



ESTADO DE SANTA CATARINA
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO BATISTA

Exercício de 2023

ANEXO TC - 29

Declaração de recebimento e aplicação de subvenções sociais de

Unidade Concedente	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE SÃO JOÃO BATISTA		
Ordenador da Despesa	KARIN CRISTINE GELLER		
Entidade Beneficiada	ASSOCIACAO BATISTENSE PROTETORA DOS ANIMAIS - ABPA	CNPJ	23 746 525 0001-76
Endereço	JOAO VICENTE DA SILVA - 433	CEP	88240-000
Responsável		CPF	
Nota Empenho Número	324	Data	Valor 3 000,00
Projeto/Atividade	2 040	Funcionamento e Manutenção Centro Zoonose	
Item	3 3 50 00 00 00 00 00	Transferencias a Instituicoes Privadas sem Fins Lu	
Fonte	1 500 1002 000	Recitas de Impostos e de Transferência de Impostos – Saúde	
Natureza da Despesa	3 3 50 41 02 00 00 00	Despesa com Manut de Outras Entid de Direito Priv	

Histórico Fiel da Finalidade PELA TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS FINANCEIROS A ASSOCIAÇÃO BATISTENSE PROTETORA DOS ANIMAIS

"Declaramos, para todos os efeitos legais, que a importância supra mencionada foi recebida por esta entidade e aplicada em seu benefício e no atendimento de seus objetivos."

..... de

Nome	Cargo	Assinatura	CPF
<u>Barbara Tardes</u>	<u>presidente</u>	<u>[assinatura]</u>	<u>[redacted]</u>
<u>marcela Skoush</u>	<u>tegarcia</u>	<u>marcela</u>	<u>[redacted]</u>





ESTADO DE SANTA CATARINA
 FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO BATISTA
 Balancete de Prestação de Contas de Recursos Antecipados

Exercício de 2023

Unidade Concedente FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE SÃO JOÃO BATISTA
 Ordenador da Despesa KARIN CRISTINE GELLER
 Entidade Beneficiada ASSOCIACAO BATISTENSE PROTETORA DOS ANIMAIS - ABPA C N P J 23 746 525/0001-76
 Endereço JOAO VICENTE DA SILVA - 433 CEP 88240000
 Responsável CPF
 Nota Empenho Numero 324 Data 21/02/23 Valor 3 000.00
 Projeto/Atividade 2 040 Funcionamento e Manutenção Centro Zoonose
 Item 3 3 50 00 00 00 00 00 00 Transferencias a Instituicoes Privadas sem Fins Lu
 Fonte 1 500 1002 000 Receitas de Impostos e de Transferência de Impostos - Saude
 Natureza da Despesa 3 3 50 41 02 00 00 00 Despesa com Manut de Outras Entid de Direito Priv

Histórico Fiel da Finalidade PELA TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS FINANCEIROS A ASSOCIAÇÃO BATISTENSE PROTETORA DOS ANIMAIS ATRAVÉS DO TERMO DE FOMENTO Nº 002/2022 DE 27/12/2022 REF MÊS 02/2023

Documento		Histórico	Recebimentos	Pagamentos
Numero	Data			
Empenho 324	21/02/2023	Valor recebido nesta data conforme empenho	3 000.00	
0		Devolução de Adiantamento		
6383	06/03/23	Zoonet Serviços Veterinários LIDA		3 000
Totais			3 000.00	3 000

Karin

Associação Batistense Protetora dos Animais - ABPA
CNPJ - 23.746.525/0001-76
São João Batista - Santa Catarina



Ofício 11/2023
de Abril de 2023

São João Batista, 24

Excelentíssimo Sr
Pedro Alfredo Ramos
Prefeito Municipal
São João Batista - SC

Excelentíssimo Senhor

Cumprimentando-o cordialmente, vimos por meio deste, apresentar a Prestação de Conta mensal no valor de R\$ 3.000,00 (três mil reais) recebido em 12/04/2023, através do Termo de Fomento celebrado entre o Município de São João Batista, por intermédio do Fundo Municipal de Saúde e a Associação Batistense protetora dos Animais – ABPA.

Esse valor foi destinado para esterilização de animais, conforme plano de convênio apresentado, relatório e termos de esterilização em anexo indicando realização do procedimento e animal beneficiado.

Em anexo, a documentação que comprova as despesas e pagamentos.

Atenciosamente,

Kamilla Trainotti
Presidente da ABPA

Associação Batistense Protetora dos Animais - ABPA
Rua: João Vicente da Silva, Número 433, Lote 3 Quadra C, Tajuba 2, São João Batista
E-mail: sjbabpa@gmail.com

Associação Batistense Protetora dos Animais - ABPA
CNPJ - 23.746.525/0001-76
São João Batista - Santa Catarina



PARECER DO CONSELHO FISCAL

O Conselho Fiscal da entidade Associação Batistense Protetora dos Animais - ABPA de São João Batista, CNPJ nº 23.746.525/0001-76, declara que os recursos recebidos através do Fundo Municipal de Saúde de São João Batista, no valor de R\$ 3.000,00 (três mil reais) recebidos no dia 12/04/2023, foram aplicados para os fins concedidos.

Certifica, por fim, que os pagamentos efetuados à conta do referido recurso foram destinados aos credores especificados nas notas fiscais e transferências bancárias que integram esta prestação de contas.


São João Batista, 24 de Abril de 2023

JHENYS CAROLINE SIQUEIRA DA ROSA


Conselho Fiscal

RITA DE CÁSSIA KREUSCH

Conselho Fiscal

ZOOVET SERVIÇOS VETERINÁRIOS LTDA CNPJ: 18 082 480/0001-42 AVENIDA GETULIO VARGAS 11 - 1º andar CEP: 88353-000 - Bairro: CENTRO II Município: BRUSQUE - SC Telefone: (47) 33510670 Email: gerenciasosanimas@gmail.com Insc. Municipal: 64599	Número da NFS-e 6383	
	Situação Emitido	

Nota Fiscal de Serviço Eletrônica - Série Única

 Estado de Santa Catarina Prefeitura Municipal de Brusque Secretaria da Fazenda	Autenticidade 0180550091561052	
	Data Emissão 06/03/2023	Hora Emissão 10:17:41

TOMADOR DO SERVIÇO

Razão Social		CPF/CNPJ
ABPA ASSOCIACAO BATISTENSE DE PROTECAO		23.746.525/0001-76
Endereço	Número S/N	Complemento
RUA DOMINGOS RAMPELOTTI		
Bairro	CEP	Cidade - Estado
CENTRO	88240-000	SAO JOAO BATISTA - SC

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS

Serviço	Local Prest.	Aliquota	Sit. Trib.	Vlr. Trib.	Dedução	Vlr. ISSRF
509	8055	3 0000 %	TI	3.000,00	0,00	0,00

Descrição do Serviço:

PROCEDIMENTO CIRURGICO (CASTRACÃO)

Base de Cálculo	Valor ISSQN	Valor ISSRF	Desconto	Valor Total	
3.000,00	90,00	0,00	0,00	3.000,00	
IR 0,00	INSS 0,00	CSLL 0,00	COFINS 0,00	PIS 0,00	

Descrição dos subitens da lista de serviço em acordo com Lei Complementar 106/03
 509 - Planos de atendimento e assistência médico-veterinária

Legenda do local da prestação do serviço
 8055 - BRUSQUE - SC

Outras Informações
 TI - Tributada integralmente.
 (509) Serviço Tributado no município do prestador.
 Autorização para emissão de Nota Fiscal de Serviço Eletrônica: 5/2014 de 08/01/2014.
 A data de vencimento do ISS quando o mesmo for devido no município do Prestador: 10/04/2023.
 A veracidade das informações declaradas na NFS-e podem ser consultadas no site: www.nfs-e.net.
 Valor aproximado dos tributos: Federais R\$ 403,50 (13 4500%), Estaduais R\$ 0,00 (0 0000%), Municipais R\$ 137,10 (4 5700%), com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - Fonte: IBPT.

Comprovante DOC E

CAIXA

Valor

R\$ 3.000,00

Data

24/04/23



Operação realizada com sucesso!

Dados do Pagador

Conta origem

3533 | 1388 | 000739157484-9

Dados do Recebedor

Conta destino

3069 | 130644-8

Tipo

E

Banco

756-BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A.

Finalidade

01-Credito em Conta Corrente

Nome destinatário

ZOOVET SERVICOS VETERINARIOS

CPF/CNPJ destinatário

18.082.480/0001-42

Dados da Transação

Valor a ser transferido

3.000,00

Taxa de emissão de DOC

11,00

Valor total a ser debitado

3.011,00

Identificação da operação

SOS 03

Data de débito

24/04/2023

Código da operação

46370328

Chave de segurança

CEME992QPPVUU901

SOBRE A CAIXA COOPERATIVA DO BRASIL S.A.
EXCELENTES SERVIÇOS PARA SEUS CLIENTES
CAIXA COOPERATIVA DO BRASIL S.A. - BANCO DO BRASIL
PRIMEIRA

Para obter mais informações sobre nossos serviços,
contate-nos pelo telefone 0800 726 2474 ou pelo e-mail
caixa@caixa.com.br

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos
canais de atendimento e informe o ID da transação presente
nessa comprovante

ABRIL CAIXA 4004 0114 - Caixa e o melhor lugar
ABRIL CAIXA 0800 104 0114 - Caixa e o melhor
Pessoas com deficiência: 0800 726 2474
CAIXA 0800 726 2474
CAIXA 0800 726 2474

Extrato

Saldo	197,97 C
Saldo bloqueado	0,00 C

* 650 - Sujeito a alteração até o final do expediente bancário

Extrato

DATA MOV.	NR. DOC.	HISTÓRICO	VALOR
	000000	SALDO ANTERIOR	0,00
		Saldo	207,43 C
06/04/2023	000000	REM BASICA	0,50 C
		Saldo	207,93 C
06/04/2023	000000	CRED JUROS	1,04 C
		Saldo	208,97 C
12/04/2023	121459	CRED TEV	3.000,00 C
		Saldo	3.208,97 C

Lançamentos do Dia

DATA MOV.	NR. DOC.	HISTÓRICO	VALOR
24/04/2023	370328	DOC EMTDO	3.000,00 D
		Saldo	208,97 C
24/04/2023	370328	TAR DOC IN	11,00 D
		Saldo	197,97 C

Handwritten signature



REGISTRO DE PROCEDIMENTO DE ESTERILIZAÇÃO - TF 02/2022

Nome do Animal: Lintão
Responsável/Tutor/Lar Temporário: [Redacted]
Endereço: [Redacted]
Telefone 1: [Redacted] Telefone 2: [Redacted] E-mail: [Redacted]

Informações do Animal

cão () gato castrado () microchipado
() macho fêmea () vermifugado () adotado
() filhote () adulto () vacinado () _____

15.02.23 [Redacted]
Data Assinatura do Responsável/Tutor/Lar Temporário

Nome do Animal: Volúrio
Responsável/Tutor/Lar Temporário: [Redacted]
Endereço: [Redacted] Bairro: _____
Telefone 1: _____ Telefone 2: _____ E-mail: _____

Informações do Animal

cão () gato castrado () microchipado
() macho fêmea () vermifugado () adotado
() filhote () adulto () vacinado () _____

16.02.23 X [Redacted]
Data Assinatura do Responsável/Tutor/Lar Temporário

Clínica: Hospital Veterinário SCS CNPJ: 18.082.470/0001-42
Endereço: Avenida Getúlio Vargas nº 11
Médico Veterinário: Lucas Felipe de Souza CRMV: SC 8054

Dr. Lucas Felipe de Souza
Médico Veterinário
CRMV/SC 8054

Assinatura e Carimbo do Médico Veterinário



REGISTRO DE PROCEDIMENTO DE ESTERILIZAÇÃO - TF 02/2022

Nome do Animal: Mi
Responsável/Tutor/Lar Temporário: [Redacted]
Endereço: [Redacted]
Telefone 1: [Redacted] Telefone 2: [Redacted] E-mail: [Redacted]

Informações do Animal

cão gato castrado microchipado
 macho fêmea vermifugado adotado
 filhote adulto vacinado _____

16.2.23
Data

[Redacted]
Assinatura do Responsável/Tutor/Lar Temporário

Nome do Animal: Prato
Responsável/Tutor/Lar Temporário: [Redacted]
Endereço: [Redacted] Bairro: [Redacted]
Telefone 1: _____ Telefone 2: _____ E-mail: _____

Informações do Animal

cão gato castrado microchipado
 macho fêmea vermifugado adotado
 filhote adulto vacinado _____

17.02.23
Data

[Redacted]
Assinatura do Responsável/Tutor/Lar Temporário

Clínica: Hospital Veterinário SOS Animais CNPJ: 18.082.480/0001-42
Endereço: Avenida Getúlio Vargas nº 11
Médico Veterinário: Lucas Felipe de Souza CRMV: SC 8054

Dr. Lucas Felipe de Souza
Médico Veterinário
CRMV/SC 8054

Assinatura e Carimbo do Médico Veterinário



REGISTRO DE PROCEDIMENTO DE ESTERILIZAÇÃO - TF 02/2022

Nome do Animal: Dulma
Responsável/Tutor/Lar Temporário: _____
Endereço: _____
Telefone 1: _____ e 2: _____ E-mail: _____

Informações do Animal

cão () gato castrado () microchipado
() macho fêmea () vermifugado () adotado
() filhote () adulto () vacinado () _____

28.02.23
Data

Assinatura do Responsável/Tutor/Lar Temporário

Nome do Animal: Carolina
Responsável/Tutor/Lar Temporário: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Telefone 1: _____ Telefone 2: _____ E-mail: _____

Informações do Animal

cão () gato castrado () microchipado
() macho fêmea () vermifugado () adotado
() filhote () adulto () vacinado () _____

28.02.23
Data

Assinatura do Responsável/Tutor/Lar Temporário

Clínica: Hospital Veterinário Sos Amma CNPJ: 13.082.480/0001-42
Endereço: Avenida Getúlio Vargas nº 11
Médico Veterinário: Lucas Felipe de Souza CRMV: 6C 8054

Lucas Felipe de Souza
Médico Veterinário
CRMV/SC 8054

Assinatura e Carimbo do Médico Veterinário



REGISTRO DE PROCEDIMENTO DE ESTERILIZAÇÃO - TF 02/2022

Nome do Animal: Mima
Responsável/Tutor/Lar Temporário: [Redacted]
Endereço: [Redacted] Bairro: [Redacted]
Telefone 1: [Redacted] Telefone 2: [Redacted] E-mail: [Redacted]

Informações do Animal

cão gato castrado microchipado
 macho fêmea vermifugado adotado
 filhote adulto vacinado _____

24.02.23
Data

[Redacted]
Assinatura do Responsável/Tutor/Lar Temporário

Nome do Animal: Dora
Responsável/Tutor/Lar Temporário: [Redacted]
Endereço: [Redacted] Bairro: _____
Telefone 1: _____ Telefone 2: _____ E-mail: _____

Informações do Animal

cão gato castrado microchipado
 macho fêmea vermifugado adotado
 filhote adulto vacinado _____

27.2.23
Data

[Redacted]
Assinatura do Responsável/Tutor/Lar Temporário

Clínica: Hospital Veterinário Soseminas CNPJ: 18.082.480/0001-42
Endereço: Avenida Getúlio Vargas nº11
Médico Veterinário: Lucas Felipe de Souza CRMV: SC 8054

Dr. Lucas Felipe de Souza
Médico Veterinário
CRMV/SC 8054

Assinatura e Carimbo do Médico Veterinário



REGISTRO DE PROCEDIMENTO DE ESTERILIZAÇÃO - TF 02/2022

Nome do Animal: Taulli
Responsável/Tutor/Lar Temporário: [Redacted]
Endereço: [Redacted]
Telefone 1: [Redacted] Telefone 2: _____ E-mail: _____

Informações do Animal

cão gato castrado microchipado
 macho fêmea vermifugado adotado
 filhote adulto vacinado _____

20.02.23
Data

[Redacted]
Assinatura do Responsável/Tutor/Lar Temporário

Nome do Animal: Lili
Responsável/Tutor/Lar Temporário: [Redacted]
Endereço: [Redacted]
Telefone 1: _____ Telefone 2: _____ E-mail: _____

Informações do Animal

cão gato castrado microchipado
 macho fêmea vermifugado adotado
 filhote adulto vacinado _____

21.2.23
Data

[Redacted]
Assinatura do Responsável/Tutor/Lar Temporário

Clínica: Hospital Veterinário dos Animais CNPJ: 18.082.480/0001-42
Endereço: Avenida Getúlio Vargas nº 11
Médico Veterinário: Dra. Lucias Felipe de Souza CRMV SC 8054

Dra. Lucias Felipe de Souza
Médico Veterinário
CRMV/SC 8054

Assinatura e Carimbo do Médico Veterinário



Juli

Lili



Mina

Dora



Mina

Dora



Pintada



Valeria



Mi



Pirata