos abrindo o prazo de (20) vinte dias, para que a instituição possa efetuar as regularizações devidas e após enviar a Prestação de Contas Parcial no SIGEF para reanálise. A documentação física deverá ser encaminhada ao Núcleo de Abrangência da Regional.

**Valor Glosado (R\$)**

**Domicílio Bancário Devolução**

**Prazo Diligência**

**Situação**

**Data Situação**

**Situação**

---

**Data** 08/10/2021  
**Situação** Em Edição  
**Observação**  
**Usuário** 739.723.559-04 - Fabiano Amorim

**Data** 08/10/2021  
**Situação** Aguardando Documentos  
**Observação**  
**Usuário** 739.723.559-04 - Fabiano Amorim

---

**Nome**

---

**Assinatura**

**Transferência** 2021TR000219 **Instrumento** Transferência Convênio  
**Parcial** 000003  
**Unidade Gestora** 480091 Fundo Estadual de Saúde  
**Gestão** 48091 Fundo Estadual de Saúde  
**Beneficiário** 11.074.062/0002-45 INSTITUTO ADONHIRAN DE ASSISTENCIA A SAUDE  
**CPF Representante** 739.723.559-04  
**Nome Representante** FABIANO AMORIM  
**Situação** Aguardando Documentos  
**Data Situação** 08/10/2021  
**Data Recebimento**  
**Número Processo**

**Ingressos**

**Ingressos**

Data	Tipo	Histórico	Valor	Confere Extrato
<b>Descrição Análise</b>				
	Saldo Ingressos	Não Comprovados	3.017,35	
02/07/2021	Outros	CONTRAPARTIDA	1.393,10	
<b>Total Ingressos (R\$)</b>			<b>4.410,45</b>	

**Dispêndios**

**Dispêndios**

**Código Pgto.** 0016 **Parcela Forn.** 001 **Data Pgto.** 02/07/2021  
**Favorecido** 13.266.290/0001-61 GASOLDA COMERCIO VAREGISTA DE OXIGENIO LTDA ME  
**Valor** 4.400,00  
**Situação Análise** **Valor Glossado (R\$)**  
**Descrição**  
**Fundamentação Legal**  
**Tipo Documento** Nota Fiscal Eletrônica  
**Chave NF Eletrônica** 42210613266290000161550010000423551345687229  
**AIDF** **Núm. Doc.** 42355

**Código Pgto.** 0017 **Parcela Forn.** 001 **Data Pgto.** 02/07/2021  
**Favorecido** 11.074.062/0002-45 TARIFA BANCÁRIA  
**Valor** 10,45  
**Situação Análise** **Valor Glossado (R\$)**  
**Descrição**  
**Fundamentação Legal**  
**Tipo Documento** Tarifas Bancárias  
**Chave NF Eletrônica**  
**AIDF** **Núm. Doc.** 831831200194132

**Total Ingressos (R\$)** 4.410,45  
**Total Dispêndios (R\$)** 4.410,45  
**Saldo (R\$)** 0,00

**Observações**

**Histórico Observações**

## Justificativa

## Histórico Justificativa

## Conclusão

**Histórico Descrição** [20/08/2021 17:03] Da análise do processo de prestação de contas, após diligência ao responsável, restaram as seguintes impropriedades:

1- Ausência da expressão "Convênio" e Nº do instrumento. Justificar a ausência de identificação do convênio no documento comprobatório da despesa (Justificado). (Fundamento: Decreto nº 127/11, Artigo 63, Parágrafo 3º);

2- Ausência do carimbo de "Certifico" devidamente preenchido e assinado nas Notas Fiscais (Justificado). (Fundamento: Decreto nº 127/11, Artigo 63, Parágrafo 3º).

Apesar dos apontamentos, verifica-se que tais restrições decorrem da inobservância de exigências meramente formais, as quais não configuram malversação dos recursos públicos nem prejuízo ao erário, tampouco comprometeram a execução do objeto pretendido pelo repasse dos recursos. Quanto aos documentos apresentados, entende-se que os mesmos comprovam adequadamente a aplicação dos recursos nas finalidades para as quais foram concedidos, bem como a realização do objeto. Sendo assim, diante da impropriedade apontada, considera-se **REGULAR COM RESSALVAS** a presente prestação de contas, estando em condições de ser aprovada.

[10/08/2021 17:40]

Conforme análise da prestação de contas constatou-se que a entidade deixou de cumprir os requisitos abaixo especificados:

1- Encaminhar documentação complementar dos funcionários que compõem o corpo efetivo da empresa GHM Gestão Hospitalar e Serviços Médicos Ltda, pois no contrato e demais documentação encaminhada não consta que realizou os serviços. (Fundamento: Decreto nº 127/11, Artigo 63, Inciso V);

2- Ausência da expressão "Convênio" e Nº do instrumento. Justificar a ausência de identificação do convênio no documento comprobatório da despesa. (Fundamento: Decreto nº 127/11, Artigo 63, Parágrafo 3º);

3- Ausência do carimbo de "Certifico" devidamente preenchido e assinado na Nota Fiscal. (Fundamento: Decreto nº 127/11, Artigo 63, Parágrafo 3º);

4- Encaminhar documentação complementar do contrato da empresa Gásolda, pois não há referência de preço na documentação encaminhada. (Fundamento: Decreto nº 127/11, Artigo 63, Inciso XIV).

Nesta oportunidade estamos abrindo o prazo de (20) vinte dias, para que a instituição possa efetuar as regularizações devidas e após enviar a Prestação de Contas Parcial no SIGEF para reanálise. A documentação física deverá ser encaminhada ao Núcleo de Abrangência da Regional.

**Valor Glosado (R\$)**

**Domicílio Bancário Devolução**

**Prazo Diligência**

**Situação**

**Data Situação**



**Situação**

**Data** 08/10/2021  
**Situação** Em Edição  
**Observação**  
**Usuário** 739.723.559-04 - Fabiano Amorim

**Data** 08/10/2021  
**Situação** Aguardando Documentos  
**Observação**  
**Usuário** 739.723.559-04 - Fabiano Amorim

**Fabiano Amorim**  
**Administrador Judicial**  
**Instituto Adonhiran de Assistência à Saúde**  
**CNPJ 11.074.062/0002-45**

**FABIANO**  
**AMORIM:73**  
**972355904**

Assinado de forma digital por FABIANO AMORIM:73972355904  
Dados: 2021.10.08 10:57:11 -03'00'

Nome

Assinatura

