

## FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Praça Kennedy, nº 1  
 Centro  
 CANDIBA - BA  
 CNPJ: 11.634.059/0001-58

### NOTA DE EMPENHO

|            |               |              |              |                         |
|------------|---------------|--------------|--------------|-------------------------|
| Proc. Adm: | Empenho: 1537 | Exerc.: 2020 | Tipo: NORMAL | Crédito: Extraordinário |
|------------|---------------|--------------|--------------|-------------------------|

| CLASSIFICAÇÃO ORÇAMENTÁRIA  | DADOS COMPLEMENTARES  |                         |                    |            |        |            |  |
|---|---|-------------------------|--------------------|------------|--------|------------|--|
| Unidade: 020400 - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE<br>Função: 10 - SAÚDE<br>Sub-Função: 122 - ADMINISTRAÇÃO GERAL<br>Programa: 032 - MELHORIA DA SAÚDE PÚBLICA<br>Ação: 2075 - Enfrentamento da Emergência de Saúde Pública COVID 19 Portaria 1666<br>Elemento: 3.3.9.0.39.00.00 - Outros SERV TERC - Pessoa Jurídica<br>Fonte 14 - SUS | Modalidade: Outros/Não se Aplica<br>Contrato:<br>Convênio:<br>Cat. da Despesa: 33903999 - Outros Serviços de Terceiros -Pessoa Jurídica<br>Incorporação:<br>Desp. de Pessoal:<br>Obs: |                         |                    |            |        |            |  |
| <table border="1"> <tr> <td><b>Saldo Anterior</b></td> <td><b>Valor do Empenho</b></td> <td><b>Saldo Atual</b></td> </tr> <tr> <td>198.466,00</td> <td>400,00</td> <td>198.066,00</td> </tr> </table>   | <b>Saldo Anterior</b>   | <b>Valor do Empenho</b> | <b>Saldo Atual</b> | 198.466,00 | 400,00 | 198.066,00 |  |
| <b>Saldo Anterior</b>   | <b>Valor do Empenho</b>   | <b>Saldo Atual</b>      |                    |            |        |            |  |
| 198.466,00  | 400,00  | 198.066,00              |                    |            |        |            |  |

#### CREDOR

|   |                                   |
|---|-----------------------------------|
| R.Social/Nome: 23945 - HOSPITAL NOVA ALIANÇA LTDA | Endereço: RUA ALVARO GUIMARÃES 45 |
| C.N.P.J/CPF: 04.506.305/0001-20                   | Bairro: AEROPORTO VELHO           |
| I.M.:   | Cidade/UF: GUANAMBI / BA          |
| Banco:  | Conta:                            |
| R.G.:   |                                   |
| I.E.:   |                                   |
| Agência:  |                                   |

#### HISTÓRICO / ESPECIFICAÇÃO DA DESPESA

Valor que se empenha para atender despesas com realização de tomografia computadorizada do Tórax de Maura Ramos Lima, RG: 06478786-90.

#### Itens do Empenho

| Item | Código | Descrição | Unidade | Quantidade | Valor Único | Valor Total |
|------|--------|-----------|---------|------------|-------------|-------------|
|------|--------|-----------|---------|------------|-------------|-------------|

Data do Empenho: 01/12/2020

Valor: 400,00 ( Quatrocentos Reais)

AUTORIZO O EMPENHO DA DESPESA SUPRA MENCIONADA EM: 01/12/2020

  
 JACKSON ELISEU DE OLIVEIRA  
 CPF.: 055.763.705-89  
 Secretário

DECLARO QUE A IMPORTÂNCIA SUPRA FOI DEDUZIDA DO  
 CRÉDITO PRÓPRIO EM:01/12/2020

  
 HERICK TEIXEIRA CARVALHO  
 CPF.: 048.091.915-16  
 Auxiliar de Contabilidade

Empenho: 1537

# FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Praça Kennedy, nº 1  
 Centro  
 CANDIBA - BA  
 CNPJ: 11.634.059/0001-58

## NOTA DE LIQUIDAÇÃO

|            |               |           |              |              |                         |
|------------|---------------|-----------|--------------|--------------|-------------------------|
| Proc. Adm: | Empenho: 1537 | Liq: 4531 | Exerc.: 2020 | Tipo: Normal | Crédito: Extraordinário |
|------------|---------------|-----------|--------------|--------------|-------------------------|

| CLASSIFICAÇÃO ORÇAMENTÁRIA  | DADOS COMPLEMENTARES  |
|---|---|
| Unidade: 020400 - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE<br>Função: 10 - SAÚDE<br>Sub-Função: 122 - ADMINISTRAÇÃO GERAL<br>Programa: 032 - MELHORIA DA SAÚDE PÚBLICA<br>Ação: 2075 - Enfrentamento da Emergência de Saúde Pública COVID<br>19 Portaria 1666<br>Elemento: 3.3.9.0.39.00.00 - Outros SERV TERC - Pessoa Jurídica<br>Fonte: 14 - SUS | Modalidade: Outros/Não se Aplica<br>Contrato:<br>Convênio:<br>Cát. da Despesa: 33903999 - Outros Serviços de Terceiros -Pessoa Jurídica<br>Incorporação:<br>Desp. de Pessoal: |

| Saldo Anterior | Valor do Empenho | Saldo Atual | Saldo Anterior do Empenho | SubEmpenho | Saldo Atual do Empenho |
|----------------|------------------|-------------|---------------------------|------------|------------------------|
| 198.466,00     | 400,00           | 198.066,00  |                           |            |                        |

### CREDOR

|   |          |                                   |
|---|----------|-----------------------------------|
| R.Social/Nome: 23945 - HOSPITAL NOVA ALIANÇA LTDA | R.G.:    | Endereço: RUA ALVARO GUIMARÃES 45 |
| C.N.P.J/CPF: 04.506.305/0001-20                   | I.E.:    | Bairro: AEROPORTO VELHO           |
| I.M.:   | Agência: | Cidade/UF: GUANAMBI / BA          |
| Banco:  |          | Conta:                            |

### HISTÓRICO / ESPECIFICAÇÃO DA DESPESA

Valor que se empenha para atender despesas com realização de tomografia computadorizada do Tórax de Maura Ramos Lima, RG: 06478786-90.

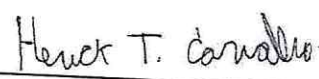
|                             |                                |
|-----------------------------|--------------------------------|
| Data do Empenho: 01/12/2020 | Data da Liquidação: 09/12/2020 |
|-----------------------------|--------------------------------|

|                         |   |
|-------------------------|---|
| Valor Bruto: 400,00     | Valor Bruto por Extenso: Quatrocentos Reais |
| <b>RETENÇÃO</b>         |   |
| Total da Retenção: 0,00 |   |


|   |        |
|---|--------|
| <b>DOCUMENTO COMPROBATÓRIO: NOTA FISCAL</b>   |        |
| Número do Documento: 4345 - Série: - Sub-Série: - Data de Emissão: 09/12/2020 - Data de Validade: | 400,00 |
| Total do Documento: 400,00  |        |

Valor Líquido: 400,00 ( Quatrocentos Reais)

DECLARO QUE ESTE MATERIAL(AIS) FOI(RAM) RECEBIDO(S) E REGISTRADO(S) NO LIVRO PRÓPRIO QUE O(S) SERVIÇO FOI(RAM) PRESTADO(S) CONFORME DOC. COMPROBATÓRIO ANEXO.

  
 \_\_\_\_\_  
 HERICK TEIXEIRA CARVALHO  
 CPF.:048.091.915-16  
 Auxiliar de Contabilidade

DECLARO QUE A DESPESA RELATIVA À NOTA DE EMPENHO SUPRA ESTÁ LIQUIDADADA, PODENDO EFETUAR O PAGAMENTO.

  
 \_\_\_\_\_  
 MARIA EVA DOS SANTOS TRINDADE  
 CPF.: 316.352.965-87  
 Tesoureiro

Empenho:  
1537

# FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Praça Kennedy, nº 1  
 Centro  
 CANDIBA - BA  
 CNPJ: 11.634.059/0001-58

## NOTA DE PAGAMENTO

|            |               |              |              |                         |
|------------|---------------|--------------|--------------|-------------------------|
| Proc. Adm: | Empenho: 1537 | Exerc.: 2020 | Tipo: Normal | Crédito: Extraordinário |
|------------|---------------|--------------|--------------|-------------------------|

| CLASSIFICAÇÃO ORÇAMENTÁRIA   | DADOS COMPLEMENTARES  |
|--|---|
| Unidade: 020400 - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE<br>Função: 10 - SAÚDE<br>Sub-Função: 122 - ADMINISTRAÇÃO GERAL<br>Programa: 032 - MELHORIA DA SAÚDE PÚBLICA<br>Ação: 2075 - Enfrentamento da Emergência de Saúde Pública COVID<br>19 Portaria 1666<br>Elemento: 3.3.9.0.39.00.00 - Outros SERV TERC - Pessoa Jurídica<br>Fonte 14 - SUS | Modalidade: Outros/Não se Aplica<br>Contrato:<br>Convênio:<br>Cat. da Despesa: 33903999 - Outros Serviços de Terceiros -Pessoa Jurídica<br>Incorporação:<br>Desp. de Pessoal: |

| Saldo Anterior | Valor do Empenho | Saldo Atual | Saldo Anterior do Empenho | SubEmpenho | Saldo Atual do Empenho |
|----------------|------------------|-------------|---------------------------|------------|------------------------|
| 198.466,00     | 400,00           | 198.066,00  | 0,00                      | 0,00       | 0,00                   |

**CREADOR**

|   |                                   |
|---|-----------------------------------|
| R.Social/Nome: 23945 - HOSPITAL NOVA ALIANÇA LTDA | Endereço: RUA ALVARO GUIMARÃES 45 |
| C.N.P.J/CPF: 04.506.305/0001-20                   | R.G.:                             |
| I.M.:   | Bairro: AEROPORTO VELHO           |
| Banco:  | I.E.:                             |
| Agência:  | Cidade/UF: GUANAMBI / BA          |
|   | Conta:                            |

**HISTÓRICO / ESPECIFICAÇÃO DA DESPESA**

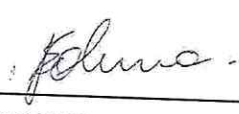
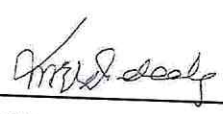
Valor que se empenha para atender despesas com realização de tomografia computadorizada do Tórax de Maura Ramos Lima, RG: 06478786-90.

DATA EMPENHO: 01/12/2020 DATA LIQUIDAÇÃO: 09/12/2020 DATA PAGAMENTO: 09/12/2020

Valor Bruto: 400,00 Valor Bruto por Extenso: Quatrocentos Reais

Nº DO PROCESSO DE PAGAMENTO:

| CÓDIGO | BANCO               | AGÊNCIA  | CONTA                                 | DOCUMENTO | FONTE | VALOR  |
|--------|---------------------|----------|---------------------------------------|-----------|-------|--------|
| 001    | BANCO DO BRASIL SA. | 1728 - 0 | 14818-0 - FMS - COVID 19 - PORT. 1666 | 9999      | 14    | 400,00 |

|   |  |
|---|--|
| Pague-se a quantia de R\$ 400,00 ( Quatrocentos Reais)  | Total Pago: <b>400,00</b>  |
| <br>JACKSON ELISEU DE OLIVEIRA<br>CPF.: 055.763.705-89<br>Secretário | Foi paga a importância autorizada<br><br>MARIA EVA DOS SANTOS TRINDADE<br>CPF.: 316.352.965-87<br>Tesoureiro |

Empenho: 1537



**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**

Praça Kennedy, nº 1  
Centro  
CANDIBA - BAHIA  
CNPJ (MF): 11.634.059/0001-58

Nome: HOSPITAL NOVA ALIANÇA LTDA C.N.P.J./C.P.F.: 04.506.305/0001-20  
RG: Insc. Municipal: Insc. Estadual:  
Endereço: RUA ALVARO GUIMARÃES 45 Cidade: GUANAMBI UF: BA  
Banco: Agência: Conta:  
Tipo Conta: Tp. Op.:

**CLASSIFICAÇÃO ORÇAMENTÁRIA** Empenho Nº: 1537

Unidade Orçamentária: 020400 - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE  
Projeto / Atividade: 2075 - Enfrentamento da Emergência de Saúde Pública COVID 19 Portaria 1666  
Elemento de Despesa: 3390390000 - Outros SERV TERC - Pessoa Jurídica  
Fonte de Recurso: 14 - SUS

**ESPECIFICAÇÃO**

Valor que se empenha para atender despesas com realização de tomografia computadorizada do Tórax de Maura Ramos Lima, RG: 06478786-90.

|                           |               |                                |                |              |                     |              |
|---------------------------|---------------|--------------------------------|----------------|--------------|---------------------|--------------|
| <b>Valor Bruto R\$:</b>   | <b>400,00</b> | <b>PAGUE-SE EM: 09/12/2020</b> |                |              |                     |              |
| <b>RETENÇÕES</b>          |               | <b>Banco</b>                   | <b>Agência</b> | <b>Conta</b> | <b>Nº Documento</b> | <b>Valor</b> |
|                           |               | 001                            | 1728-0         | 14818-0      | 9999                | 400,00       |
| <b>Valor Líquido R\$:</b> | <b>400,00</b> |                                |                |              |                     |              |

**RECIBO**

Recebi do(a) FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE a quantia supra R\$ 400 ( Quatrocentos Reais), correspondente a especificação acima descrita. Para devidos efeitos passo e firmo em (duas) vias, dando plena e geral quitação.

CANDIBA / BA, 09 de dezembro de 2020

O valor liquidado foi efetuado através de transferência bancária em anexo.



# PREFEITURA MUNICIPAL DE GUANAMBI

Secretaria Municipal da Fazenda

Central de Tributos

PRACA HENRIQUE PEREIRA DONATO, 90 - CENTRO  
Guanambi - BA - 46430000

Nota: 20200

0010434

Código Verificação

141E54DB1

Código QR



## NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFeS

Data e Hora de Emissão: 09/12/2020 - 16:10 hs

Período de Competência: 12/2020

Município de Prestação: Guanambi - BA

Reg. Especial Tributação: Nenhum

Natureza da Operação: Tributação no município

### PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social: HOSPITAL NOVA ALIANCA LTDA

CPF/CNPJ: 04.506.305/0001-20

Nome Fantasia: HOSPITAL NOVA ALIANCA

Inscrição Municipal: 4031610

Email: georgecontabilidade2000@gmail.com

Fone/Fax: (77) 3452-3500

Inscrição Estadual:

Incentivador Cultural: Não

Simple Nacional: Não

MEI: Não

Endereço: RUA ALVARO GUIMARAES, 45 - AEROPORTO VELHO - CEP: 46.430-000 - Guanambi - BA

### TOMADOR DE SERVIÇOS

Razão Social: FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE CANDIBA

CPF/CNPJ: 11.634.059/0001-58

Nome Fantasia:

Inscrição Municipal:

Email: s.saudecandiba@bol.com.br

Fone/Fax: (77) 3661-2029

Inscrição Estadual:

Endereço: PRAÇA KENNEDY, 01 - CENTRO - CEP: 46.380-000 - Candiba - BA

### DADOS COMPLEMENTARES

Código de Serviço: 4.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres

CNAE: 8610-1/02 - Atividades de atendimento em pronto-socorro e unidades hospitalares para atendimento a urgências

Intermediário:

Inscrição Municipal:

Construção Civil - Obra:

ART:

### DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

REFERENTE A REALIZACAO DE UMA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TORAX DA PACIENTE MAURA RAMOS LIMA PORTADORA DO RG 06478786-90.

20753914

### VALOR TOTAL DE SERVIÇOS = R\$ 400,00

|                |                               |                             |                       |              |                        |
|----------------|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------|--------------|------------------------|
| PIS (R\$)      | COFINS (R\$)                  | INSS (R\$)                  | IR (R\$)              | CSLL (R\$)   | Outras Retenções (R\$) |
| 0,00           | 0,00                          | 0,00                        | 0,00                  | 0,00         | 0,00                   |
| Deduções (R\$) | Desconto Incondicionado (R\$) | Desconto Condicionado (R\$) | Base de Cálculo (R\$) | Alíquota (%) | Valor Líquido (R\$)    |
| 0,00           | 0,00                          | 0,00                        | 400,00                | 5,00000      | 400,00                 |
|                |                               | ISS (R\$)                   | ISS Retido (R\$)      |              |                        |
|                |                               | 20,00                       | 0,00                  |              |                        |

### OUTRAS INFORMAÇÕES

A autenticidade desta NFeS pode ser verificada no site <https://guanambi-ba.issintegra.com.br/>.  
Esta NFeS foi emitida com respaldo na Lei Nº 088/2005 e no Decreto Nº 520/2019.

Emitido por: GEORGE LUIZ MARQUES NOGUEIRA

14/12/2020 - BANCO DO BRASIL - 10:54:36  
172801728 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: FMS - COVID19-POT16666

AGENCIA: 1728-0 CONTA: 14.818-0

=====

|                       |                     |
|-----------------------|---------------------|
| DATA DA TRANSFERENCIA | 14/12/2020          |
| NR. DOCUMENTO         | 550.923.000.035.741 |
| VALOR TOTAL           | 400,00              |

\*\*\*\*\* TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: HOSPITAL NOVA ALIANCA LTD

AGENCIA: 0923-7 CONTA: 35.741-3

NR. DOCUMENTO 551.728.000.014.818

=====

|                 |                       |
|-----------------|-----------------------|
| NR.AUTENTICACAO | F.0E3.5C9.62E.2A7.F71 |
|-----------------|-----------------------|



## Certidão Negativa de Débitos Tributários

(Emitida para os efeitos dos arts. 113 e 114 da Lei 3.956 de 11 de dezembro de 1981 - Código Tributário do Estado da Bahia)

Certidão Nº: 20203736710

|                                   |                           |
|-----------------------------------|---------------------------|
| RAZÃO SOCIAL                      |                           |
| <b>HOSPITAL NOVA ALIANCA LTDA</b> |                           |
| INSCRIÇÃO ESTADUAL                | CNPJ                      |
| <b>007.776.733 - BAIXADO</b>      | <b>04.506.305/0001-20</b> |

Fica certificado que não constam, até a presente data, pendências de responsabilidade da pessoa física ou jurídica acima identificada, relativas aos tributos administrados por esta Secretaria.

Esta certidão engloba todos os seus estabelecimentos quanto à inexistência de débitos, inclusive os inscritos na Dívida Ativa, de competência da Procuradoria Geral do Estado, ressalvado o direito da Fazenda Pública do Estado da Bahia cobrar quaisquer débitos que vierem a ser apurados posteriormente.

Emitida em 11/12/2020, conforme Portaria nº 918/99, sendo válida por 60 dias, contados a partir da data de sua emissão.

**A AUTENTICIDADE DESTES DOCUMENTOS PODE SER COMPROVADA NAS INSPETORIAS FAZENDÁRIAS OU VIA INTERNET, NO ENDEREÇO <http://www.sefaz.ba.gov.br>**

Válida com a apresentação conjunta do cartão original de inscrição no CPF ou no CNPJ da Secretaria da Receita Federal do Ministério da Fazenda.





PODER JUDICIÁRIO  
JUSTIÇA DO TRABALHO

## **CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS TRABALHISTAS**

Nome: HOSPITAL NOVA ALIANCA LTDA (MATRIZ E FILIAIS)  
CNPJ: 04.506.305/0001-20  
Certidão n°: 32599476/2020  
Expedição: 11/12/2020, às 11:10:48  
Validade: 08/06/2021 - 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de sua expedição.

Certifica-se que **HOSPITAL NOVA ALIANCA LTDA (MATRIZ E FILIAIS)**, inscrito(a) no CNPJ sob o n° **04.506.305/0001-20**, **NÃO CONSTA** do Banco Nacional de Devedores Trabalhistas.

Certidão emitida com base no art. 642-A da Consolidação das Leis do Trabalho, acrescentado pela Lei n° 12.440, de 7 de julho de 2011, e na Resolução Administrativa n° 1470/2011 do Tribunal Superior do Trabalho, de 24 de agosto de 2011.

Os dados constantes desta Certidão são de responsabilidade dos Tribunais do Trabalho e estão atualizados até 2 (dois) dias anteriores à data da sua expedição.

No caso de pessoa jurídica, a Certidão atesta a empresa em relação a todos os seus estabelecimentos, agências ou filiais.

A aceitação desta certidão condiciona-se à verificação de sua autenticidade no portal do Tribunal Superior do Trabalho na Internet (<http://www.tst.jus.br>).

Certidão emitida gratuitamente.

### **INFORMAÇÃO IMPORTANTE**

Do Banco Nacional de Devedores Trabalhistas constam os dados necessários à identificação das pessoas naturais e jurídicas inadimplentes perante a Justiça do Trabalho quanto às obrigações estabelecidas em sentença condenatória transitada em julgado ou em acordos judiciais trabalhistas, inclusive no concernente aos recolhimentos previdenciários, a honorários, a custas, a emolumentos ou a recolhimentos determinados em lei; ou decorrentes de execução de acordos firmados perante o Ministério Público do Trabalho ou Comissão de Conciliação Prévia.





**MINISTÉRIO DA FAZENDA**  
**Secretaria da Receita Federal do Brasil**  
**Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional**

**CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS RELATIVOS AOS TRIBUTOS FEDERAIS E À DÍVIDA ATIVA DA UNIÃO**

**Nome: HOSPITAL NOVA ALIANCA LTDA**  
**CNPJ: 04.506.305/0001-20**

Ressalvado o direito de a Fazenda Nacional cobrar e inscrever quaisquer dívidas de responsabilidade do sujeito passivo acima identificado que vierem a ser apuradas, é certificado que não constam pendências em seu nome, relativas a créditos tributários administrados pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) e a inscrições em Dívida Ativa da União (DAU) junto à Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN).

Esta certidão é válida para o estabelecimento matriz e suas filiais e, no caso de ente federativo, para todos os órgãos e fundos públicos da administração direta a ele vinculados. Refere-se à situação do sujeito passivo no âmbito da RFB e da PGFN e abrange inclusive as contribuições sociais previstas nas alíneas 'a' a 'd' do parágrafo único do art. 11 da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991.

A aceitação desta certidão está condicionada à verificação de sua autenticidade na Internet, nos endereços <<http://rfb.gov.br>> ou <<http://www.pgfn.gov.br>>.

Certidão emitida gratuitamente com base na Portaria Conjunta RFB/PGFN nº 1.751, de 2/10/2014. Emitida às 02:52:24 do dia 27/11/2020 <hora e data de Brasília>.

Válida até 26/05/2021.

Código de controle da certidão: **A49E.3BF9.2831.13B6**

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.

[Voltar](#)[Imprimir](#)

## Certificado de Regularidade do FGTS - CRF

**Inscrição:** 04.506.305/0001-20  
**Razão Social:** HOSPITAL NOVA ALIANCA LTDA  
**Endereço:** AV ALVARO GUIMARAES 45 / AEROPORTO VELHO / GUANAMBI / BA / 46430-000

A Caixa Econômica Federal, no uso da atribuição que lhe confere o Art. 7, da Lei 8.036, de 11 de maio de 1990, certifica que, nesta data, a empresa acima identificada encontra-se em situação regular perante o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O presente Certificado não servirá de prova contra cobrança de quaisquer débitos referentes a contribuições e/ou encargos devidos, decorrentes das obrigações com o FGTS.

**Validade:** 30/11/2020 a 29/12/2020

**Certificação Número:** 2020113001262017343800

Informação obtida em 11/12/2020 11:09:08

A utilização deste Certificado para os fins previstos em Lei esta condicionada a verificação de autenticidade no site da Caixa: [www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)