

 ESTADO DE SANTA CATARINA	PRESTAÇÃO DE CONTAS DEMONSTRATIVO RESUMIDO DE RECEITA E DESPESA	ANEXO I
--	--	----------------

1.1-Órgão Supervisor/Concessor SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - SC	2.1-Entidade Executora INSTITUTO MARIA SCHMITT DE DESENVOLVIMENTO DE ENSINO ASSISTÊNCIA SOCIAL E SAÚDE DO CIDADÃO	2.2-CNPJ 28.700.530/0005-95
--	--	--

3.1-Contrato de Gestão - TA CONTRATO DE GESTÃO 02/SES/SC 2018	3.2-Vigência 01/12/2018	3.3-Valor do Contrato R\$ 197.336.563,20
--	--	---

4.1-Número da Nota de Liquidação	4.2-Período da Prestação de Contas 01/07/2020 a 31/07/2020
---	---

5.1 - Número da Conta Corrente e Banco* 1 -42830-2 - BANCO DO BRASIL 2 - 130086255 - ITAÚ 3- 45354-4 - BANCO DO BRASIL	6.1 - Classificação do Recurso <input checked="" type="checkbox"/> CUSTEIO <input checked="" type="checkbox"/> INVESTIMENTO
---	--

7.1 - Detalhamento Financeiro	7.2 - Valor
Saldo do mês anterior	R\$ 2.278.548,00
(+) Total de recursos recebidos pelo CG	R\$ 3.232.162,47
(+) Total de recursos recebidos de outras fontes (se existir) **	R\$ -
(+) Rendimento das Aplicações Financeiras	R\$ 247,61
(-) Total das Despesas comprovadas (deduzidos os estornos/cancelamentos)	R\$ 4.615.886,65
(-) Juros/multas (se existir) **	R\$ 19,32
Outros	R\$ -
Saldo	R\$ 895.052,11

8.1 - Observações COMPOSIÇÃO DO SALDOS: BANCO ITAU R\$ 657.937,64 + BANCO INVEST BB R\$ 66.701,83 + FUNDO RESERVA BB R\$ 170.412,64 TOTAL R\$ 895.052,11

9.1 - Local e Data

10.1 - Nome e Assinatura <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 45%; text-align: center;"> <hr/> Diretor(a) ou Responsável pela Organização Social </div> <div style="width: 45%; text-align: center;"> <hr/> Contador (a) </div> </div>

* Conforme CG a conta corrente deve ser única e exclusiva, no entanto caso esta OS utilize outras contas, favor identifica-las

** Valores que passarão pela aprovação da CAF



ESTADO DE SANTA CATARINA

PRESTAÇÃO DE CONTAS

DEMONSTRATIVO DE RECEITA E DESPESA

ANEXO II CUSTEIO

Table with 15 main columns: 1-3 (Organism/Contract), 4-6 (Document/Receipt), 7-9 (Payment), 10-12 (Historical/Values), 13-15 (Receipt/Despesa/Interest). Rows include contract details for 02/07/2021 and 01/07/2021, and a detailed list of expenses from 11-Saldo Anterior to item 74.



ESTADO DE SANTA CATARINA

PRESTAÇÃO DE CONTAS
DEMONSTRATIVO DE RECEITA E DESPESAANEXO III
INVESTIMENTO

1.1-Órgão Supervisor/Concessor SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE/SC		2.1-Entidade Executora INSTITUTO MARIA SCHMITT DE DESENVOLVIMENTO DE ENSINO ASSISTÊNCIA SOCIAL E SAÚDE DO CIDADÃO		2.2-CNPJ 28.700.530/0005-95										
3.1-Contrato de Gestão - TA CONTRATO DE GESTÃO 02/SES/SC 2018			3.2-Vigência 1/12/2018		3.3-Valor do Contrato R\$ 197.336.563,20									
4.1-Número da Nota de Liquidação 2021NL135651/2021NL157548		4.2-Recebimento do Recurso 02/07/2021		4.3-Período da Prestação de Contas 01/07/2021 a 31/07/2021		4.4-Valor da NL R\$ 65.779,00								
5.1-Seq.	6.1-Nome do Favorecido	6.2 - CPF / CNPJ	6.3 - Contrato	7-Documento			8-Pagamento			9.1-Histórico do Documento	10-Valores		10.3-Juros	
				7.1-Tipo	7.2-N.º	7.3-Data	8.1-Tipo	8.2-N.º	8.3-Data		10.1-Receita	10.2-Despesa		
11-Saldo Anterior														
Anexo IV - Investimento 1	FUNDO ESTADUAL DA SAUDE			REPASSE		02/07/2021	TED			02/07/2021	REPASSE INVESTIMENTO	32.889,50		
Anexo IV - Investimento 2	BANCO DO BRASIL			Tar		02/07/2021				02/07/2021	Tar Manuten Conta Ativa		54,95	
Anexo IV - Investimento 3	BANCO DO BRASIL			RF		02/07/2021				02/07/2021	BB RF CP Aut Mais		32.834,55	
Anexo IV - Investimento 4	FUNDO ESTADUAL DA SAUDE			REPASSE		02/07/2021	TED			02/07/2021	REPASSE INVESTIMENTO	32.889,50		
Anexo IV - Investimento 5	BANCO DO BRASIL			RF		30/07/2021				30/07/2021	BB RF CP Aut Mais		32.889,50	
12-Total												65.779,00	65.779,00	-
13-Saldo a Transportar													66.701,83	
14-Local e Data														
15- Nome e Assinatura														
Diretor(a) ou Responsável pela Organização Social										_____ Contador(a)				



ESTADO DE SANTA CATARINA

PRESTAÇÃO DE CONTAS

DEMONSTRATIVO DE COLETA DE PREÇOS - INVESTIMENTOS

PROCESSO
COMPRAS
ANEXO IV

1.1 - Órgão Supervisor/Concessor SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE	2.1-Entidade Executora INSTITUTO MARIA SCHMITT DE DESENVOLVIMENTO DE ENSINO ASSISTÊNCIA SOCIAL E SAÚDE DO CIDADÃO	2.2-CNPJ 28.700.530/0005-95
--	---	---------------------------------------

3.1-Contrato de Gestão - TA CONTRATO DE GESTÃO 02/SES/SC 2018	3.2-Vigência 1/12/2018	3.3-Valor do Contrato R\$ 197.336.563,20
---	----------------------------------	--

4.1-Número da Nota de Liquidação NÃO APARECEU NL NO PORTAL	4.2-Recebimento do Recurso 02/07/2021	4.3-Período da Prestação de Contas 01/07/2021 a 31/07/2021	4.4-Valor da NL R\$ 0,00
--	---	--	------------------------------------

5.1-Seq	6.1- Descrição do item	7.1- Empresas Participantes		Nome da Empresa 1		Nome da Empresa 2		Nome da Empresa 3		Nome da Empresa 4		8.1- Observação
		Qtde	Valor	Qtde	Valor	Qtde	Valor	Qtde	Valor			
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												

9.1-Empresa Homologada	9.2-Nº NF	9.4-Observação
	9.3-Vr NF	

10.1-Justificativa pela Escolha

11.1-Local e Data

12.1-Declaração

Declaro que as aquisições foram realizadas em conformidade com o Regulamento para Contratação de Obras, Serviços e Compras desta Organização Social, observados os princípios básicos da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência.

13.1- Nome e Assinatura

Diretor(a) ou Responsável pela Organização Social

Nome do(a) Responsável pelo Setor de Compras



ESTADO DE SANTA CATARINA

PRESTAÇÃO DE CONTAS
DEMONSTRATIVO DE RECEITA E DESPESA

ANEXO V FUNDO RESERVA

1.1-Órgão Supervisor/Concessor SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE/SC	2.1-Entidade Executora INSTITUTO MARIA SCHMITT DE DESENVOLVIMENTO DE ENSINO ASSISTÊNCIA SOCIAL E SAÚDE DO CIDADÃO	2.2-CNPJ 28.700.530/0005-95
--	--	--------------------------------

3.1-Contrato de Gestão - TA CONTRATO DE GESTÃO 02/SES/SC 2018	3.2-Vigência 1/12/2018	3.3-Valor do Contrato R\$ 197.336.563,20
--	---------------------------	---

4.1-Número da Nota de Liquidação	4.2-Recebimento do Recurso	4.3-Período da Prestação de Contas 01/07/2021 a 31/07/2021	4.4-Valor da NL
----------------------------------	----------------------------	---	-----------------

5.1-Seq.	6.1-Nome do Favorecido	6.2 - CPF / CNPJ	6.3 - Contrato	7-Documento			8-Pagamento		9.1-Histórico do Documento	10-Valores	
				7.1-tipo	7.2-N.º	7.3-Data	8.1-tipo	8.2-N.º		10.1-Receita	10.2-Despesa
11-Saldo Anterior											
Anexo V - Fundo Reserva 1	BANCO DO BRASIL			TAR		12/07/2021			12/07/2021	Tarifa Modulo	100,00
Anexo V - Fundo Reserva 2	BANCO DO BRASIL			TAR		12/07/2021			12/07/2021	Tarifa Modulo	100,00
Anexo V - Fundo Reserva 3	BANCO DO BRASIL			TAR		12/07/2021			12/07/2021	Tarifa Pacote de Serviços	70,50
Anexo V - Fundo Reserva 4	BANCO DO BRASIL			RF		12/07/2021			12/07/2021	BB RF CP Aut Empresa	270,50
12-Total										270,50	
13-Saldo a Transportar										270,50	170.412,64

14-Local e Data

15- Nome e Assinatura	
<p>_____</p> <p>Diretor(a) ou Responsável pela Organização Social</p>	<p>Contador(a)</p>



ESTADO DE SANTA CATARINA

PRESTAÇÃO DE CONTAS
DEMONSTRATIVO DE RECEITA E DESPESA

DESPESAS ADMINISTRATIVAS

1.1-Órgão Supervisor/Concessor SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE/SC	2.1-Entidade Executora INSTITUTO MARIA SCHMITT DE DESENVOLVIMENTO DE ENSINO ASSISTÊNCIA SOCIAL E SAÚDE DO CIDADÃO	2.2-CNPJ 28.700.530/0005-95
--	--	--------------------------------

3.1-Contrato de Gestão - TA CONTRATO DE GESTÃO 02/SES/SC 2018	3.2-Vigência 1/12/2018	3.3-Valor do Contrato R\$ 197.336.563,20
--	---------------------------	---

4.1-Número da Nota de Liquidação	4.2-Reccebimento do Recurso	4.3-Período da Prestação de Contas 01/07/2021 a 31/07/2021	4.4-Valor da NL
----------------------------------	-----------------------------	---	-----------------

5.1-Seq	6.1-Nome do Favorecido	6.2 - CPF / CNPJ	6.3 - Contrato	7-Documento			8-Pagamento			9.1-Histórico do Documento	10-Valores	
				7.1-Tipo	7.2-N.º	7.3-Data	8.1-Tipo	8.2-N.º	8.3-Data		10.1-Receita	10.2-Despesa
11-Saldo Anterior												
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												
23												
24												
25												
26												
27												
28												
29												
30												
31												
32												
33												
34												
35												
36												
37												
38												
39												
40												
41												
42												
43												
44												
45												
46												
47												
48												
49												
50												
51												
52												
53												
54												
55												
56												
57												
58												
59												
60												
61												
62												
63												
64												
65												
66												
12-Total												
13-Saldo a Transportar												

14-Local e Data

15- Nome e Assinatura	
<p>_____</p> <p>Diretor(a) ou Responsável pela Organização Social</p>	<p>_____</p> <p>Contador(a)</p>