Prefeitura Municipal de Jaguarão
Rua. 27 de Janeiro, 422
CEP 96300 000 - Jaguarão - RS
Fone. (53) 3261 1999

# PARECER DA CONTADORIA

## PRESTAÇÃO DE CONTAS

**Conveniada: SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARÃO**

**Projeto: PLANO OPERATIVO**

**Competência: NOVEMBRO - 2020**

**Aprovada:** _____

**Data:** 29/08/12.022.

Claudinei Martins Rocha
Téc. em Contabilidade
CRT/RS 38793
CPF: 921.460.790-49

**Reprovada:** _____

**Data:** _____

**Motivo:** _____

**Revisão:** _____

**Data:** _____

**Motivo:** _____

**Conferido:** _____

Santa Casa
de Caridade de Jaguarão

Jaguarão, 18 de Janeiro de 2021.

**Protocolo**

Encontra se neste envelope a documentação referente a plano operativo comp. NOVEMBRO2020.

Atenciosamente,

Gilcelli Soares Machado
Gestor Presidente
Decreto Municipal n° 056/2020

Juliana da Silva Figueiredo
CRC/SP 269868/0-2-T-RS
Contadora

Recebi
21/01/21

*Pç. Dr. Hermes Pintos Affonso, s/n – Jaguarão – RS – CEP 96300-000 –*
*Fone/Fax:(53)3261.1088*
*CNPJ: 88.413.661/0001-90 – Insc. Municipal: 003072*
*e-mail: santacasajaguarao@gmail.com*

**Banrisul**

B A N R I S U L
AGENCIA: 0235 - JAGUARAO
CONTA..: 06.025232.0-4
NOME...: SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO
PERIODO: NOVEMBRO/2020
IDENTIFICACAO: 07202206070134476043

PARA SIMPLES CONFERENCIA

MOVIMENTOS DA CONTA CORRENTE

| DIA | HISTORICO | DOCUMENTO | V A L O R |
|---|---|---|---|
| | SALDO ANT EM 30/10/2020 | | 2,91 |
| ++ | MOVIMENTOS NOV/2020 | | |
| 03 | CREDITO TRANSFERENCIA | 898189 | 1.320,00 |
| | CREDITO TRANSFERENCIA | 900870 | 8.430,00 |
| | PAGAMENTO TITULO | 898558 | 1.238,82- |
| | PAGAMENTO DARF | 898596 | 61,38- |
| | DEBITO TRANSFERENCIA | 900877 | 5.374,42- |
| | DEBITO TRANSFERENCIA | 900879 | 3.055,19- |
| | TRANSFERENCIA DE RECURSOS | 008000 | 7,00- |
| | TRANSFERENCIA DE RECURSOS | 008000 | 1,40- |
| | SALDO NA DATA | | 14,70 |
| 04 | CREDITO TRANSFERENCIA | 000274 | 20,00 |
| | CREDITO TRANSFERENCIA | 000765 | 9.000,00 |
| | DEBITO TRANSFERENCIA | 001655 | 670,00- |
| | PAGAMENTO DARF | 000299 | 19,80- |
| | DEBITO TRANSFERENCIA | 000795 | 146,00- |
| | DEBITO TRANSFERENCIA | 000802 | 3.031,32- |
| | DEBITO TRANSFERENCIA | 000817 | 998,90- |
| | DEBITO TRANSFERENCIA | 000906 | 838,00- |
| | DEBITO TRANSFERENCIA | 000923 | 954,35- |
| | DEBITO TRANSFERENCIA | 000961 | 567,00- |
| | DEBITO TRANSFERENCIA | 000968 | 501,26- |
| | DEBITO TRANSFERENCIA | 001026 | 777,32- |
| | DEBITO TRANSFERENCIA | 001059 | 530,00- |
| | SALDO NA DATA | | 0,75 |
| 05 | CREDITO TRANSFERENCIA | 003425 | 60.000,00 |
| | CREDITO TRANSFERENCIA | 003426 | 57.000,00 |
| | CREDITO TRANSFERENCIA | 003428 | 37.000,00 |
| | CREDITO TRANSFERENCIA | 003429 | 27.000,00 |
| | CREDITO TRANSFERENCIA | 003430 | 18.000,00 |
| | CREDITO TRANSFERENCIA | 003432 | 15.000,00 |
| | CREDITO TRANSFERENCIA | 003433 | 7.800,00 |
| | CREDITO TRANSFERENCIA | 003435 | 2.000,00 |
| | CREDITO TRANSFERENCIA | 003787 | 8.422,21 |
| | DEBITO TRANSFERENCIA | 003751 | 223.745,00- |
| | DEBITO FOLHA PAGAMENTO | 003796 | 8.422,21- |
| | MENSALIDADE PACOTE | 008000 | 55,00- |
| | SALDO NA DATA | | 0,75 |
| 06 | CREDITO TRANSFERENCIA | 006138 | 7.724,19 |
| | CREDITO TRANSFERENCIA | 008301 | 71.037,00 |
| | DEBITO TRANSFERENCIA | 008309 | 4.500,00- |
| | DEBITO TRANSFERENCIA | 008315 | 871,00- |
| | DEBITO TRANSFERENCIA | 008328 | 16.549,00- |
| | DEBITO TRANSFERENCIA | 008335 | 6.000,00- |
| | DEBITO TRANSFERENCIA | 008356 | 4.108,13- |
| | DEBITO TRANSFERENCIA | 008360 | 6.582,21- |
| | DEBITO TRANSFERENCIA | 008363 | 12.426,23- |
| | DEBITO TRANSFERENCIA | 008365 | 2.000,00- |
| | DEBITO TRANSFERENCIA | 008371 | 4.934,28- |
| | DEBITO TRANSFERENCIA | 008400 | 13.066,00- |
| | PAGAMENTO FGTS | 006154 | 7.724,19- |
| | SALDO NA DATA | | 0,90 |
| 09 | CREDITO TRANSFERENCIA | 011519 | 10.307,10 |
| | CREDITO TRANSFERENCIA | 012072 | 256,00 |
| | TARIFA DOC/TED | 011933 | 10,00- |
| | TARIFA DOC/TED | 012115 | 10,00- |
| | PAGAMENTO DARF | 012143 | 134,99- |
| | PAGAMENTO DARF | 012174 | 43,54- |
| | DEBITO TRANSFERENCIA | 011692 | 3.639,87- |
| | TED | 011933 | 4.000,00- |
| | TED | 012115 | 2.724,69- |
| | SALDO NA DATA | | 0,91 |
| 10 | CREDITO TRANSFERENCIA | 013241 | 18.000,00 |
| | CREDITO TRANSFERENCIA | 013268 | 61.967,00 |
| | CREDITO TRANSFERENCIA | 013869 | 21.906,50 |
| | CREDITO TRANSFERENCIA | 014967 | 11.010,00 |
| | CREDITO TRANSFERENCIA | 015325 | 9.581,00 |
| | CREDITO TRANSFERENCIA | 015452 | 88.750,00 |
| | CREDITO TRANSFERENCIA | 015770 | 6.744,00 |
| | CREDITO TRANSFERENCIA | 015804 | 10.383,30 |
| | TARIFA DOC/TED | 013286 | 10,00- |
| | TARIFA DOC/TED | 013295 | 10,00- |
| | TARIFA DOC/TED | 015003 | 10,00- |
| | TARIFA DOC/TED | 015495 | 10,00- |
| | TARIFA DOC/TED | 015527 | 10,00- |
| | DEBITO TRANSFERENCIA | 013244 | 18.000,00- |
| | DEBITO TRANSFERENCIA | 013337 | 18.000,00- |
| | DEBITO TRANSFERENCIA | 013356 | 15.000,00- |
| | DEBITO TRANSFERENCIA | 015333 | 9.581,00- |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | DEBITO TRANSFERENCIA | 015475 | 13.333,28- |
| | DEBITO TRANSFERENCIA | 015482 | 8.166,60- |
| | DEBITO TRANSFERENCIA | 015506 | 26.000,00- |
| | DEBITO TRANSFERENCIA | 015513 | 20.000,00- |
| | DEBITO TRANSFERENCIA | 015532 | 2.193,56- |
| | DEBITO TRANSFERENCIA | 015716 | 6.300,00- |
| | DEBITO TRANSFERENCIA | 015731 | 6.532,50- |
| | DEBITO TRANSFERENCIA | 015751 | 1.742,00- |
| | DEBITO TRANSFERENCIA | 015790 | 14.100,00- |
| | DEBITO TRANSFERENCIA | 015810 | 2.800,00- |
| | DEBITO TRANSFERENCIA | 015812 | 7.583,30- |
| | TED | 013286 | 24.726,50- |
| | TED | 013295 | 4.200,00- |
| | TED | 015003 | 11.000,00- |
| | TED | 015495 | 12.500,00- |
| | TED | 015527 | 6.533,28- |
| | SALDO NA DATA | | 0,69 |
| 11 | CREDITO TRANSFERENCIA | 016939 | 1.800,00 |
| | CREDITO TRANSFERENCIA | 017769 | 5.572,87 |
| | TARIFA DOC/TED | 017773 | 10,00- |
| | DEBITO TRANSFERENCIA | 016963 | 300,00- |
| | DEBITO TRANSFERENCIA | 016969 | 1.500,00- |
| | TED | 017773 | 5.562,87- |
| | SALDO NA DATA | | 0,69 |
| 12 | CREDITO TRANSFERENCIA | 018473 | 8.300,00 |
| | CREDITO TRANSFERENCIA | 018478 | 13.606,50 |
| | CREDITO TRANSFERENCIA | 018798 | 365,00 |
| | PAGAMENTO DARF | 019207 | 88,91- |
| | PAGAMENTO DARF | 019218 | 275,62- |
| | DEBITO TRANSFERENCIA | 018483 | 21.906,50- |
| | SALDO NA DATA | | 1,16 |
| 13 | CREDITO TRANSFERENCIA | 020752 | 5.000,00 |
| | CHEQUE EMITENTE POR CAIXA | 000448 | 5.000,00- |
| | SALDO NA DATA | | 1,16 |
| 17 | TED - SPB | 020746 | 100.000,00 |
| | DEBITO TRANSFERENCIA | 025339 | 100.000,00- |
| | SALDO NA DATA | | 1,16 |
| 19 | CREDITO TRANSFERENCIA | 027650 | 5.900,00 |
| | PAGAMENTO TITULO | 027672 | 5.900,00- |
| | SALDO NA DATA | | 1,16 |
| 20 | CREDITO TRANSFERENCIA | 029614 | 7.798,00 |
| | CREDITO TRANSFERENCIA | 029549 | 20.000,00 |
| | CREDITO TRANSFERENCIA | 030501 | 1.120,72 |
| | PAGAMENTO TITULO | 030581 | 1.051,12- |
| | PAGAMENTO DARF | 029594 | 8.749,57- |
| | PAGAMENTO DARF | 029602 | 5.315,27- |
| | PAGAMENTO DARF | 030502 | 52,08- |
| | PAGAMENTO DARF | 030505 | 16,80- |
| | PAGAMENTO G.P.S. | 029620 | 13.428,26- |
| | DEBITO TRANSFERENCIA | 030623 | 306,00- |
| | SALDO NA DATA | | 0,78 |
| 26 | CREDITO TRANSFERENCIA | 740983 | 100,00 |
| | DEBITO TRANSFERENCIA | 037142 | 100,00- |
| | SALDO NA DATA | | 0,78 |
| 30 | CREDITO TRANSFERENCIA | 041489 | 6.598,48 |
| | CREDITO TRANSFERENCIA | 041820 | 135.000,00 |
| | CREDITO TRANSFERENCIA | 041822 | 37.292,60 |
| | CREDITO TRANSFERENCIA | 041827 | 22.139,15 |
| | CREDITO TRANSFERENCIA | 041829 | 17.192,79 |
| | CREDITO TRANSFERENCIA | 041830 | 15.327,00 |
| | TED - SPB | 050601 | 9.274,92 |
| | TED - SPB | 050602 | 9.143,10 |
| | DEBITO TRANSFERENCIA | 042133 | 63.200,00- |
| | DEBITO TRANSFERENCIA | 042956 | 54.245,26- |
| | TARIFA DOC/TED | 042887 | 10,00- |
| | DEBITO TRANSFERENCIA | 042104 | 47.138,00- |
| | TED | 042887 | 2.261,01- |
| | DEBITO FOLHA PAGAMENTO | 042746 | 3.624,32- |
| | DEBITO FOLHA PAGAMENTO | 042756 | 3.805,74- |
| | DEBITO FOLHA PAGAMENTO | 042764 | 3.556,29- |
| | DEBITO FOLHA PAGAMENTO | 042769 | 3.034,65- |
| | DEBITO FOLHA PAGAMENTO | 042774 | 3.410,97- |
| | DEBITO FOLHA PAGAMENTO | 042777 | 4.564,37- |
| | DEBITO FOLHA PAGAMENTO | 042780 | 3.685,71- |
| | DEBITO FOLHA PAGAMENTO | 042788 | 2.905,35- |
| | DEBITO FOLHA PAGAMENTO | 042806 | 2.275,88- |
| | DEBITO FOLHA PAGAMENTO | 042815 | 1.329,00- |
| | DEBITO FOLHA PAGAMENTO | 042820 | 2.701,62- |
| | DEBITO FOLHA PAGAMENTO | 042822 | 2.701,62- |
| | DEBITO FOLHA PAGAMENTO | 042824 | 4.203,84- |
| | DEBITO FOLHA PAGAMENTO | 042832 | 3.467,33- |
| | DEBITO FOLHA PAGAMENTO | 042836 | 2.256,13- |
| | DEBITO FOLHA PAGAMENTO | 042840 | 334,89- |
| | DEBITO FOLHA PAGAMENTO | 042845 | 2.330,66- |
| | DEBITO FOLHA PAGAMENTO | 042852 | 6.391,69- |
| | DEBITO FOLHA PAGAMENTO | 042855 | 6.111,22- |
| | DEBITO FOLHA PAGAMENTO | 042857 | 3.335,62- |
| | DEBITO FOLHA PAGAMENTO | 042868 | 1.355,60- |
| | DEBITO FOLHA PAGAMENTO | 042870 | 1.355,60- |
| | DEBITO FOLHA PAGAMENTO | 042875 | 1.355,60- |
| | DEBITO FOLHA PAGAMENTO | 042882 | 1.528,35- |
| | DEBITO FOLHA PAGAMENTO | 042893 | 2.321,49- |
| | DEBITO FOLHA PAGAMENTO | 042898 | 3.263,77- |
| | DEBITO FOLHA PAGAMENTO | 042911 | 1.628,60- |
| | DEBITO FOLHA PAGAMENTO | 042919 | 1.355,60- |

| | | |
|---|---|---|
| DEBITO FOLHA PAGAMENTO | 042927 | 1.763,54- |
| DEBITO FOLHA PAGAMENTO | 042930 | 1.355,60- |
| DEBITO FOLHA PAGAMENTO | 042937 | 1.803,90- |
| SALDO NA DATA | | 0,00 |

---------- EMITIDO AS 08:16 H DE 07/06/2022 ----------

SAC 0800 646 1515
OUVIDORIA 0800 644 2200

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARÃO

PRESTAÇÃO DE CONTAS

ANEXO I

IDENTIFICAÇÃO:

1- NOME DA ENTIDADE: SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARÃO

2- CNPJ: 88.413661/0001-90

3- ENDEREÇO: PRÇ. DR. HERMES PINTOS AFFONSO S/N

4- NOME DO RESPONSÁVEL: GILCELLI SOARES MACHADO

5- CPF: 812.258.730-53

6- ASSINATURA DO RESPONSÁVEL:

7- VALOR DA SUBVENÇÃO RECEBIDA: R$ 40.000,00
(QUARENTA MIL REAIS)

8- DATA DO RECEBIMENTO DA SUBVENÇÃO: 04/12/20

Juliana da S. Figueiredo
Contadora CRC SP 269868/O-2 RS
CPF 350.268.028-00

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARÃO

PRESTAÇÃO DE CONTAS

PLANO OPERATIVO - NOVEMBRO/2020

ANEXO II

| 1- RECEITA | | 2- DESPESA | |
|---|---|---|---|
| 1.1 DISCRIMINAÇÃO | 1.2 VALOR R$ | 2.1 DISCRIMINAÇÃO | 2.2 VALOR R$ |
| PROGRAMA PACIENTES INTERNADOS- CIRURGIAS | 40.000,00 | PROGRAMA PACIENTES INTERNADOS- CIRURGIAS | 37.800,00 |
| | | TRANSPORTE | 2.000,00 |
| | | A TRANSPORTAR | 200,00 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| TOTAL | 40.000,00 | | 40.000,00 |

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARÃO

PRESTAÇÃO DE CONTAS

ANEXO III

| 1.4 | 1.5 | 1.6 | 1.7 |
|---|---|---|---|
| DOCUMENTO | | FAVORECIDO | |
| NF 172 | 14/01/2021 | KENIA CABREIRA S S BUCH. | 1800 |
| NF 195 | 08/12/20 | FERNANDES & STEIMBRUCH LTDA | 25.350,00 |
| NF 46 | 09/12/20 | FROMETA E BALGA LTDA | 5.850,00 |
| TOTAL | | | 33.000,00 |

**AUX.CIRURGICO**

| 1.4 | 1.5 | 1.6 | 1.7 |
|---|---|---|---|
| DOCUMENTO | DATA | FAVORECIDO | VALOR R$ |
| NF 48 | 09/12/20 | FROMETA E BALGA LTDA | 750,00 |
| NF 49 | 16/12/20 | FROMETA E BALGA LTDA | 1.050,00 |
| TOTAL | | | 1.800,00 |

**CIRURGIAS ELETIVAS**

| 1.4 | 1.5 | 1.6 | 1.7 |
|---|---|---|---|
| DOCUMENTO | DATA | FAVORECIDO | VALOR R$ |
| NF 196 | 08/12/20 | FERNANDES & STEIMBRUCH LTDA | 3.000,00 |
| | | | |
| TOTAL | | | 3.000,00 |

**AVALIACOES CIRURGICAS**

| 1.4 | 1.5 | 1.6 | 1.7 |
|---|---|---|---|
| DOCUMENTO | DATA | FAVORECIDO | VALOR R$ |
| NF | | | |
| | | | |
| | | | |

Banrisul

**Recibo de Transferência**

Número: 01098230751/00000000597224/061045
Data: 08/12/2020
Hora: 15:58:50

| | |
|---|---|
| Canal: | Office Banking |
| Data Débito: | 08/12/2020 |
| Valor: | 25.350,00 |
| Tipo Transferência: | TED E |
| Conta do Remetente: | 0235-06.025232.0-4 |
| Correntista Débito: | 88.413.661/0001-90 - SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO |
| Banco ou IF do Destinatário: | 136 - UNICRED |
| Agência do Destinatário: | 1670 |
| Conta do Destinatário: | 127737-5 |
| Correntista de Crédito: | 07.279.563/0001-00 - FERNANDES E STEIMBRUCH SERV. MED |
| Finalidade: | 00005 - PAGAMENTO DE FORNECEDORES |
| Identificador: | PGTO PLANT. CIRUR. NOV 20 |

Atenciosamente

Banco do Estado do Rio Grande do Sul S.A.

03E6FA6B2100520821A9C7B60BF59F186162

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

LANÇADO

# DANFSE - Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Serviço Eletrônica

**FERNANDES & STEIMBRUCH SERVIÇOS MÉDICOS LTDA**

RUA ODILO MARQUES GONCALVES, 450 - 2º ANDAR
CEP: 96300-000 - Bairro: SEDE
Município: Jaguarão - RS
E-mail: msteimbruch@gmail.com
Fone: (00) 0000-0000

| CNPJ / CPF | Inscrição Estadual | Inscrição Municipal |
|---|---|---|
| 07.279.563/0001-00 | **** | 6960 |

| Número da NFS-e | |
|---|---|
| 202000000000195 | |
| Data do Serviço | Código Verificador |
| 08/12/2020 | fce82eab6 |

## PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARÃO/RS

**Secretaria Municipal da Fazenda**
Fone: (53) 3261-1999 - sistemas.jaguarao.rs.gov.br/NFSe.Portal

| Dt. de Emissão | Exigibilidade ISS | Tributado no Município |
|---|---|---|
| 08/12/2020 | Exigível | Jaguarão/RS |

### TOMADOR DO SERVIÇO

Nome / Razão Social: SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARAO
Endereço: RUA DR. HERMES P. AFFONSO,0
Cidade: Jaguarão | UF: RS | Fone: (53) 3261-1088 | CEP: 96300-000
Bairro: CENTRO
CNPJ / CPF: 88.413.661/0001-90 | Inscrição Municipal: 3072 | Inscrição Estadual:
E-mail: santacasajaguarao_financeiro@hotmail.com

### Município de Prestação do Serviço

Jaguarão/RS

### INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO

Nome / Razão Social: ***** | CNPJ / CPF: ***** | Inscrição Municipal: *****
E-mail: | Fone: | Cidade: *****

| DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS | VALOR TOTAL | ALIQ. | VALOR IMPOSTO | RETIDO |
|---|---|---|---|---|
| Serviços Prestados referente ao mês de Novembro de 2020 - Plantão Cirúrgico. | 25.350,00 | 0,00 | 0,00 | Não |

Código do Serviço: 04.01 - Medicina e biomedicina.
Código NBS: *********

| CIDE | COFINS | COFINS Importação | ICMS | IOF | IPI | PIS/PASEP | PIS/PASEP Importação |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

| Base Cálculo ISSQN Próprio | Valor do ISSQN Próprio | Base Cálculo ISSQN Retido | Valor do ISSQN Retido | Valor Total do ISSQN | Valor Dedução/Descontos |
|---|---|---|---|---|---|
| 25.350,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

**Valor Total da NFS-e:** 25.350,00 | **Valor Líquido da NFS-e:** 25.350,00

Informações Adicionais

NOTA EMITIDA POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL
NÃO GERA DIREITO A CRÉDITO FISCAL DE IPI
Lei 12741/2012: Mun: R$529,82; Est: R$0,00; Fed: R$3409,58; Total Aprox: R$3939,40. Fonte: IBPT.

Consulta realizada em 08/12/2020 às 14:16:31.

**Para consultar a autenticidade acesse: sistemas.jaguarao.rs.gov.br/NFSe.Portal**

202000000000195fce82eab607279563000100

---

Recebi(emos) de

FERNANDES & STEIMBRUCH SERVIÇOS MÉDICOS LTDA

os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado.

/ /

202000000000195
Número da NFS-e

Competência
08/12/2020

NFS-e
fce82eab6

Número de Controle do Município

Consulta realizada em 08/12/2020 às 14:16:31.

**Para consultar a autenticidade acesse: sistemas.jaguarao.rs.gov.br/NFSe.Portal**

Banrisul

**Recibo de Transferência**

Número: 01098237096/00000000602218/061066
Data: 08/12/2020
Hora: 16:06:03

| | |
|---|---|
| Canal: | Office Banking |
| Data Débito: | 08/12/2020 |
| Valor: | 3.000,00 |
| Tipo Transferência: | TED E |
| Conta do Remetente: | 0235-06.025232.0-4 |
| Correntista Débito: | 88.413.661/0001-90 - SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO |
| Banco ou IF do Destinatário: | 136 - UNICRED |
| Agência do Destinatário: | 1670 |
| Conta do Destinatário: | 127737-5 |
| Correntista de Crédito: | 07.279.563/0001-00 - FERNANDES E STEIMBRUCH SERV. MED |
| Finalidade: | 00005 - PAGAMENTO DE FORNECEDORES |
| Identificador: | PGTO CIRUR. ELETIVAS NOV |

Atenciosamente

Banco do Estado do Rio Grande do Sul S.A.

034F5109A671DBF0674DAAE434F9DFFEEE41

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

LANÇADO

# DANFSE - Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Serviço Eletrônica

**FERNANDES & STEIMBRUCH SERVIÇOS MÉDICOS LTDA**

RUA ODILO MARQUES GONCALVES, 450 - 2º ANDAR
*CEP: 96300-000 - Bairro: SEDE*
Município: Jaguarão - RS
E-mail: msteimbruch@gmail.com
Fone: (00) 0000-0000

| CNPJ / CPF | Inscrição Estadual | Inscrição Municipal |
|---|---|---|
| 07.279.563/0001-00 | **** | 6960 |

Número da NFS-e

***202000000000196***

| Data do Serviço | Código Verificador |
|---|---|
| **08/12/2020** | **3fdf0c820** |

## PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARÃO/RS

**Secretaria Municipal da Fazenda**
Fone: (53) 3261-1999 - sistemas.jaguarao.rs.gov.br/NFSe.Portal

| Dt. de Emissão | Exigibilidade ISS | Tributado no Município |
|---|---|---|
| 08/12/2020 | Exigível | Jaguarão/RS |

### TOMADOR DO SERVIÇO

Nome / Razão Social: SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARAO
Endereço: RUA DR. HERMES P. AFFONSO,0
Cidade: Jaguarão | UF: RS | Fone: (53) 3261-1088 | CEP: 96300-000
Bairro: CENTRO
CNPJ / CPF: 88.413.661/0001-90 | Inscrição Municipal: 3072 | Inscrição Estadual:
E-mail: santacasajaguarao_financeiro@hotmail.com

### Município de Prestação do Serviço

Jaguarão/RS

### INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO

Nome / Razão Social: ***** | CNPJ / CPF: ***** | Inscrição Municipal: *****
E-mail: | Fone: | Cidade: *****

| DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS | VALOR TOTAL | ALIQ. | VALOR IMPOSTO | RETIDO |
|---|---|---|---|---|
| Serviços Prestados referente ao mês de Novembro de 2020 - Cirúrgias Eletivas. | 3.000,00 | 0,00 | 0,00 | Não |

Código do Serviço: 04.01 - Medicina e biomedicina.
Código NBS: *********

| CIDE | COFINS | COFINS Importação | ICMS | IOF | IPI | PIS/PASEP | PIS/PASEP Importação |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

| Base Cálculo ISSQN Próprio | Valor do ISSQN Próprio | Base Cálculo ISSQN Retido | Valor do ISSQN Retido | Valor Total do ISSQN | Valor Dedução/Descontos |
|---|---|---|---|---|---|
| 3.000,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

**Valor Total da NFS-e:** 3.000,00 | **Valor Líquido da NFS-e:** 3.000,00

Informações Adicionais

NOTA EMITIDA POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL
NÃO GERA DIREITO A CRÉDITO FISCAL DE IPI
Lei 12741/2012: Mun: R$62,70; Est: R$0,00; Fed: R$403,50; Total Aprox: R$466,20. Fonte: IBPT.

Consulta realizada em 08/12/2020 às 14:13:07.
**Para consultar a autenticidade acesse: sistemas.jaguarao.rs.gov.br/NFSe.Portal**

2020000000001963fdf0c82007279563000100

---

| Recebi(emos) de | 202000000000196 Número da NFS-e | Número de Controle do Município |
|---|---|---|
| FERNANDES & STEIMBRUCH SERVIÇOS MÉDICOS LTDA | Competência 08/12/2020 | |
| os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado. | NFS-e 3fdf0c820 | |
| / / | | |

Consulta realizada em 08/12/2020 às 14:13:07.
**Para consultar a autenticidade acesse: sistemas.jaguarao.rs.gov.br/NFSe.Portal**

Banrisul

**Recibo de Transferência**

Número: 01098752423/00000000085851/063164
Data: 09/12/2020
Hora: 14:12:34

| | |
|---|---|
| Canal: | Office Banking |
| Data Débito: | 09/12/2020 |
| Valor: | R$ 5.850,00 |
| Tipo: | Transferência de valor entre contas Banrisul |
| Conta do Remetente: | 0235-06.025232.0-4 |
| Nome do Remetente: | SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO |
| Conta do Destinatário: | 0235-06.049161.0-6 |
| Nome do Destinatário: | FROMETA E BALGA LTDA |
| Finalidade: | PGTO PLANT CIRUR NOV 20 |

Atenciosamente

Banco do Estado do Rio Grande do Sul S.A.

0397206A27EA63B60F2E8A687D572EFCD656

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

LANÇADO

# DANFSE - Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Serviço Eletrônica

**FROMETA E BALGA LTDA.**
RUA DR. JOAO AZEVEDO, 767
CEP: 96300-000 - Bairro: CENTRO
Município: Jaguarão - RS
E-mail: dr.frometa2@gmail.com
Fone: (59) 89587-2061

| CNPJ / CPF | Inscrição Estadual | Inscrição Municipal |
|---|---|---|
| 36.584.435/0001-78 | **** | 362889 |

| Número da NFS-e | |
|---|---|
| 202000000000046 | |
| Data do Serviço | Código Verificador |
| 08/12/2020 | d89790b24 |

**PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARÃO/RS**
**Secretaria Municipal da Fazenda**
Fone: (53) 3261-1999 - sistemas.jaguarao.rs.gov.br/NFSe.Portal

| Dt. de Emissão | Exigibilidade ISS | Tributado no Município |
|---|---|---|
| 08/12/2020 | Exigível | Jaguarão/RS |

**TOMADOR DO SERVIÇO**

Nome / Razão Social: SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARAO
Endereço: RUA DR. HERMES P. AFFONSO,0
Cidade: Jaguarão | UF: RS | Fone: (53) 3261-1088 | CEP: 96300-000
Bairro: CENTRO
CNPJ / CPF: 88.413.661/0001-90 | Inscrição Municipal: 3072 | Inscrição Estadual:
E-mail: santacasajaguarao_financeiro@hotmail.com

**Município de Prestação do Serviço**

Jaguarão/RS

**INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO**

Nome / Razão Social: *****
E-mail: | CNPJ / CPF: ***** | Inscrição Municipal: ***** | Fone: | Cidade: *****

| DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS | VALOR TOTAL | ALIQ. | VALOR IMPOSTO | RETIDO |
|---|---|---|---|---|
| PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS PLANO OPERATIVO COMP.11.2020-PLANTÃO CIRURGICO | 5.850,00 | 3,00 | 175,50 | Não |

Código do Serviço: 04.01 - Medicina e biomedicina.
Código NBS: *********

| CIDE | COFINS | COFINS Importação | ICMS | IOF | IPI | PIS/PASEP | PIS/PASEP Importação |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

| Base Cálculo ISSQN Próprio | Valor do ISSQN Próprio | Base Cálculo ISSQN Retido | Valor do ISSQN Retido | Valor Total do ISSQN | Valor Dedução/Descontos |
|---|---|---|---|---|---|
| 5.850,00 | 175,50 | 0,00 | 0,00 | 175,50 | 0,00 |

| Valor Total da NFS-e | 5.850,00 | Valor Líquido da NFS-e | 5.850,00 |
|---|---|---|---|

Informações Adicionais

Lei 12741/2012: Mun: R$122,26; Est: R$0,00; Fed: R$786,82; Total Aprox: R$909,08. Fonte: IBPT.

Consulta realizada em 08/12/2020 às 11:17:40.
**Para consultar a autenticidade acesse: sistemas.jaguarao.rs.gov.br/NFSe.Portal**

202000000000046d89790b2436584435000178

---

| Recebi(emos) de | 202000000000046 Número da NFS-e | Número de Controle do Município |
|---|---|---|
| FROMETA E BALGA LTDA. | Competência 08/12/2020 | |
| os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado. | NFS-e d89790b24 | |
| / / | | |

Consulta realizada em 08/12/2020 às 11:17:40.
**Para consultar a autenticidade acesse: sistemas.jaguarao.rs.gov.br/NFSe.Portal**

# DANFSE - Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Serviço Eletrônica

**FROMETA E BALGA LTDA.**
RUA DR. JOAO AZEVEDO, 767
CEP: 96300-000 - Bairro: CENTRO
Município: Jaguarão - RS
E-mail: dr.frometa2@gmail.com
Fone: (59) 89587-2061

| CNPJ / CPF | Inscrição Estadual | Inscrição Municipal |
|---|---|---|
| 36.584.435/0001-78 | **** | 362889 |

| Número da NFS-e | |
|---|---|
| 202000000000048 | |
| Data do Serviço | Código Verificador |
| 08/12/2020 | 0c22b0c01 |

## PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARÃO/RS

**Secretaria Municipal da Fazenda**
Fone: (53) 3261-1999 - sistemas.jaguarao.rs.gov.br/NFSe.Portal

| Dt. de Emissão | Exigibilidade ISS | Tributado no Município |
|---|---|---|
| 08/12/2020 | Exigível | Jaguarão/RS |

### TOMADOR DO SERVIÇO

Nome / Razão Social: SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARAO
Endereço: RUA DR. HERMES P. AFFONSO,0
Cidade: Jaguarão | UF: RS | Fone: (53) 3261-1088 | CEP: 96300-000
Bairro: CENTRO
CNPJ / CPF: 88.413.661/0001-90 | Inscrição Municipal: 3072 | Inscrição Estadual:
E-mail: santacasajaguarao_financeiro@hotmail.com

**Município de Prestação do Serviço**
Jaguarão/RS

### INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO

Nome / Razão Social: *****
CNPJ / CPF: *****
Inscrição Municipal: *****
E-mail:
Fone:
Cidade: *****

| DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS | VALOR TOTAL | ALIQ. | VALOR IMPOSTO | RETIDO |
|---|---|---|---|---|
| PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS PLANO OPERATIVO COMP.11.2020-AUX CIRURGICO | 750,00 | 3,00 | 22,50 | Não |

Código do Serviço: 04.01 - Medicina e biomedicina.
Código NBS: *********

| CIDE | COFINS | COFINS Importação | ICMS | IOF | IPI | PIS/PASEP | PIS/PASEP Importação |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

| Base Cálculo ISSQN Próprio | Valor do ISSQN Próprio | Base Cálculo ISSQN Retido | Valor do ISSQN Retido | Valor Total do ISSQN | Valor Dedução/Descontos |
|---|---|---|---|---|---|
| 750,00 | 22,50 | 0,00 | 0,00 | 22,50 | 0,00 |

Valor Total da NFS-e: 750,00
Valor Líquido da NFS-e: 750,00

Informações Adicionais

Lei 12741/2012: Mun: R$15,68; Est: R$0,00; Fed: R$100,88; Total Aprox: R$116,56. Fonte: IBPT.

Consulta realizada em 08/12/2020 às 11:21:50.
**Para consultar a autenticidade acesse: sistemas.jaguarao.rs.gov.br/NFSe.Portal**

202000000000480c22b0c0136584435000178

| Recebi(emos) de | 202000000000048 Número da NFS-e | Número de Controle do Município |
|---|---|---|
| FROMETA E BALGA LTDA. | Competência 08/12/2020 | |
| os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado. | NFS-e 0c22b0c01 | |
| / / | | |

Consulta realizada em 08/12/2020 às 11:21:50.
**Para consultar a autenticidade acesse: sistemas.jaguarao.rs.gov.br/NFSe.Portal**

Banrisul

**Recibo de Transferência**

Número: 01102188989/00000000554048/074806
Data: 16/12/2020
Hora: 14:42:25

| | |
|---|---|
| Canal: | Office Banking |
| Data Débito: | 16/12/2020 |
| Valor: | R$ 1.050,00 |
| Tipo: | Transferência de valor entre contas Banrisul |
| Conta do Remetente: | 0235-06.025232.0-4 |
| Nome do Remetente: | SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO |
| Conta do Destinatário: | 0235-06.049161.0-6 |
| Nome do Destinatário: | FROMETA E BALGA LTDA |
| Finalidade: | DIF AUX CIRURGICO NOV 20 |

Atenciosamente

Banco do Estado do Rio Grande do Sul S.A.

03F5F5B4ABEF32C1A0E94E1CD60E8C29BB51

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

LANÇADO

# DANFSE - Documentc Auxiliar da Nota Fiscal de Serviço Eletrônica

**FROMETA E BALGA LTDA.**
RUA DR. JOAO AZEVEDO, 767
CEP: 96300-000 - Bairro: CENTRO
Município: Jaguarão - RS
E-mail: dr.frometa2@gmail.com
Fone: (59) 89587-2061

| CNPJ / CPF | Inscrição Estadual | Inscrição Municipal |
|---|---|---|
| 36.584.435/0001-78 | **** | 362889 |

Número da NFS-e
**202000000000049**

| Data do Serviço | Código Verificador |
|---|---|
| **16/12/2020** | **a96510aaf** |

## PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARÃO/RS
**Secretaria Municipal da Fazenda**
Fone: (53) 3261-1999 - sistemas.jaguarao.rs.gov.br/NFSe.Portal

| Dt. de Emissão | Exigibilidade ISS | Tributado no Município |
|---|---|---|
| 16/12/2020 | Exigível | Jaguarão/RS |

### TOMADOR DO SERVIÇO

Nome / Razão Social: SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARAO
Endereço: RUA DR. HERMES P. AFFONSO,0
Cidade: Jaguarão | UF: RS | Fone: (53) 3261-1088 | CEP: 96300-000
Bairro: CENTRO
CNPJ / CPF: 88.413.661/0001-90 | Inscrição Municipal: 3072 | Inscrição Estadual:
E-mail: santacasajaguarao_financeiro@hotmail.com

### Município de Prestação do Serviço
Jaguarão/RS

### INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO
Nome / Razão Social: ***** | CNPJ / CPF: ***** | Inscrição Municipal: *****
E-mail: | Fone: | Cidade: *****

| DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS | VALOR TOTAL | ALIQ. | VALOR IMPOSTO | RETIDO |
|---|---|---|---|---|
| PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS PLANO OPERATIVO COMP.11.2020-DIF AUX CIRURGICO | 1.050,00 | 3,00 | 31,50 | Não |

Código do Serviço: 04.01 - Medicina e biomedicina.
Código NBS: *********

| CIDE | COFINS | COFINS Importação | ICMS | IOF | IPI | PIS/PASEP | PIS/PASEP Importação |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

| Base Cálculo ISSQN Próprio | Valor do ISSQN Próprio | Base Cálculo ISSQN Retido | Valor do ISSQN Retido | Valor Total do ISSQN | Valor Dedução/Descontos |
|---|---|---|---|---|---|
| 1.050,00 | 31,50 | 0,00 | 0,00 | 31,50 | 0,00 |

**Valor Total da NFS-e**: 1.050,00 | **Valor Líquido da NFS-e**: 1.050,00

Informações Adicionais

Lei 12741/2012: Mun: R$21,94; Est: R$0,00; Fed: R$141,22; Total Aprox: R$163,16. Fonte: IBPT.

Consulta realizada em 16/12/2020 às 11:54:54.
**Para consultar a autenticidade acesse: sistemas.jaguarao.rs.gov.br/NFSe.Portal**

202000000000049a96510aaf36584435000178

---

Recebi(emos) de
FROMETA E BALGA LTDA.
os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado.
/ /

202000000000049
Número da NFS-e
Competência
16/12/2020
NFS-e
a96510aaf

Número de Controle do Município

Consulta realizada em 16/12/2020 às 11:54:54.
**Para consultar a autenticidade acesse: sistemas.jaguarao.rs.gov.br/NFSe.Portal**

Banrisul

**Recibo de Transferência**

Número: 01115294342/00000000759152/122043
Data: 14/01/2021
Hora: 15:56:37

| | |
|---|---|
| Canal: | Office Banking |
| Data Débito: | 14/01/2021 |
| Valor: | 1.800,00 |
| Tipo Transferência: | TED E |
| Conta do Remetente: | 0235-06.000544.0-1 |
| Correntista Débito: | 88.413.661/0001-90 - SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARAO |
| Banco ou IF do Destinatário: | 104 - CAIXA ECON. FEDERAL |
| Agência do Destinatário: | 0485-0 |
| Conta do Destinatário: | 003000771-7 |
| Correntista de Crédito: | 17.800.523/0001-15 - S S BURCH EPP |
| Finalidade: | 00005 - PAGAMENTO DE FORNECEDORES |
| Identificador: | PLANT. CIRUR KENIA VOV 20 |

Atenciosamente

Banco do Estado do Rio Grande do Sul S.A.

038A9D473028A6A6964AF02F43C942A82378

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

# DANFSE - Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Serviço Eletrônica

**S S BURCH - EPP**
RUA 15 DE NOVEMBRO, 444 - SALA 2
CEP: 96300-000 - Bairro: CENTRO
Município: Jaguarão - RS
E-mail: serjaoburch@gmail.com
Fone: (53) 3261-1470

| CNPJ / CPF | Inscrição Estadual | Inscrição Municipal |
|---|---|---|
| 17.800.523/0001-15 | **** | 11715 |

| Número da NFS-e | |
|---|---|
| 202100000000172 | |
| Data do Serviço | Código Verificador |
| 14/01/2021 | 2261875f9 |

## PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARÃO/RS

**Secretaria Municipal da Fazenda**
Fone: (53) 3261-1999 - sistemas.jaguarao.rs.gov.br/NFSe.Portal

| Dt. de Emissão | Exigibilidade ISS | Tributado no Município |
|---|---|---|
| 14/01/2021 | Exigível | Jaguarão/RS |

### TOMADOR DO SERVIÇO

Nome / Razão Social: SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARAO
Endereço: RUA DR. HERMES P. AFFONSO,0
Cidade: Jaguarão | UF: RS | Fone: (53) 3261-1088 | CEP: 96300-000
Bairro: CENTRO
CNPJ / CPF: 88.413.661/0001-90 | Inscrição Municipal: 3072 | Inscrição Estadual:
E-mail: santacasajaguarao_financeiro@hotmail.com

### Município de Prestação do Serviço

Jaguarão/RS

### INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO

Nome / Razão Social: ***** | CNPJ / CPF: ***** | Inscrição Municipal: *****
E-mail: | Fone: | Cidade: *****

| DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS | VALOR TOTAL | ALIQ. | VALOR IMPOSTO | RETIDO |
|---|---|---|---|---|
| Serviços prestados Plantão cirúrgico Dra Kenia Cabrera novembro /2020 | 1.800,00 | 3,00 | 54,00 | Não |

Código do Serviço: 04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.
Código NBS: *********

| CIDE | COFINS | COFINS Importação | ICMS | IOF | IPI | PIS/PASEP | PIS/PASEP Importação |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

| Base Cálculo ISSQN Próprio | Valor do ISSQN Próprio | Base Cálculo ISSQN Retido | Valor do ISSQN Retido | Valor Total do ISSQN | Valor Dedução/Descontos |
|---|---|---|---|---|---|
| 1.800,00 | 54,00 | 0,00 | 0,00 | 54,00 | 0,00 |

| Valor Total da NFS-e | 1.800,00 | Valor Líquido da NFS-e | 1.800,00 |
|---|---|---|---|

Informações Adicionais

Lei 12741/2012: Mun: R$54,00; Est: R$0,00; Fed: R$0,00; Total Aprox: R$54,00.

Consulta realizada em 14/01/2021 às 10:56:29.

**Para consultar a autenticidade acesse: sistemas.jaguarao.rs.gov.br/NFSe.Portal**

202100000000017222618751917800523000115

---

| Recebi(emos) de | 202100000000172<br>Número da NFS-e | Número de Controle do Município |
|---|---|---|
| S S BURCH - EPP | Competência<br>14/01/2021 | |
| os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado. | NFS-e<br>2261875f9 | |
| / / | | |

Consulta realizada em 14/01/2021 às 10:56:29.

**Para consultar a autenticidade acesse: sistemas.jaguarao.rs.gov.br/NFSe.Portal**

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARÃO

PRESTAÇÃO DE CONTAS

ANEXO I

IDENTIFICAÇÃO:

1- NOME DA ENTIDADE: SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARÃO

2- CNPJ: 88.413661/0001-90

3- ENDEREÇO: PRÇ. DR. HERMES PINTOS AFFONSO S/N

4- NOME DO RESPONSÁVEL: GILCELLI SOARES MACHADO

5- CPF: 812.258.730-53

6- ASSINATURA DO RESPONSÁVEL:

7- VALOR DA SUBVENÇÃO RECEBIDA: R$ 24.016,40
(VINTE E QUATRO MIL E DEZESSEIS REAIS E QUARENTA CENTAVOS)

8- DATA DO RECEBIMENTO DA SUBVENÇÃO: 30/11/2020

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARÃO

PRESTAÇÃO DE CONTAS

Juliana da S. Figueiredo
Contadora CRC SP 269668/O-2 RS
CPF 350.268.028-00

PLANO OPERATIVO -NOVEMBRO/2020

ANEXO II

| 1- RECEITA | | 2- DESPESA | |
|---|---|---|---|
| 1.1 DISCRIMINAÇÃO | 1.2 VALOR R$ | 2.1 DISCRIMINAÇÃO | 2.2 VALOR R$ |
| PROGRAMA VIG. EPIDEMIOL. | 24.016,40 | PROGRAMA VIG. EPIDEMIOL. | 17.281,86 |
| TRANSPORTADO | 656,42 | INSS | 1.577,50 |
| | | FGTS | 1.456,05 |
| | | REFEISUL | 1.800,00 |
| | | IRF 0561 | 146,72 |
| | | A TRANSPORTAR | 2.410,69 |
| | | | |
| | | | |
| TOTAL | 24.672,82 | | 24.672,82 |

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARÃO

PRESTAÇÃO DE CONTAS

ANEXO III

| 1.4 | 1.5 | 1.6 | 1.7 |
|---|---|---|---|
| DOCUMENTO | DATA | FAVORECIDO | VALOR R$ |
| FOLHA DE PGTº | 30/11/20 | SALÁRIOS PL. OPERAT. VIG. EPIDEMIOLOG. | 17.281,86 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| TOTAL | | | 17.281,86 |

| 1.4 | 1.5 | 1.6 | 1.7 |
|---|---|---|---|
| DOCUMENTO | DATA | FAVORECIDO | VALOR R$ |
| COMP.PGTO | 20/12/20 | INSS | 1.577,50 |
| COMP.PGTO | 07/12/20 | FGTS | 1.456,05 |
| COMP.PGTO | 20/12/20 | IRRF 0561 | 146,72 |
| COMP.PGTO | 20/11/20 | REFEISUL | 1.800,00 |
| TOTAL | | | 4.980,27 |

**Empresa:** **1 - SANTA CASA DE CARIDADE D JAGUARÃO**
CNPJ: 88.413.661/0001-90
Cálculo: Folha Mensal
Competência: 11/2020

Emissão: 11/12/2020
Horas: 08:36:25

C. Custos: 11

## EXTRATO MENSAL

Empr.: 741 ANDRESSA CAETANO GARCIA — Situação: Trabalhando — CPF: 047.142.310-65 — PIS: 161.11586.84-0
Cargo: 14 AGENTE DE SAÚDE PÚBLICA-VIGILÂNCIA — Vínculo: Celetista — Adm: 23/03/2020 — CTPS/Série: 5219291/0050
CC: 11 — Depto: 11 — Filial: 1 — Salário: 1.224,01

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | HORAS NORMAIS | 220,00 | 1.265,63 P | 202 | REFEISUL | 2,00 | 2,00 D |
| 16 | INSALUBRIDADE 20% | 20,00 | 209,00 P | 998 | I.N.S.S. | 7,94 | 117,03 D |

ND: 1 Proventos: 1.474,63 Descontos: 119,03 Informativa: 117,97 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.355,60
NF: 1 Base INSS: 1.474,63 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.474,63 Valor FGTS: 117,97 Base IRRF: 1.168,01

---

Empr.: 259 CARLOS ALBERTO ALVES — Situação: Trabalhando — CPF: 508.867.380-91 — PIS: 122.51644.51-4
Cargo: 14 AGENTE DE SAÚDE PÚBLICA-VIGILÂNCIA — Vínculo: Celetista — Adm: 07/11/2005 — CTPS/Série: 00048026/00025
CC: 11 — Depto: 11 — Filial: 1 — Salário: 1.265,62

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | HORAS NORMAIS | 220,00 | 1.265,63 P | 202 | REFEISUL | 2,00 | 2,00 D |
| 93 | QUINQUENIO | 3,00 | 189,84 P | 998 | I.N.S.S. | 8,88 | 223,50 D |
| 250 | REFLEXO EXTRAS DSR | 0,00 | 170,23 P | 999 | IMPOSTO DE RENDA | 7,50 | 29,11 D |
| 150 | HORAS EXTRAS | 60,00 | 680,92 P | | | | |
| 16 | INSALUBRIDADE 20% | 20,00 | 209,00 P | | | | |

ND: 0 Proventos: 2.515,62 Descontos: 254,61 Informativa: 201,24 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.261,01
NF: 0 Base INSS: 2.515,62 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.515,62 Valor FGTS: 201,24 Base IRRF: 2.292,12

---

Empr.: 642 DEBORA GUIMARAES FERREIRA — Situação: Trabalhando — CPF: 000.209.870-99 — PIS: 127.23207.67-8
Cargo: 14 AGENTE DE SAÚDE PÚBLICA-VIGILÂNCIA — Vínculo: Celetista — Adm: 02/05/2018 — CTPS/Série: 06883063/00040
CC: 11 — Depto: 11 — Filial: 1 — Salário: 1.265,62

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | HORAS NORMAIS | 220,00 | 1.265,63 P | 202 | REFEISUL | 2,00 | 2,00 D |
| 16 | INSALUBRIDADE 20% | 20,00 | 209,00 P | 998 | I.N.S.S. | 8,12 | 144,03 D |
| 20 | GRATIFICACOES | 300,00 | 300,00 P | | | | |

ND: 0 Proventos: 1.774,63 Descontos: 146,03 Informativa: 141,97 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.628,60
NF: 0 Base INSS: 1.774,63 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.774,63 Valor FGTS: 141,97 Base IRRF: 1.630,60

---

Empr.: 638 DEIVER DUARTE ARAUJO — Situação: Trabalhando — CPF: 025.373.770-28 — PIS: 161.05163.53-4
Cargo: 17 ENFERMEIRA(O) — Vínculo: Celetista — Adm: 26/04/2018 — CTPS/Série: 03557492/00040
CC: 11 — Depto: 11 — Filial: 1 — Salário: 2.363,45

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | HORAS NORMAIS | 220,00 | 2.363,45 P | 202 | REFEISUL | 2,00 | 2,00 D |
| 201 | AUXÍLIO CRECHE | 1,00 | 150,00 P | 998 | I.N.S.S. | 10,05 | 359,29 D |
| 250 | REFLEXO EXTRAS DSR | 0,00 | 140,32 P | 999 | IMPOSTO DE RENDA | 15,00 | 98,97 D |
| 150 | HORAS EXTRAS | 32,00 | 561,26 P | | | | |
| 16 | INSALUBRIDADE 20% | 20,00 | 209,00 P | | | | |
| 20 | GRATIFICACOES | 300,00 | 300,00 P | | | | |

ND: 1 Proventos: 3.724,03 Descontos: 460,26 Informativa: 285,92 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 3.263,77
NF: 1 Base INSS: 3.574,03 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 3.574,03 Valor FGTS: 285,92 Base IRRF: 3.025,15

---

**Empresa:** **1 - SANTA CASA DE CARIDADE D JAGUARÃO**
CNPJ: 88.413.661/0001-90
Cálculo: Folha Mensal
Competência: 11/2020

C. Custos: 11

## EXTRATO MENSAL

Empr.: 740 EDUARDA MARTINS BRETANHA — Situação: Trabalhando — CPF: 048.421.990-16 — PIS: 139.88152.67-5
Cargo: 14 AGENTE DE SAÚDE PÚBLICA-VIGILÂNCIA — Vínculo: Celetista — Adm: 23/03/2020 — CTPS/Série: 3126065/50
CC: 11 — Depto: 11 — Filial: 1 — Salário: 1.265,62

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | HORAS NORMAIS | 176,00 | 1.265,63 P | 202 | REFEISUL | 2,00 | 2,00 D |
| 250 | REFLEXO EXTRAS DSR | 0,00 | 32,50 P | 998 | I.N.S.S. | 8,05 | 132,34 D |
| 854 | REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR | 0,00 | 1,53 P | | | | |
| 150 | HORAS EXTRAS | 11,30 | 130,00 P | | | | |
| 233 | HORAS EXTRAS 50% | 44,00 | 253,12 P | | | | |
| 16 | INSALUBRIDADE 20% | 20,00 | 209,00 P | | | | |
| 25 | ADICIONAL NOTURNO | 5,30 | 6,10 P | | | | |

ND: 0 Proventos: 1.897,88 Descontos: 134,34 Informativa: 131,58 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.763,54
NF: 0 Base INSS: 1.644,76 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.644,76 Valor FGTS: 131,58 Base IRRF: 1.512,42

---

Empr.: 240 JESUS OTAVILDO DA SILVA — Situação: Trabalhando — CPF: 133.838.920-34 — PIS: 102.30434.49-2
Cargo: 14 AGENTE DE SAÚDE PÚBLICA-VIGILÂNCIA — Vínculo: Celetista — Adm: 01/06/2005 — CTPS/Série: 05220358/0010
CC: 11 — Depto: 11 — Filial: 1 — Salário: 1.265,62

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | HORAS NORMAIS | 220,00 | 1.265,63 P | 202 | REFEISUL | 2,00 | 2,00 D |
| 93 | QUINQUENIO | 3,00 | 189,84 P | 998 | I.N.S.S. | 8,06 | 134,12 D |
| 16 | INSALUBRIDADE 20% | 20,00 | 209,00 P | | | | |

ND: 0 Proventos: 1.664,47 Descontos: 136,12 Informativa: 133,15 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.528,35
NF: 0 Base INSS: 1.664,47 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.664,47 Valor FGTS: 133,15 Base IRRF: 1.530,35

---

Empr.: 716 NASSIM RADI YACOUB ABU SALEH — Situação: Trabalhando — CPF: 029.942.660-24 — PIS: 151.60405.39-2
Cargo: 14 AGENTE DE SAÚDE PÚBLICA-VIGILÂNCIA — Vínculo: Celetista — Adm: 12/08/2019 — CTPS/Série: 9635186/40
CC: 11 — Depto: 11 — Filial: 1 — Salário: 1.265,62

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | HORAS NORMAIS | 220,00 | 1.265,63 P | 202 | REFEISUL | 2,00 | 2,00 D |
| 16 | INSALUBRIDADE 20% | 20,00 | 209,00 P | 998 | I.N.S.S. | 7,94 | 117,03 D |

ND: 0 Proventos: 1.474,63 Descontos: 119,03 Informativa: 117,97 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.355,60
NF: 0 Base INSS: 1.474,63 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.474,63 Valor FGTS: 117,97 Base IRRF: 1.357,60

---

Empr.: 610 SABRINA SILVEIRA VAZ — Situação: Trabalhando — CPF: 031.831.250-64 — PIS: 131.09631.67-8
Cargo: 17 ENFERMEIRA(O) — Vínculo: Celetista — Adm: 02/10/2017 — CTPS/Série: 39400204/30
CC: 11 — Depto: 11 — Filial: 1 — Salário: 2.363,45

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | HORAS NORMAIS | 180,00 | 2.363,45 P | 202 | REFEISUL | 2,00 | 2,00 D |
| 16 | INSALUBRIDADE 20% | 20,00 | 209,00 P | 998 | I.N.S.S. | 8,95 | 230,32 D |
| | | | | 999 | IMPOSTO DE RENDA | 7,50 | 18,64 D |

ND: 1 Proventos: 2.572,45 Descontos: 250,96 Informativa: 205,79 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.321,49
NF: 1 Base INSS: 2.572,45 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.572,45 Valor FGTS: 205,79 Base IRRF: 2.152,54

---

Empr.: 753 WENDEL ARAUJO NUNES — Situação: Trabalhando — CPF: 015.389.150-57 — PIS: 131.06373.71-6
Cargo: 14 AGENTE DE SAÚDE PÚBLICA-VIGILÂNCIA — Vínculo: Celetista — Adm: 07/08/2020 — CTPS/Série: 3114760/30
CC: 11 — Depto: 11 — Filial: 1 — Salário: 1.265,63

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | HORAS NORMAIS | 186,00 | 1.265,63 P | 202 | REFEISUL | 2,00 | 2,00 D |
| 201 | AUXÍLIO CRECHE | 1,00 | 126,56 P | 998 | I.N.S.S. | 7,96 | 119,84 D |
| 250 | REFLEXO EXTRAS DSR | 0,00 | 31,20 P | | | | |
| 233 | HORAS EXTRAS 50% | 34,00 | 293,35 P | | | | |
| 16 | INSALUBRIDADE 20% | 20,00 | 209,00 P | | | | |

ND: 2 Proventos: 1.925,74 Descontos: 121,84 Informativa: 120,46 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.803,90
NF: 2 Base INSS: 1.505,83 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.505,83 Valor FGTS: 120,46 Base IRRF: 1.006,81

---

C. Custos: 11

## EXTRATO MENSAL

| Totais por Centro de Custos | Proventos | Descontos | Liquido |
|---|---|---|---|
| 11 VIGILÂNCIA-EPDEMIOLÓGICA | 19.024,08 | 1.742,22 | 17.281,86 |
| Total: | 19.024,08 | 1.742,22 | 17.281,86 |

Total Geral Proventos: 19.024,08

Total Geral Descontos: 1.742,22
Líquido Geral: 17.281,86

### Situações

| | |
|---|---|
| Número de empregados: | 9 |
| Numero de estagiários: | 0 |
| Trabalhando: | 9 |
| Afastado direitos integrais: | 0 |
| Afastado acidente de trabalho: | 0 |
| Afastado serviço militar: | 0 |
| Salário maternidade: | 0 |
| Salário maternidade INSS: | 0 |
| Doença: | 0 |
| Doença Profissional: | 0 |
| Licença sem vencimento: | 0 |
| Demitido: | 0 |
| Transferido: | 0 |
| Férias: | 0 |
| Mandato sindical: | 0 |
| Aposentadoria: | 0 |
| Partic. curso/programa de qualificação: | 0 |
| Ausência justificada: | 0 |
| Outros motivos de afastamento: | 0 |
| Admissões: | 0 |
| Número de contribuintes: | 0 |

| | |
|---|---|
| Salário contribuição empregados: | 18.201,05 |
| Salário contribuição contribuintes: | 0,00 |
| Excedente: | 0,00 |
| Base total: | 18.201,05 |
| Segurados: | 1.577,50 |
| Empresa: | 0,00 |
| RAT: | 0,00 |
| Contribuintes: | 0,00 |
| Sub-Total: | 1.577,50 |
| Retenções: | 0,00 |
| (-) Salário família/maternidade: | 657,63 |
| Compensações: | 0,00 |
| Valores pagos a Cooperativas: | 0,00 |
| Outras Compensações: | 0,00 |
| Total: | 919,87 |
| Terceiros: | 0,00 |
| Total INSS: | 919,87 |

| | |
|---|---|
| Base IRRF Mensal: | 15.675,60 |
| Valor IRRF Mensal: | 146,72 |
| Base IRRF Férias: | 0,00 |
| Valor IRRF Férias: | 0,00 |
| Base IRRF Partic. Lucros: | 0,00 |
| Valor IRRF Partic. Lucros: | 0,00 |
| Base IRRF Exterior: | 0,00 |
| Valor IRRF Exterior: | 0,00 |
| Base IRRF 13º Salário: | 0,00 |
| Valor IRRF 13º Salário: | 0,00 |
| Valor Total do IRRF: | 146,72 |
| IRRF Aluguéis: | 0,00 |
| IRRF contribuintes: | 0,00 |
| Base do FGTS: | 18.201,05 |
| Valor do FGTS: | 1.456,05 |
| Base do FGTS Aprendiz: | 0,00 |
| Valor do FGTS Aprendiz: | 0,00 |
| Base FGTS - GRRF: | 0,00 |
| FGTS - GRRF: | 0,00 |
| Base FGTS mes ant. - GRRF: | 0,00 |
| FGTS mes ant. - GRRF: | 0,00 |
| Base PIS: | 0,00 |
| Valor PIS: | 0,00 |
| Base ISS: | 0,00 |
| Valor ISS: | 0,00 |

Líquido Geral: 17.281,86

Banrisul

**Recibo de Transferência**

Número: 01093511571/00000000223766/042930
Data: 30/11/2020
Hora: 15:53:42

| | |
|---|---|
| Canal: | Office Banking |
| Data Débito: | 30/11/2020 |
| Valor: | R$ 1355,60 |
| Tipo: | Folha de Pagamento |
| Conta do Remetente: | 0235-06.025232.0-4 |
| Nome do Remetente: | SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO |
| Conta do Destinatário: | 0235-35.048384.0-0 |
| Nome do Destinatário: | ANDRESSA CAETANO GARCIA |
| Finalidade: | SAL NOVEMBRO 20 |

Atenciosamente

Banco do Estado do Rio Grande do Sul S.A.

0300EE4D16CD5E099BC602447E1B10B96276

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

SANTA CASA DE CARIDADE D JAGUARÃO
CNPJ: 88.413.661/0001-90 CC: VIGILÂNCIA-EPDEMIOLÓ( Folha Mensal
Mensalista Novembro de 2020

| Código | Nome do Funcionário | CBO | Departamento | Filial |
|---|---|---|---|---|
| 741 | ANDRESSA CAETANO GARCIA | 352210 | 11 | 1 |
| | AGENTE DE SAÚDE PÚBLICA-VIGILÂNCIA | Admissão: | | 23/03/2020 |

| Código | Descrição | Referência | Vencimentos | Descontos |
|---|---|---|---|---|
| 1 | HORAS NORMAIS | 220,00 | 1.265,63 | |
| 16 | INSALUBRIDADE 20% | 20,00 | 209,00 | |
| 202 | RIOPREVISUL | 2,00 | | 2,00 |
| 998 | I.N.S.S. | 7,94 | | 117,03 |

| | Total de Vencimentos | Total de Descontos |
|---|---|---|
| | 1.474,63 | 119,03 |
| BANRISUL 41<br>conta corrente: 350483840-0 Agência: 0235 - 23 | Valor Líquido ⇨ | 1.355,60 |

| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Cálc. FGTS | F.G.T.S do Mês | Base Cálc. IRRF | Faixa IRRF |
|---|---|---|---|---|---|
| 1.224,01 | 1.474,63 | 1.474,63 | 117,97 | 1.168,01 | 0,00 |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__ Data

Banrisul

**Recibo de Transferência**

Número: 01093501809/00000000215910/042887
Data: 30/11/2020
Hora: 15:47:12

| | |
|---|---|
| Canal: | Office Banking |
| Data Débito: | 30/11/2020 |
| Valor: | 2.261,01 |
| Tipo Transferência: | TED E |
| Conta do Remetente: | 0235-06.025232.0-4 |
| Correntista Débito: | 88.413.661/0001-90 - SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO |
| Banco ou IF do Destinatário: | 748 - SICREDI |
| Agência do Destinatário: | 0651 |
| Conta do Destinatário: | 45282-3 |
| Correntista de Crédito: | 508.867.380-91 - CARLOS ALBERTO ALVES |
| Finalidade: | 00004 - PAGAMENTO DE SALARIOS |
| Identificador: | SAL NOVEMBRO 20 |

Atenciosamente

Banco do Estado do Rio Grande do Sul S.A.

0348D114459B02CA86AD65CCA10C662C5762

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

SANTA CASA DE CARIDADE D JAGUARÃO
CNPJ: 88.413.661/0001-90

CC: VIGILÂNCIA-EPDEMIOLÓ(
Mensalista

Folha Mensal
Novembro de 2020

| Código | Nome do Funcionário | CBO | Departamento | Filial |
|---|---|---|---|---|
| 259 | CARLOS ALBERTO ALVES | 352210 | 11 | 1 |
| | AGENTE DE SAÚDE PÚBLICA-VIGILÂNCIA | Admissão: | 07/11/2005 | |

| Código | Descrição | Referência | Vencimentos | Descontos |
|---|---|---|---|---|
| 1 | HORAS NORMAIS | 220,00 | 1.265,63 | |
| 93 | QUINQUENIO | 3,00 | 189,84 | |
| 250 | REFLEXO EXTRAS DSR | 0,00 | 170,23 | |
| 150 | HORAS EXTRAS | 60,00 | 680,92 | |
| 16 | INSALUBRIDADE 20% | 20,00 | 209,00 | |
| 202 | REFEISUL | 2,00 | | 2,00 |
| 998 | I.N.S.S. | 8,88 | | 223,50 |
| 999 | IMPOSTO DE RENDA | 7,50 | | 29,11 |

| | Total de Vencimentos | Total de Descontos |
|---|---|---|
| | 2.515,62 | 254,61 |
| BANRISUL 41<br>conta corrente: Agência: 0235 - 23 | Valor Líquido ⇨ | 2.261,01 |

| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Cálc. FGTS | F.G.T.S do Mês | Base Cálc. IRRF | Faixa IRRF |
|---|---|---|---|---|---|
| 1.265,62 | 2.515,62 | 2.515,62 | 201,24 | 2.292,12 | 7,50 |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Banrisul

**Recibo de Transferência**

Número: 01093507602/00000000220500/042911
Data: 30/11/2020
Hora: 15:51:02

| | |
|---|---|
| Canal: | Office Banking |
| Data Débito: | 30/11/2020 |
| Valor: | R$ 1628,60 |
| Tipo: | Folha de Pagamento |
| Conta do Remetente: | 0235-06.025232.0-4 |
| Nome do Remetente: | SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO |
| Conta do Destinatário: | 0235-35.045024.0-2 |
| Nome do Destinatário: | DEBORA GUIMARAES FERREIRA |
| Finalidade: | SAL NOVEMBRO 20 |

Atenciosamente

Banco do Estado do Rio Grande do Sul S.A.

0351271C7599CB950F4477E53208F7257011

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

Banrisul

**Recibo de Transferência**

Número: 01093505072/00000000218458/042898
Data: 30/11/2020
Hora: 15:49:21

| | |
|---|---|
| Canal: | Office Banking |
| Data Débito: | 30/11/2020 |
| Valor: | R$ 3263,77 |
| Tipo: | Folha de Pagamento |
| Conta do Remetente: | 0235-06.025232.0-4 |
| Nome do Remetente: | SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO |
| Conta do Destinatário: | 0235-35.044827.0-3 |
| Nome do Destinatário: | DEIVER DUARTE ARAUJO |
| Finalidade: | SAL NOVEMBRO 20 |

Atenciosamente

Banco do Estado do Rio Grande do Sul S.A.

0315E34B1BA5B30226D743A60D95C2530693

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

SANTA CASA DE CARIDADE D JAGUARÃO
CNPJ: 88.413.661/0001-90

CC: VIGILÂNCIA-EPDEMIOLÓ(
Mensalista

Folha Mensal
Novembro de 2020

| Código | Nome do Funcionário | CBO | Departamento | Filial |
|---|---|---|---|---|
| 638 | DEIVER DUARTE ARAUJO | 223505 | 11 | 1 |
| | ENFERMEIRA(O) | Admissão: | | 26/04/2018 |

| Código | Descrição | Referência | Vencimentos | Descontos |
|---|---|---|---|---|
| 1 | HORAS NORMAIS | 220,00 | 2.363,45 | |
| 201 | AUXÍLIO CRECHE | 1,00 | 150,00 | |
| 250 | REFLEXO EXTRAS DSR | 0,00 | 140,32 | |
| 150 | HORAS EXTRAS | 32,00 | 561,26 | |
| 16 | INSALUBRIDADE 20% | 20,00 | 209,00 | |
| 20 | GRATIFICACOES | 300,00 | 300,00 | |
| 202 | REFEISUL | 2,00 | | 2,00 |
| 998 | I.N.S.S. | 10,05 | | 359,29 |
| 999 | IMPOSTO DE RENDA | 15,00 | | 98,97 |

| Total de Vencimentos | Total de Descontos |
|---|---|
| 3.724,03 | 460,26 |
| Valor Líquido ⇨ | 3.263,77 |

BANRISUL 41
conta corrente: 350448270-3 Agência: 0235 - 23

| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Cálc. FGTS | F.G.T.S do Mês | Base Cálc. IRRF | Faixa IRRF |
|---|---|---|---|---|---|
| 2.363,45 | 3.574,03 | 3.574,03 | 285,92 | 3.025,15 | 15,00 |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Banrisul

**Recibo de Transferência**

Número: 01093510395/00000000222805/042927
Data: 30/11/2020
Hora: 15:52:55

| | |
|---|---|
| Canal: | Office Banking |
| Data Débito: | 30/11/2020 |
| Valor: | R$ 1763,54 |
| Tipo: | Folha de Pagamento |
| Conta do Remetente: | 0235-06.025232.0-4 |
| Nome do Remetente: | SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO |
| Conta do Destinatário: | 0235-35.048385.0-8 |
| Nome do Destinatário: | EDUARDA MARTINS BRETANHA |
| Finalidade: | SAL NOVEMBRO 20 |

Atenciosamente

Banco do Estado do Rio Grande do Sul S.A.

0331931C300DF150F003D910C97609A2E718

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

SANTA CASA DE CARIDADE D JAGUARÃO
CNPJ: 88.413.661/0001-90

CC: VIGILÂNCIA-EPDEMIOLÓ(
Mensalista

Folha Mensal
Novembro de 2020

| Código | Nome do Funcionário | CBO | Departamento | Filial |
|---|---|---|---|---|
| 740 | EDUARDA MARTINS BRETANHA | 352210 | 11 | 1 |
| | AGENTE DE SAÚDE PÚBLICA-VIGILÂNCIA | Admissão: | 23/03/2020 | |

| Código | Descrição | Referência | Vencimentos | Descontos |
|---|---|---|---|---|
| 1 | HORAS NORMAIS | 176,00 | 1.265,63 | |
| 250 | REFLEXO EXTRAS DSR | 0,00 | 32,50 | |
| 854 | REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR | 0,00 | 1,53 | |
| 150 | HORAS EXTRAS | 11,30 | 130,00 | |
| 233 | HORAS EXTRAS 50% | 44,00 | 253,12 | |
| 16 | INSALUBRIDADE 20% | 20,00 | 209,00 | |
| 25 | ADICIONAL NOTURNO | 5,30 | 6,10 | |
| 202 | REFEISUL | 2,00 | | 2,00 |
| 998 | I.N.S.S. | 8,05 | | 132,34 |

| Total de Vencimentos | Total de Descontos |
|---|---|
| 1.897,88 | 134,34 |
| Valor Líquido ⇨ | 1.763,54 |

BANRISUL 41
conta corrente: 350483850-8 Agência: 0235 - 23

| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Cálc. FGTS | F.G.T.S do Mês | Base Cálc. IRRF | Faixa IRRF |
|---|---|---|---|---|---|
| 1.265,62 | 1.644,76 | 1.644,76 | 131,58 | 1.512,42 | 0,00 |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Banrisul

**Recibo de Transferência**

Número: 01093499428/00000000214032/042882
Data: 30/11/2020
Hora: 15:45:35

| | |
|---|---|
| Canal: | Office Banking |
| Data Débito: | 30/11/2020 |
| Valor: | R$ 1528,35 |
| Tipo: | Folha de Pagamento |
| Conta do Remetente: | 0235-06.025232.0-4 |
| Nome do Remetente: | SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO |
| Conta do Destinatário: | 0235-35.030163.0-6 |
| Nome do Destinatário: | JESUS OTAVILDO DA SILVA |
| Finalidade: | SAL NOVEMBRO 20 |

Atenciosamente

Banco do Estado do Rio Grande do Sul S.A.

032D981A292EF7F43BB40830667E1DAE7057

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

SANTA CASA DE CARIDADE D JAGUARÃO
CNPJ: 88.413.661/0001-90

CC: VIGILÂNCIA-EPDEMIOLÓ(
Mensalista

Folha Mensal
Novembro de 2020

| Código | Nome do Funcionário | CBO | Departamento | Filial |
|---|---|---|---|---|
| 240 | JESUS OTAVILDO DA SILVA | 352210 | 11 | 1 |
| | AGENTE DE SAÚDE PÚBLICA-VIGILÂNCIA | Admissão: | | 01/06/2005 |

| Código | Descrição | Referência | Vencimentos | Descontos |
|---|---|---|---|---|
| 1 | HORAS NORMAIS | 220,00 | 1.265,63 | |
| 93 | QUINQUENIO | 3,00 | 189,84 | |
| 16 | INSALUBRIDADE 20% | 20,00 | 209,00 | |
| 202 | REFEISUL | 2,00 | | 2,00 |
| 998 | I.N.S.S. | 8,06 | | 134,12 |

| Total de Vencimentos | Total de Descontos |
|---|---|
| 1.664,47 | 136,12 |

BANRISUL 41
conta corrente: 350301630-6 Agência: 0235 - 23

Valor Líquido ⇨ 1.528,35

| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Cálc. FGTS | F.G.T.S do Mês | Base Cálc. IRRF | Faixa IRRF |
|---|---|---|---|---|---|
| 1.265,62 | 1.664,47 | 1.664,47 | 133,15 | 1.530,35 | 0,00 |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data ___/___/___

*** PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 18 DE DEZEMBRO ***

Banrisul

**Recibo de Transferência**

Número: 01093508734/00000000221403/042919
Data: 30/11/2020
Hora: 15:51:48

| | |
|---|---|
| Canal: | Office Banking |
| Data Débito: | 30/11/2020 |
| Valor: | R$ 1355,60 |
| Tipo: | Folha de Pagamento |
| Conta do Remetente: | 0235-06.025232.0-4 |
| Nome do Remetente: | SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO |
| Conta do Destinatário: | 0235-35.047097.0-8 |
| Nome do Destinatário: | NASSIM RADI YACOUB ABU SALEH |
| Finalidade: | SAL NOVEMBRO 20 |

Atenciosamente

Banco do Estado do Rio Grande do Sul S.A.

03288BD131090B7E9390423F17013E90A886

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

SANTA CASA DE CARIDADE D JAGUARÃO
CNPJ: 88.413.661/0001-90

CC: VIGILÂNCIA-EPDEMIOLÓ(
Mensalista

Folha Mensal
Novembro de 2020

| Código | Nome do Funcionário | CBO | Departamento | Filial |
|---|---|---|---|---|
| 716 | NASSIM RADI YACOUB ABU SALEH | 352210 | 11 | 1 |
| | AGENTE DE SAÚDE PÚBLICA-VIGILÂNCIA | Admissão: | 12/08/2019 | |

| Código | Descrição | Referência | Vencimentos | Descontos |
|---|---|---|---|---|
| 1 | HORAS NORMAIS | 220,00 | 1.265,63 | |
| 16 | INSALUBRIDADE 20% | 20,00 | 209,00 | |
| 202 | REFEISUL | 2,00 | | 2,00 |
| 998 | I.N.S.S. | 7,94 | | 117,03 |

| | Total de Vencimentos | Total de Descontos |
|---|---|---|
| | 1.474,63 | 119,03 |
| BANRISUL 41<br>conta corrente: 350470970-8 Agência: 0235 - 23 | Valor Líquido ⇨ | 1.355,60 |

| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Cálc. FGTS | F.G.T.S do Mês | Base Cálc. IRRF | Faixa IRRF |
|---|---|---|---|---|---|
| 1.265,62 | 1.474,63 | 1.474,63 | 117,97 | 1.357,60 | 0,00 |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Empregado

__/__/__

Data

Banrisul

**Recibo de Transferência**

Número: 01093503992/00000000217641/042893
Data: 30/11/2020
Hora: 15:48:40

| | |
|---|---|
| Canal: | Office Banking |
| Data Débito: | 30/11/2020 |
| Valor: | R$ 2321,49 |
| Tipo: | Folha de Pagamento |
| Conta do Remetente: | 0235-06.025232.0-4 |
| Nome do Remetente: | SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO |
| Conta do Destinatário: | 0235-35.037446.0-7 |
| Nome do Destinatário: | SABRINA SILVEIRA VAZ |
| Finalidade: | SAL NOVEMBRO 20 |

Atenciosamente

Banco do Estado do Rio Grande do Sul S.A.

0388902A4AB5E669297C8D3D384EE8D81B93

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

SANTA CASA DE CARIDADE D JAGUARÃO
CNPJ: 88.413.661/0001-90

CC: VIGILÂNCIA-EPDEMIOLÓ(
Mensalista

Folha Mensal
Novembro de 2020

| Código | Nome do Funcionário | CBO | Departamento | Filial |
|---|---|---|---|---|
| 610 | SABRINA SILVEIRA VAZ | 223505 | 11 | 1 |
| | ENFERMEIRA(O) | Admissão: | | 02/10/2017 |

| Código | Descrição | Referência | Vencimentos | Descontos |
|---|---|---|---|---|
| 1 | HORAS NORMAIS | 180,00 | 2.363,45 | |
| 16 | INSALUBRIDADE 20% | 20,00 | 209,00 | |
| 202 | REFEISUL | 2,00 | | 2,00 |
| 998 | I.N.S.S. | 8,95 | | 230,32 |
| 999 | IMPOSTO DE RENDA | 7,50 | | 18,64 |

| Total de Vencimentos | Total de Descontos |
|---|---|
| 2.572,45 | 250,96 |

BANRISUL 41
conta corrente: 350374460-7 Agência: 0235 - 23

Valor Líquido ⇨ 2.321,49

| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Cálc. FGTS | F.G.T.S do Mês | Base Cálc. IRRF | Faixa IRRF |
|---|---|---|---|---|---|
| 2.363,45 | 2.572,45 | 2.572,45 | 205,79 | 2.152,54 | 7,50 |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Banrisul

**Recibo de Transferência**

Número: 01093513560/00000000225437/042937
Data: 30/11/2020
Hora: 15:55:07

| | |
|---|---|
| Canal: | Office Banking |
| Data Débito: | 30/11/2020 |
| Valor: | R$ 1803,90 |
| Tipo: | Folha de Pagamento |
| Conta do Remetente: | 0235-06.025232.0-4 |
| Nome do Remetente: | SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO |
| Conta do Destinatário: | 0235-35.048852.0-4 |
| Nome do Destinatário: | WENDELL ARAUJO NUNES |
| Finalidade: | SAL NOVEMBRO 20 |

Atenciosamente

Banco do Estado do Rio Grande do Sul S.A.

03EE350C092C6484FFF31D18E27D1D007510

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

SANTA CASA DE CARIDADE D JAGUARÃO
CNPJ: 88.413.661/0001-90

CC: VIGILÂNCIA-EPDEMIOLÓ(
Mensalista

Folha Mensal
Novembro de 2020

| Código | Nome do Funcionário | CBO | Departamento | Filial |
|---|---|---|---|---|
| 753 | WENDEL ARAUJO NUNES | 352210 | 11 | 1 |
| | AGENTE DE SAÚDE PÚBLICA-VIGILÂNCIA | Admissão: | 07/08/2020 | |

| Código | Descrição | Referência | Vencimentos | Descontos |
|---|---|---|---|---|
| 1 | HORAS NORMAIS | 186,00 | 1.265,63 | |
| 201 | AUXÍLIO CRECHE | 1,00 | 126,56 | |
| 250 | REFLEXO EXTRAS DSR | 0,00 | 31,20 | |
| 233 | HORAS EXTRAS 50% | 34,00 | 293,35 | |
| 16 | INSALUBRIDADE 20% | 20,00 | 209,00 | |
| 202 | REFEISUL | 2,00 | | 2,00 |
| 998 | I.N.S.S. | 7,96 | | 119,84 |

| | Total de Vencimentos | Total de Descontos |
|---|---|---|
| | 1.925,74 | 121,84 |
| BANRISUL 41<br>conta corrente: 350488520-4 Agência: 0235 - 23 | Valor Líquido ⇨ | 1.803,90 |

| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Cálc. FGTS | F.G.T.S do Mês | Base Cálc. IRRF | Faixa IRRF |
|---|---|---|---|---|---|
| 1.265,63 | 1.505,83 | 1.505,83 | 120,46 | 1.006,81 | 0,00 |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Banrisul

COMPROVANTE DE RECOLHIMENTO / FGTS
**********
BANCO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL S.A.

| | |
|---|---|
| Conta Debitada | : 06.025232.0-4 |
| Nome | : SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO |
| Agência de Débito | : 0235 |
| Canal/Equip | : Office Banking/9998 |
| NSU de Pagamento | : 01097389725 |
| NSU de Autenticação | : 057844 |

Representação Numérica do Código de Barras
858300000793.763301792014.207647050889.841366100015

| | |
|---|---|
| Descrição Pagamento | : CAIXA FED FGTS GRF |
| CPF/CEI/CNPJ | : 88413661000190 |
| Código do Convênio | : 0179 |
| Data de Validade | : 07/12/2020 |
| Competência | : 11/2020 |
| Valor Total | : 7.976,33 |
| Pagamento Efetuado em | : 07/12/2020 |

Autenticação : 041023599980578440712202000000797633

Este Documento serve como Comprovante de Pagto.
Portanto, Deverá ser Guardado Junto a GUIA DO FGTS.
==========

034359434E5CD1016897585E9C1ED74C7978

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

Desta Guia o valor de R$ 1.456,05
refere-se à Vigilancia Epidemiologica

FGTS
FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

GFIP - SEFIP 8.40

GRF - GUIA DE RECOLHIMENTO DO FGTS
GERADA EM 03/12/2020 - 10:41:48

PO

| 01-RAZÃO SOCIAL/NOME | | | | | 02-DDD/TELEFONE |
|---|---|---|---|---|---|
| SANTA CASA DE CARIDADE D JAGUARAO | | | | | (0053)32611088 |
| 03-FPAS | 04-SIMPLES | 05-REMUNERAÇÃO | 06-QTDE TRABALHADORES | 07-ALÍQUOTA FGTS | |
| 639 | 1 | 99.704,18 | 31 | 8 | |
| 08-CÓD RECOLHIMENTO | 09-ID RECOLHIMENTO | 10-INSCRIÇÃO/TIPO (8) | 11-COMPETÊNCIA | 12-DATA DE VALIDADE | |
| 115 | 017980-9 | 88.413.661/0001-90 | 11/2020 | 07/12/2020 | |

| 13-DEPÓSITO + CONTRIB SOCIAL | 14-ENCARGOS | 15-TOTAL A RECOLHER |
|---|---|---|
| 7.976,33 | 0,00 | 7.976,33 |

**VALOR FGTS A RECOLHER ATÉ O DIA 07/12/2020**

858300000793 763301792014 207647050889 841366100015

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA


FGTS
FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

GFIP - SEFIP 8.40

GRF - GUIA DE RECOLHIMENTO DO FGTS
GERADA EM 03/12/2020 - 10:41:48

| 01-RAZÃO SOCIAL/NOME | | | | | 02-DDD/TELEFONE |
|---|---|---|---|---|---|
| SANTA CASA DE CARIDADE D JAGUARAO | | | | | (0053)32611088 |
| 03-FPAS | 04-SIMPLES | 05-REMUNERAÇÃO | 06-QTDE TRABALHADORES | 07-ALÍQUOTA FGTS | |
| 639 | 1 | 99.704,18 | 31 | 8 | |
| 08-CÓD RECOLHIMENTO | 09-ID RECOLHIMENTO | 10-INSCRIÇÃO/TIPO (8) | 11-COMPETÊNCIA | 12-DATA DE VALIDADE | |
| 115 | 017980-9 | 88.413.661/0001-90 | 11/2020 | 07/12/2020 | |

| 13-DEPÓSITO + CONTRIB SOCIAL | 14-ENCARGOS | 15-TOTAL A RECOLHER |
|---|---|---|
| 7.976,33 | 0,00 | 7.976,33 |

**VALOR FGTS A RECOLHER ATÉ O DIA 07/12/2020**

858300000793 763301792014 207647050889 841366100015

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Banrisul

**Recibo de Pagamento**

Número: 01089378982/00000000179982/027672
Data: 19/11/2020
Hora: 10:30:39

| | |
|---|---|
| Canal: | Office Banking |
| Tipo Pagamento: | Títulos Banrisul / Outros Bancos |
| Cód. Barras: | 0419210109.00684273006.29958840034.1.84440000590000 |
| Emissor: | BANCO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL S.A. |
| Ag./Conta Débito: | 0235-06.025232.0-4-SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO |
| Valor: | R$ 5.900,00 |
| Data Débito: | 19/11/2020 |
| Data Vencimento: | 19/11/2020 |
| Pagador Final: | SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO |
| CPF/CNPJ Pagador Final: | 88.413.661/0001-90 |
| Pagador: | SANTA CASA DE CARIDADE DE JAG |
| CPF/CNPJ Pagador: | 88.413.661/0001-90 |
| Beneficiario Original: | BANRISUL CARTOES CDR PR |
| CPF/CNPJ Beneficiario Original: | 92.934.215/0001-06 |

Atenciosamente

Banco do Estado do Rio Grande do Sul S.A.

03D848921192B2F38B8FADA462CAA7B11046

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

Destte Guia o valor de R$ 180,00
refere-se a Vigilâncias Epidemiológica

LANÇADO



https://ww7.banrisul.com.br/brb/link/brbwe4hw.aspx?Largura=1280&Altura=939&Sistema=OFFICE&Reiniciar=S#

# Banrisul

## RECIBO DO PAGADOR

| Beneficiário: | Agência/Cód. Beneficiário | Nosso Número | Vencimento |
|---|---|---|---|
| **BANRISUL CARTOES CDR PR - CNPJ: 92.934.215/0001-06**<br>**RUA CALDAS JUNIOR, 120 - CENTRO HISTORICO, PORTO ALEGRE - RS, 90018900** | **0100/06842736-8** | **0029958858** | **19/11/2020** |

Pagador

Multa:0,00%
Juros:0,00%

**SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARAO**
**CPF/CNPJ: 88413661000190**
**PC DR HERMES P AFFONSO SN**
**96300000 CENTRO - JAGUARÃO - RS**

Número do Cartão

Nº do Documento: **299588**

Demonstrativo das Transações

Esse boleto e referente a fatura: 589859
- Instruções para Agência/Código do Beneficiário 0100/06842743-0 (CLIENTE PÓS-PAGO):
APOS O VENCIMENTO, COBRAR JUROS 1% AO MES PRO RATA E COBRAR MULTA DE 2,00%.
PROTESTAR CASO IMPAGO 30 DIAS APOS VENCIMENTO
- Instruções para Agência/Código do Beneficiário 0100/06842736-8 (CLIENTE PRÉ-PAGO):
NÃO RECEBER APÓS O VENCIMENTO / SAC-0800 6461515 / OUVIDORIA - 0800 6442200

| Limite de Crédito | Disp. para compras etc. | Valor mínimo a pagar: | Total desta Fatura |
|---|---|---|---|
| | | **0,00** | **5.900,00** |

Corte aqui

# Banrisul **041-8** 04192.10109 00684.273006 29958.840034 1 84440000590000

Local de Pagamento

Até o vencimento, pagar preferencialmente nas agências do Banrisul.

Vencimento: 19/11/2020

Beneficiário/CNPJ/CPF

BANRISUL CARTOES CDR PR - CNPJ: 92.934.215/0001-06

Agência / Código do Beneficiário: 0100/06842736-8

| Data do Documento | Nº do Documento | Espécie Doc. | Aceite | Data do Processamento |
|---|---|---|---|---|
| 19/11/2020 | 299588 | DS | N | 19/11/2020 |

Nosso Número: 1/0029958858

| Uso do Banco | Carteira | Espécie | Quantidade | Valor |
|---|---|---|---|---|
| | 1 | R$ | | |

(=) Valor do Documento: **5.900,00**

Instruções (Todas as informações deste BOLETO são de exclusiva responsabilidade do beneficiário)

Esse boleto e referente a fatura: 589859
- Instruções para Agência/Código do Beneficiário 0100/06842743-0 (CLIENTE PÓS-PAGO):
APOS O VENCIMENTO, COBRAR JUROS 1% AO MES PRO RATA E COBRAR MULTA DE 2,00%.
PROTESTAR CASO IMPAGO 10 DIAS APOS VENCIMENTO
- Instruções para Agência/Código do Beneficiário 0100/06842743-0 (CLIENTE PÓS-PAGO):
APOS O VENCIMENTO, COBRAR JUROS 1% AO MES PRO RATA E COBRAR MULTA DE 2,00%.
PROTESTAR CASO IMPAGO 30 DIAS APOS VENCIMENTO

(-) Desconto / Abatimento
(-) Outras Deduções
(+) Mora / Multa
(+) Outros Acréscimos
(=) Valor Cobrado

Pagador

**SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARAO**
**CPF/CNPJ: 88413661000190**
**PC DR HERMES P AFFONSO SN**
**96300000, CENTRO - JAGUARÃO - RS**

Código de Baixa:

Autenticação Mecânica/FICHA DE COMPENSAÇÃO

Banrisul

## Recibo de Pagamento - Guia da Previdência Social (GPS)

Número: 01103183888/00000000703932/078243
Data: 18/12/2020
Hora: 11:27:18

Prezado Cliente: SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO

Efetuamos em 18/12/2020, o seguinte pagamento de Guia de Previdência Social, conforme Resolução N.484, 16/09/1997.

| | |
|---|---|
| Correntista.....: | SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO |
| Conta de débito.....: | 06.025232.0-4 |
| Agência.....: | 0235 |
| Nome ou Razão Social.....: | SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARAO |
| Código de Pagamento.....: | 2305 - FILANTROPICAS COM ISENCAO - CNPJ |
| Mês/Ano Competência.....: | 11/2020 |
| Identificador.....: | 88413661000190 |
| Valor(6) do INSS.....: | R$ 14.201,23 |
| Valor(9) Outras Entidades..: | R$ 0,00 |
| Valor(10) Juros/Multas.....: | R$ 0,00 |
| Valor(11) Total Arrecadado.: | R$ 14.201,23 |

Autenticação.....: 041023599981838881812202000000000001420123

Atenciosamente

Banco do Estado do Rio Grande do Sul S.A.

03A73B71794377501203808ACD44B0038002

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

Desta Guia o valor de R$ 1.577,50 refere-se à Vigilância Epidemiológica

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS
SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP

**GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS**

| | |
|---|---|
| 3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO | 2305 |
| 4 - COMPETÊNCIA | 11/2020 |
| 5 - IDENTIFICADOR | 88.413.661/0001-90 |
| 6 - VALOR DO INSS | 14.201,23 |
| 7 - | |
| 8 - | |
| 9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES | 0,00 |
| 10 - ATM/MULTA E JUROS | 0,00 |
| 11 - TOTAL | 14.201,23 |

1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO
**CNPJ 88.413.661/0001-90**
SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARAO
PC DR HERMES PINTO AFFONSO SN

JAGUARAO RS
CEP 96300-000

| | |
|---|---|
| 2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS) | 18/12/2020 |

**ATENÇÃO:** É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.

AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA

1ª Via-INSS -2ª Via CONTRIBUINTE

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS
SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP

**GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS**

| | |
|---|---|
| 3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO | 2305 |
| 4 - COMPETÊNCIA | 11/2020 |
| 5 - IDENTIFICADOR | 88.413.661/0001-90 |
| 6 - VALOR DO INSS | 14.201,23 |
| 7 - | |
| 8 - | |
| 9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES | 0,00 |
| 10 - ATM/MULTA E JUROS | 0,00 |
| 11 - TOTAL | 14.201,23 |

1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO
**CNPJ 88.413.661/0001-90**
SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARAO
PC DR HERMES PINTO AFFONSO SN

JAGUARAO RS
CEP 96300-000

| | |
|---|---|
| 2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS) | 18/12/2020 |

**ATENÇÃO:** É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.

AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA

1ª Via-INSS -2ª Via CONTRIBUINTE

| | |
|---|---|
| Banco | : 041 - Banrisul |
| Canal/Equip | : Office Banking/9998 |
| Ag./Conta Débito | : 0235-06.025232.0-4 |
| Correntista | : SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO |
| Data/Hora Operação | : 18/12/2020 -10:56:46 |
| NSU | : 01103145225/00000000661619/078087 |
| Tipo Pagamento | : DARF Preto |

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE DARF

| | |
|---|---|
| Agente arrecadador | : CNC 041 BANCO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL S A |
| Data de Pagamento | : 18/12/2020 |
| Periodo de Apuração | : 30/11/2020 |
| Número do CPF ou CNPJ | : 88413661000190 |
| Código da Receita | : 0561 - IRRF - REND. DO TRABALHO ASSALARIADO |
| Número de Referência | : 00000000000000000 |
| Data do Vencimento | : 18/12/2020 |
| Valor do Principal | : 4.818,58 |
| Valor Total | : 4.818,58 |

Autenticação : 04102359998780871812202000000481858

Modelo aprovado pela SRF-ADE Conjunto Corat/Cotec nº 001, de 2006.

0373F4C2EA7E017B52106A6F123182499A51

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

Desta Guia o valor de R$ 146.72 retirado a Vigilância Epidemiológica

Po fume, omari

1a. via

**MINISTÉRIO DA FAZENDA**
**SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL**
**Documento de Arrecadação de Receitas Federais**

# DARF

| | | |
|---|---|---|
| 02 | PERÍODO DE APURAÇÃO → | 30/11/2020 |
| 03 | NÚMERO DO CPF OU CNPJ → | 88.413.661/0001-90 |
| 04 | CÓDIGO DA RECEITA → | 0561 |
| 05 | NÚMERO DE REFERÊNCIA → | |
| 06 | DATA DE VENCIMENTO → | 18/12/2020 |
| 07 | VALOR DO PRINCIPAL → | 4.818,58 |
| 08 | VALOR DA MULTA → | 0,00 |
| 09 | VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69 → | 0,00 |
| 10 | VALOR TOTAL → | 4.818,58 |
| 11 | AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1a. e 2a. vias) | |

01 NOME / RAZÃO SOCIAL

SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARAO

Data limite para acolhimento: **18/12/2020**

Observações:

Sicalc Contribuinte - 8721 - RS

SENDA (Versão:4.9.6) 17/12/2020 16:29:31

---

2a. via

**MINISTÉRIO DA FAZENDA**
**SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL**
**Documento de Arrecadação de Receitas Federais**

# DARF

| | | |
|---|---|---|
| 02 | PERÍODO DE APURAÇÃO → | 30/11/2020 |
| 03 | NÚMERO DO CPF OU CNPJ → | 88.413.661/0001-90 |
| 04 | CÓDIGO DA RECEITA → | 0561 |
| 05 | NÚMERO DE REFERÊNCIA → | |
| 06 | DATA DE VENCIMENTO → | 18/12/2020 |
| 07 | VALOR DO PRINCIPAL → | 4.818,58 |
| 08 | VALOR DA MULTA → | 0,00 |
| 09 | VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69 → | 0,00 |
| 10 | VALOR TOTAL → | 4.818,58 |
| 11 | AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1a. e 2a. vias) | |

01 NOME / RAZÃO SOCIAL

SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARAO

Data limite para acolhimento: **18/12/2020**

Observações:

Sicalc Contribuinte - 8721 - RS

SENDA (Versão:4.9.6) 17/12/2020 16:29:31

# PRESTAÇÃO DE CONTAS

## ANEXO I

## IDENTIFICAÇÃO:

1- NOME DA ENTIDADE: SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARÃO

2- CNPJ: 88.413661/0001-90

3- ENDEREÇO: PRÇ. DR. HERMES PINTOS AFFONSO S/N

4- NOME DO RESPONSÁVEL: GILCELLI SOARES MACHADO

5- CPF: 812.258.730-53

6- ASSINATURA DO RESPONSÁVEL:

7- VALOR DA SUBVENÇÃO RECEBIDA: R$ 135.000,00
(CENTRO E TRINTA E CINCO MIL REAIS )

8- DATA DO RECEBIMENTO DA SUBVENÇÃO: 30/11/2020

Juliana da S. Figueiredo
Contadora CRC SP 269868/O-2 RS
CPF 350.268.028-00

PRESTAÇÃO DE CONTAS

PLANO OPERATIVO - NOVEMBRO/2020

ANEXO II

| 1- RECEITA | | 2- DESPESA | |
|---|---|---|---|
| 1.1 DISCRIMINAÇÃO | 1.2 VALOR R$ | 2.1 DISCRIMINAÇÃO | 2.2 VALOR R$ |
| PROGRAMA PRONTO SOCORRO | 135.000,00 | PROGRAMA PRONTO SOCORRO | 120.779,89 |
| | | INSS | 2.224,37 |
| A PORTE STA CASA | 5.759,28 | IRRF | 3.226,55 |
| | | FGTS | 1.803,28 |
| | | PENS. ALIMENTICIA | 325,19 |
| | | REFEISUL | 1.400,00 |
| | | CUSTEIO | 11.000,00 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| TOTAL | 140.759,28 | | 140.759,28 |

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARÃO

PRESTAÇÃO DE CONTAS

ANEXO III

PRONTO SOCORRO

| | | | |
|---|---|---|---|
| FOLHA PAGTº | 04/12/20 | MAURO L. P. SOARES | 7.089,71 |
| FOLHA PAGTº | 04/12/20 | ANA PAULA T.GONZALEZ | 4.108,13 |
| NF 05 | 09/12/20 | MARIA VITORIA H.GARCIA | 11.300,00 |
| NF01 | 09/12/20 | IVETTE YSLA VIUSAT | 5.600,00 |
| NF 45 | 09/12/20 | FROMETA E BALGA | 9.100,00 |
| NF 30 | 09/12/20 | LIANNE E. DIAZ | 2.500,00 |
| NF 01 | 09/12/20 | RAUL JESUS C. MARTINEZ | 3.500,00 |
| NF 06 | 09/12/20 | YAYDELING CRESPO | 10.800,00 |
| NF 25 | 09/12/20 | MADELIM PENA | 23.000,00 |
| NF 159 | 09/12/20 | YUDEYKI | 13.100,00 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| RECIBO CAIXA | 18/12/20 | MOHAMMAD NAWAZ | 4.000,00 |
| NF 171 | 1401/21 | KENIA | 1.000,00 |
| | | | |
| TOTAL | | | **95.097,84** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |
| FOLHA PAGTº | 30/11/20 | ADAO JESUS BERNEIRA | 3.685,71 |
| FOLHA PAGTº | 30/11/20 | MARCELO MARINHO | 3.410,97 |
| FOLHA PAGTº | 30/11/20 | UBIRATAM BIELEMANN | 4.564,37 |
| TOTAL | | | 11.661,05 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| FOLHA PAGTº | 30/11/20 | THIAGO K. BUENO | 3.034,65 |
| FOLHA PAGTº | 30/11/20 | CRISTINA FISCHER | 3.556,29 |
| FOLHA PAGTº | 30/11/20 | LETICIA TEIXEIRA | 3.805,74 |
| FOLHA PAGTº | 30/11/20 | LUCIANA JESKE | 3.624,32 |
| | | | |
| TOTAL | | | 14.021,00 |

| 1.4 | 1.5 | 1.6 | 1.7 |
|---|---|---|---|
| DOCUMENTO | DATA | FAVORECIDO | VALOR R$ |
| COMP.PGTO | 07/12/20 | INSS | 2.224,37 |
| COMP.PGTO | 18/12/20 | IRRF 0561 | 616,47 |
| COMP.PGTO | 18/12/20 | IRRF 0588 | 2.610,08 |
| COMP.PGTO | 18/12/20 | FGTS | 1.803,28 |
| COMP.PGTO | 02/12/20 | PENS. ALIMENTICIA | 325,19 |
| COMP.PGTO | 20/11/20 | REFEISUL | 1.400,00 |
| TOTAL | | | 8.979,39 |

CUSTEIO

| 1.4 | 1.5 | 1.6 | 1.7 |
|---|---|---|---|
| DOCUMENTO | DATA | FAVORECIDO | VALOR R$ |
| NF 48 | 10/12/20 | CLINICA ALTO URUGUAI | 11.000,00 |
| | | | |
| | | | 11.000,00 |

Empregados - C. Custos: 16

## EXTRATO MENSAL

Empr.: 600 ADÃO JESUS CARVALHO BERNEIRA — Situação: Trabalhando — CPF: 599.771.320-20 — PIS: 158.47336.16-4
Cargo: 2 MOTORISTA DE AMBULANCIA — Vínculo: Celetista — Adm: 24/08/2017 — CTPS/Série: 00062664/00544
CC: 16 — Depto: 15 — Filial: 1 — Salário: 879,53

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | HORAS NORMAIS | 220,00 | 879,53 P | 202 | REFEISUL | 2,00 | 2,00 D |
| 204 | DIARIAS | 1.800,00 | 1.800,00 P | 998 | I.N.S.S. | 8,24 | 169,46 D |
| 250 | REFLEXO EXTRAS DSR | 0,00 | 79,26 P | | | | |
| 150 | HORAS EXTRAS | 21,00 | 317,05 P | | | | |
| 20 | GRATIFICACOES | 781,33 | 781,33 P | | | | |

ND: 0 Proventos: 3.857,17 Descontos: 171,46 Informativa: 164,57 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 3.685,71
NF: 0 Base INSS: 2.057,17 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.057,17 Valor FGTS: 164,57 Base IRRF: 1.887,71

Empr.: 546 CRISTINA MACHADO FISCHER — Situação: Trabalhando — CPF: 986.159.550-34 — PIS: 127.55583.70-5
Cargo: 17 ENFERMEIRA(O) — Vínculo: Celetista — Adm: 16/11/2015 — CTPS/Série: 1066791/0010
CC: 16 — Depto: 4 — Filial: 1 — Salário: 3.739,80

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | HORAS NORMAIS | 220,00 | 3.739,80 P | 202 | REFEISUL | 2,00 | 2,00 D |
| 93 | QUINQUENIO | 1,00 | 186,99 P | 998 | I.N.S.S. | 10,59 | 438,60 D |
| 854 | REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR | 0,00 | 0,94 P | 999 | IMPOSTO DE RENDA | 15,00 | 143,61 D |
| 16 | INSALUBRIDADE 20% | 20,00 | 209,00 P | | | | |
| 25 | ADICIONAL NOTURNO | 1,11 | 3,77 P | | | | |

ND: 2 Proventos: 4.140,50 Descontos: 584,21 Informativa: 331,24 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 3.556,29
NF: 2 Base INSS: 4.140,50 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 4.140,50 Valor FGTS: 331,24 Base IRRF: 3.322,72

Empr.: 390 LETICIA RODRIGUES MARTINS TEIXEIRA — Situação: Trabalhando — CPF: 010.754.770-85 — PIS: 130.87880.67-0
Cargo: 17 ENFERMEIRA(O) — Vínculo: Celetista — Adm: 17/02/2009 — CTPS/Série: 01942052/00030
CC: 16 — Depto: 4 — Filial: 1 — Salário: 3.666,47

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | HORAS NORMAIS | 220,00 | 3.739,80 P | 202 | REFEISUL | 2,00 | 2,00 D |
| 93 | QUINQUENIO | 2,00 | 366,65 P | 998 | I.N.S.S. | 10,73 | 463,09 D |
| 201 | AUXÍLIO CRECHE | 1,00 | 150,00 P | 999 | IMPOSTO DE RENDA | 15,00 | 194,62 D |
| 16 | INSALUBRIDADE 20% | 20,00 | 209,00 P | | | | |

ND: 1 Proventos: 4.465,45 Descontos: 659,71 Informativa: 345,23 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 3.805,74
NF: 1 Base INSS: 4.315,45 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 4.315,45 Valor FGTS: 345,23 Base IRRF: 3.662,77

Empr.: 310 LUCIANA JESKE DE OLIVEIRA — Situação: Trabalhando — CPF: 972.047.650-87 — PIS: 129.66937.67-1
Cargo: 17 ENFERMEIRA(O) — Vínculo: Celetista — Adm: 18/08/2006 — CTPS/Série: 7242426/010
CC: 16 — Depto: 4 — Filial: 1 — Salário: 3.739,80

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | HORAS NORMAIS | 220,00 | 3.739,80 P | 202 | REFEISUL | 2,00 | 2,00 D |
| 93 | QUINQUENIO | 2,00 | 373,98 P | 203 | ALIMENTAÇÃO | 1,50 | 6,00 D |
| 854 | REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR | 0,00 | 1,72 P | 998 | I.N.S.S. | 10,74 | 465,32 D |
| 16 | INSALUBRIDADE 20% | 20,00 | 209,00 P | 999 | IMPOSTO DE RENDA | 22,50 | 233,73 D |
| 25 | ADICIONAL NOTURNO | 2,02 | 6,87 P | | | | |

ND: 0 Proventos: 4.331,37 Descontos: 707,05 Informativa: 346,50 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 3.624,32
NF: 0 Base INSS: 4.331,37 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 4.331,37 Valor FGTS: 346,50 Base IRRF: 3.866,05

Empregados - C. Custos: 16

## EXTRATO MENSAL

Empr.: 598 MARCELO ALVES MARINHO — Situação: Trabalhando — CPF: 007.560.650-03 — PIS: 126.73453.67-0
Cargo: 2 MOTORISTA DE AMBULANCIA — Vínculo: Celetista — Adm: 24/08/2017 — CTPS/Série: 35833/52
CC: 16 — Depto: 15 — Filial: 1 — Salário: 879,53

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | HORAS NORMAIS | 360,00 | 879,53 P | 202 | REFEISUL | 2,00 | 2,00 D |
| 204 | DIARIAS | 1.700,00 | 1.700,00 P | 998 | I.N.S.S. | 8,48 | 188,87 D |
| 250 | REFLEXO EXTRAS DSR | 0,00 | 113,23 P | 900 | PENSAO ALIMENTICIA | 325,19 | 325,19 D |
| 150 | HORAS EXTRAS | 30,00 | 452,94 P | | | | |
| 20 | GRATIFICACOES | 781,33 | 781,33 P | | | | |

ND: 0 Proventos: 3.927,03 Descontos: 516,06 Informativa: 178,16 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 3.410,97
NF: 0 Base INSS: 2.227,03 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.227,03 Valor FGTS: 178,16 Base IRRF: 1.712,97

---

Empr.: 574 THIAGO KNORR BUENO — Situação: Trabalhando — CPF: 832.650.230-87 — PIS: 127.74391.69-7
Cargo: 17 ENFERMEIRA(O) — Vínculo: Celetista — Adm: 04/01/2017 — CTPS/Série: 2549989/10
CC: 16 — Depto: 4 — Filial: 1 — Salário: 2.363,45

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | HORAS NORMAIS | 360,00 | 2.363,45 P | 202 | REFEISUL | 2,00 | 2,00 D |
| 226 | AD NOTURNO MES ANTERIOR | 277,32 | 277,32 P | 998 | I.N.S.S. | 9,45 | 290,38 D |
| 854 | REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR | 0,00 | 100,10 P | 999 | IMPOSTO DE RENDA | 7,50 | 23,24 D |
| 16 | INSALUBRIDADE 20% | 20,00 | 209,00 P | | | | |
| 26 | ADICIONAL NOTURNO | 77,00 | 400,40 P | | | | |

ND: 3 Proventos: 3.350,27 Descontos: 315,62 Informativa: 245,83 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 3.034,65
NF: 3 Base INSS: 3.072,95 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 3.072,95 Valor FGTS: 245,83 Base IRRF: 2.213,80

---

Empr.: 599 UBIRATAM TUCHTENHA GEN BIELEMANN — Situação: Trabalhando — CPF: 003.587.140-79 — PIS: 126.76921.68-3
Cargo: 2 MOTORISTA DE AMBULANCIA — Vínculo: Celetista — Adm: 24/08/2017 — CTPS/Série: 94261/57
CC: 16 — Depto: 15 — Filial: 1 — Salário: 879,53

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | HORAS NORMAIS | 220,00 | 879,53 P | 202 | REFEISUL | 2,00 | 2,00 D |
| 204 | DIARIAS | 2.400,00 | 2.400,00 P | 998 | I.N.S.S. | 8,73 | 209,25 D |
| 250 | REFLEXO EXTRAS DSR | 0,00 | 147,21 P | 999 | IMPOSTO DE RENDA | 7,50 | 21,27 D |
| 150 | HORAS EXTRAS | 39,00 | 588,82 P | | | | |
| 20 | GRATIFICACOES | 781,33 | 781,33 P | | | | |

ND: 0 Proventos: 4.796,89 Descontos: 232,52 Informativa: 191,75 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 4.564,37
NF: 0 Base INSS: 2.396,89 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.396,89 Valor FGTS: 191,75 Base IRRF: 2.187,64

---

| Totais por Centro de Custos | Proventos | Descontos | Liquido |
|---|---|---|---|
| 16 PRONTO SOCORRO | 28.868,68 | 3.186,63 | 25.682,05 |
| Total: | 28.868,68 | 3.186,63 | 25.682,05 |

Total Geral Proventos: 28.868,68
Total Geral Descontos: 3.186,63
Líquido Geral: 25.682,05

Empregados - C. Custos: 16

## EXTRATO MENSAL

### Situações

| | |
|---|---|
| Número de empregados: | 7 |
| Numero de estagiários: | 0 |
| Trabalhando: | 7 |
| Afastado direitos integrais: | 0 |
| Afastado acidente de trabalho: | 0 |
| Afastado serviço militar: | 0 |
| Salário maternidade: | 0 |
| Salário maternidade INSS: | 0 |
| Doença: | 0 |
| Doença Profissional: | 0 |
| Licença sem vencimento: | 0 |
| Demitido: | 0 |
| Transferido: | 0 |
| Férias: | 0 |
| Mandato sindical: | 0 |
| Aposentadoria: | 0 |
| Partic. curso/programa de qualificação: | 0 |
| Ausência justificada: | 0 |
| Outros motivos de afastamento: | 0 |
| Admissões: | 0 |
| Número de contribuintes: | 0 |

| | |
|---|---|
| Salário contribuição empregados: | 22.541,36 |
| Salário contribuição contribuintes: | 0,00 |
| Excedente: | 0,00 |
| Base total: | 22.541,36 |
| Segurados: | 2.224,97 |
| Empresa: | 0,00 |
| RAT: | 0,00 |
| Contribuintes: | 0,00 |
| Sub-Total: | 2.224,97 |
| Retenções: | 0,00 |
| (-) Salário família/maternidade: | 657,63 |
| Compensações: | 0,00 |
| Valores pagos a Cooperativas: | 0,00 |
| Outras Compensações: | 0,00 |
| Total: | 1.567,34 |
| Terceiros: | 0,00 |
| Total INSS: | 1.567,34 |

| | |
|---|---|
| Base IRRF Mensal: | 18.853,66 |
| Valor IRRF Mensal: | 616,47 |
| Base IRRF Férias: | 0,00 |
| Valor IRRF Férias: | 0,00 |
| Base IRRF Partic. Lucros: | 0,00 |
| Valor IRRF Partic. Lucros: | 0,00 |
| Base IRRF Exterior: | 0,00 |
| Valor IRRF Exterior: | 0,00 |
| Base IRRF 13º Salário: | 0,00 |
| Valor IRRF 13º Salário: | 0,00 |
| Valor Total do IRRF: | 616,47 |
| IRRF Aluguéis: | 0,00 |
| IRRF contribuintes: | 0,00 |
| Base do FGTS: | 22.541,36 |
| Valor do FGTS: | 1.803,28 |
| Base do FGTS Aprendiz: | 0,00 |
| Valor do FGTS Aprendiz: | 0,00 |
| Base FGTS - GRRF: | 0,00 |
| FGTS - GRRF: | 0,00 |
| Base FGTS mes ant. - GRRF: | 0,00 |
| FGTS mes ant. - GRRF: | 0,00 |
| Base PIS: | 0,00 |
| Valor PIS: | 0,00 |
| Base ISS: | 0,00 |
| Valor ISS: | 0,00 |

Líquido Geral: 25.682,05

Banrisul

**Recibo de Transferência**

Número: 01093468786/00000000189494/042780
Data: 30/11/2020
Hora: 15:25:26

| | |
|---|---|
| Canal: | Office Banking |
| Data Débito: | 30/11/2020 |
| Valor: | R$ 3685,71 |
| Tipo: | Folha de Pagamento |
| Conta do Remetente: | 0235-06.025232.0-4 |
| Nome do Remetente: | SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO |
| Conta do Destinatário: | 0235-35.043476.0-1 |
| Nome do Destinatário: | ADAO JESUS CARVALHO BERNEIRA |
| Finalidade: | SAL NOVEMBRO 20 |

Atenciosamente

Banco do Estado do Rio Grande do Sul S.A.

03BE4960C9EAACC2B351AF8E1E613F379109

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

SANTA CASA DE CARIDADE D JAGUARÃO
CNPJ: 88.413.661/0001-90

CC: PRONTO SOCORRO
Mensalista

Folha Mensal
Novembro de 2020

| Código | Nome do Funcionário | CBO | Departamento | Filial |
|---|---|---|---|---|
| 600 | ADÃO JESUS CARVALHO BERNEIRA | 782320 | 15 | 1 |
| | MOTORISTA DE AMBULANCIA | Admissão: | | 24/08/2017 |

| Código | Descrição | Referência | Vencimentos | Descontos |
|---|---|---|---|---|
| 1 | HORAS NORMAIS | 220,00 | 879,53 | |
| 204 | DIARIAS | 1.800,00 | 1.800,00 | |
| 250 | REFLEXO EXTRAS DSR | 0,00 | 79,26 | |
| 150 | HORAS EXTRAS | 21,00 | 317,05 | |
| 20 | GRATIFICACOES | 781,33 | 781,33 | |
| 202 | REFEISUL | 2,00 | | 2,00 |
| 998 | I.N.S.S. | 8,24 | | 169,46 |

| Total de Vencimentos | Total de Descontos |
|---|---|
| 3.857,17 | 171,46 |
| Valor Líquido ⇨ | 3.685,71 |

BANRISUL 41
conta corrente: 350434760-1 Agência: 0235 - 23

| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Cálc. FGTS | F.G.T.S do Mês | Base Cálc. IRRF | Faixa IRRF |
|---|---|---|---|---|---|
| 879,53 | 2.057,17 | 2.057,17 | 164,57 | 1.887,71 | 0,00 |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo

Assinatura do Funcionário

Data

Banrisul

**Recibo de Transferência**

Número: 01093463763/00000000185490/042764
Data: 30/11/2020
Hora: 15:22:08

| | |
|---|---|
| Canal: | Office Banking |
| Data Débito: | 30/11/2020 |
| Valor: | R$ 3556,29 |
| Tipo: | Folha de Pagamento |
| Conta do Remetente: | 0235-06.025232.0-4 |
| Nome do Remetente: | SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO |
| Conta do Destinatário: | 0235-35.039360.0-6 |
| Nome do Destinatário: | CRISTINA MACHADO FISCHER |
| Finalidade: | SAL NOVEMBRO 20 |

Atenciosamente

Banco do Estado do Rio Grande do Sul S.A.

03A11E53A00D865B462B6E22A023A7540C71

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

SANTA CASA DE CARIDADE D JAGUARÃO
CNPJ: 88.413.661/0001-90

CC: PRONTO SOCORRO
Mensalista

Folha Mensal
Novembro de 2020

| Código | Nome do Funcionário | CBO | Departamento | Filial |
|---|---|---|---|---|
| 546 | CRISTINA MACHADO FISCHER | 223505 | 4 | 1 |
| | ENFERMEIRA(O) | Admissão: | | 16/11/2015 |

| Código | Descrição | Referência | Vencimentos | Descontos |
|---|---|---|---|---|
| 1 | HORAS NORMAIS | 220,00 | 3.739,80 | |
| 93 | QUINQUENIO | 1,00 | 186,99 | |
| 854 | REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR | 0,00 | 0,94 | |
| 16 | INSALUBRIDADE 20% | 20,00 | 209,00 | |
| 25 | ADICIONAL NOTURNO | 1,11 | 3,77 | |
| 202 | REFEISUL | 2,00 | | 2,00 |
| 998 | I.N.S.S. | 10,59 | | 438,60 |
| 999 | IMPOSTO DE RENDA | 15,00 | | 143,61 |

| Total de Vencimentos | Total de Descontos |
|---|---|
| 4.140,50 | 584,21 |
| Valor Líquido ⇨ | 3.556,29 |

BANRISUL 41
conta corrente: 350393600-6 Agência: 0235 - 23

| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Cálc. FGTS | F.G.T.S do Mês | Base Cálc. IRRF | Faixa IRRF |
|---|---|---|---|---|---|
| 3.739,80 | 4.140,50 | 4.140,50 | 331,24 | 3.322,72 | 15,00 |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__
Data

Banrisul

**Recibo de Transferência**

Número: 01093462159/00000000184198/042756
Data: 30/11/2020
Hora: 15:21:06

| | |
|---|---|
| Canal: | Office Banking |
| Data Débito: | 30/11/2020 |
| Valor: | R$ 3805,74 |
| Tipo: | Folha de Pagamento |
| Conta do Remetente: | 0235-06.025232.0-4 |
| Nome do Remetente: | SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO |
| Conta do Destinatário: | 0235-35.030340.0-6 |
| Nome do Destinatário: | LETICIA RODRIGUES MARTINS TEIXEIRA |
| Finalidade: | SAL NOVEMBRO 20 |

Atenciosamente

Banco do Estado do Rio Grande do Sul S.A.

03B0B312CC3CBED3F8553732ACF2CE898582

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

SANTA CASA DE CARIDADE D JAGUARÃO
CNPJ: 88.413.661/0001-90

CC: PRONTO SOCORRO
Mensalista

Folha Mensal
Novembro de 2020

| Código | Nome do Funcionário | CBO | Departamento | Filial |
|---|---|---|---|---|
| 390 | LETICIA RODRIGUES MARTINS TEIXEIRA<br>ENFERMEIRA(O) | 223505 | 4 | 1 |

Admissão: 17/02/2009

| Código | Descrição | Referência | Vencimentos | Descontos |
|---|---|---|---|---|
| 1 | HORAS NORMAIS | 220,00 | 3.739,80 | |
| 93 | QUINQUENIO | 2,00 | 366,65 | |
| 201 | AUXÍLIO CRECHE | 1,00 | 150,00 | |
| 16 | INSALUBRIDADE 20% | 20,00 | 209,00 | |
| 202 | REFEISUL | 2,00 | | 2,00 |
| 998 | I.N.S.S. | 10,73 | | 463,09 |
| 999 | IMPOSTO DE RENDA | 15,00 | | 194,62 |

| Total de Vencimentos | Total de Descontos |
|---|---|
| 4.465,45 | 659,71 |
| Valor Líquido ⇨ | 3.805,74 |

BANRISUL 41
conta corrente: 350303400-6 Agência: 0235 - 23

| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Cálc. FGTS | F.G.T.S do Mês | Base Cálc. IRRF | Faixa IRRF |
|---|---|---|---|---|---|
| 3.666,47 | 4.315,45 | 4.315,45 | 345,23 | 3.662,77 | 15,00 |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data ___/___/___

*** PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 01 DE DEZEMBRO ***

Banrisul

**Recibo de Transferência**

Número: 01093460036/00000000182515/042746
Data: 30/11/2020
Hora: 15:19:45

| | |
|---|---|
| Canal: | Office Banking |
| Data Débito: | 30/11/2020 |
| Valor: | R$ 3624,32 |
| Tipo: | Folha de Pagamento |
| Conta do Remetente: | 0235-06.025232.0-4 |
| Nome do Remetente: | SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO |
| Conta do Destinatário: | 0235-35.047454.0-2 |
| Nome do Destinatário: | LUCIANA JESKE DE OLIVEIRA |
| Finalidade: | SAL NOVEMBRO 20 |

Atenciosamente

Banco do Estado do Rio Grande do Sul S.A.

03E7EF47A913FC59B8BFE018C9E7A03F4513

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

SANTA CASA DE CARIDADE D JAGUARÃO
CNPJ: 88.413.661/0001-90

CC: PRONTO SOCORRO
Mensalista

Folha Mensal
Novembro de 2020

| Código | Nome do Funcionário | CBO | Departamento | Filial |
|---|---|---|---|---|
| 310 | LUCIANA JESKE DE OLIVEIRA | 223505 | 4 | 1 |
| | ENFERMEIRA(O) | Admissão: | 18/08/2006 | |

| Código | Descrição | Referência | Vencimentos | Descontos |
|---|---|---|---|---|
| 1 | HORAS NORMAIS | 220,00 | 3.739,80 | |
| 93 | QUINQUENIO | 2,00 | 373,98 | |
| 854 | REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR | 0,00 | 1,72 | |
| 16 | INSALUBRIDADE 20% | 20,00 | 209,00 | |
| 25 | ADICIONAL NOTURNO | 2,02 | 6,87 | |
| 202 | REFEISUL | 2,00 | | 2,00 |
| 203 | ALIMENTAÇÃO | 1,50 | | 6,00 |
| 998 | I.N.S.S. | 10,74 | | 465,32 |
| 999 | IMPOSTO DE RENDA | 22,50 | | 233,73 |

| Total de Vencimentos | Total de Descontos |
|---|---|
| 4.331,37 | 707,05 |
| Valor Líquido ⇨ | 3.624,32 |

BANRISUL 41
conta corrente: 350474540-2 Agência: 0235 - 23

| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Cálc. FGTS | F.G.T.S do Mês | Base Cálc. IRRF | Faixa IRRF |
|---|---|---|---|---|---|
| 3.739,80 | 4.331,37 | 4.331,37 | 346,50 | 3.866,05 | 22,50 |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Banrisul

**Recibo de Transferência**

Número: 01093466182/00000000187425/042774
Data: 30/11/2020
Hora: 15:23:44

| | |
|---|---|
| Canal: | Office Banking |
| Data Débito: | 30/11/2020 |
| Valor: | R$ 3410,97 |
| Tipo: | Folha de Pagamento |
| Conta do Remetente: | 0235-06.025232.0-4 |
| Nome do Remetente: | SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO |
| Conta do Destinatário: | 0235-35.043474.0-7 |
| Nome do Destinatário: | MARCELO ALVES MARINHO |
| Finalidade: | SAL NOVEMBRO 20 |

Atenciosamente

Banco do Estado do Rio Grande do Sul S.A.

03F65AA5D7309F3C039FC69D42125C10E250

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

SANTA CASA DE CARIDADE D JAGUARÃO
CNPJ: 88.413.661/0001-90

CC: PRONTO SOCORRO
Mensalista

Folha Mensal
Novembro de 2020

| Código | Nome do Funcionário | CBO | Departamento | Filial |
|---|---|---|---|---|
| 598 | MARCELO ALVES MARINHO | 782320 | 15 | 1 |
| | MOTORISTA DE AMBULANCIA | Admissão: | 24/08/2017 | |

| Código | Descrição | Referência | Vencimentos | Descontos |
|---|---|---|---|---|
| 1 | HORAS NORMAIS | 360,00 | 879,53 | |
| 204 | DIARIAS | 1.700,00 | 1.700,00 | |
| 250 | REFLEXO EXTRAS DSR | 0,00 | 113,23 | |
| 150 | HORAS EXTRAS | 30,00 | 452,94 | |
| 20 | GRATIFICACOES | 781,33 | 781,33 | |
| 202 | REFEISUL | 2,00 | | 2,00 |
| 998 | I.N.S.S. | 8,48 | | 188,87 |
| 900 | PENSAO ALIMENTICIA | 325,19 | | 325,19 |

| Total de Vencimentos | Total de Descontos |
|---|---|
| 3.927,03 | 516,06 |
| Valor Líquido ⇨ | 3.410,97 |

BANRISUL 41
conta corrente: 350434740-7 Agência: 0235 - 23

| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Cálc. FGTS | F.G.T.S do Mês | Base Cálc. IRRF | Faixa IRRF |
|---|---|---|---|---|---|
| 879,53 | 2.227,03 | 2.227,03 | 178,16 | 1.712,97 | 0,00 |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Banrisul

**Recibo de Transferência**

Número: 01094688660/00000000365597/047563
Data: 02/12/2020
Hora: 11:40:49

| | |
|---|---|
| Canal: | Office Banking |
| Data Débito: | 02/12/2020 |
| Valor: | 325,19 |
| Tipo Transferência: | TED F |
| Conta do Remetente: | 0235-06.025232.0-4 |
| Correntista Débito: | 88.413.661/0001-90 - SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO |
| Banco ou IF do Destinatário: | 104 - CAIXA ECON. FEDERAL |
| Agência do Destinatário: | 0485 |
| Conta do Destinatário: | 7986-3 |
| Correntista de Crédito: | 012.260.780-52 - JOICE AZAMBUJA BOTELHO |
| Finalidade: | 00101 - PENSAO ALIMENTICIA |
| Identificador: | PENSAO NOV 20 |

Atenciosamente

Banco do Estado do Rio Grande do Sul S.A.

0344F5CD584958E6BAFB05919D0C3AD10231

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

Banrisul

**Recibo de Transferência**

Número: 01093464964/00000000186482/042769
Data: 30/11/2020
Hora: 15:22:56

| | |
|---|---|
| Canal: | Office Banking |
| Data Débito: | 30/11/2020 |
| Valor: | R$ 3034,65 |
| Tipo: | Folha de Pagamento |
| Conta do Remetente: | 0235-06.025232.0-4 |
| Nome do Remetente: | SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO |
| Conta do Destinatário: | 0235-35.030158.0-6 |
| Nome do Destinatário: | THIAGO KNORR BUENO |
| Finalidade: | SAL NOVEMBRO 20 |

Atenciosamente

Banco do Estado do Rio Grande do Sul S.A.

03D233A65DCE93BBB05D5EF475AA0E3A6607

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

SANTA CASA DE CARIDADE D JAGUARÃO
CNPJ: 88.413.661/0001-90

CC: PRONTO SOCORRO
Mensalista

Folha Mensal
Novembro de 2020

| Código | Nome do Funcionário | CBO | Departamento | Filial |
|---|---|---|---|---|
| 574 | THIAGO KNORR BUENO | 223505 | 4 | 1 |
| | ENFERMEIRA(O) | Admissão: | 04/01/2017 | |

| Código | Descrição | Referência | Vencimentos | Descontos |
|---|---|---|---|---|
| 1 | HORAS NORMAIS | 360,00 | 2.363,45 | |
| 226 | AD NOTURNO MES ANTERIOR | 277,32 | 277,32 | |
| 854 | REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR | 0,00 | 100,10 | |
| 16 | INSALUBRIDADE 20% | 20,00 | 209,00 | |
| 26 | ADICIONAL NOTURNO | 77,00 | 400,40 | |
| 202 | REFEISUL | 2,00 | | 2,00 |
| 998 | I.N.S.S. | 9,45 | | 290,38 |
| 999 | IMPOSTO DE RENDA | 7,50 | | 23,24 |

| Total de Vencimentos | Total de Descontos |
|---|---|
| 3.350,27 | 315,62 |
| Valor Líquido ⇨ | 3.034,65 |

BANRISUL 41
conta corrente: 350301580-6 Agência: 0235 - 23

| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Cálc. FGTS | F.G.T.S do Mês | Base Cálc. IRRF | Faixa IRRF |
|---|---|---|---|---|---|
| 2.363,45 | 3.072,95 | 3.072,95 | 245,83 | 2.213,80 | 7,50 |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__
Data

Banrisul

**Recibo de Transferência**

Número: 01093467517/00000000188474/042777
Data: 30/11/2020
Hora: 15:24:35

| | |
|---|---|
| Canal: | Office Banking |
| Data Débito: | 30/11/2020 |
| Valor: | R$ 4564,37 |
| Tipo: | Folha de Pagamento |
| Conta do Remetente: | 0235-06.025232.0-4 |
| Nome do Remetente: | SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO |
| Conta do Destinatário: | 0235-35.043477.0-9 |
| Nome do Destinatário: | UBIRATAM TUCHTENHAGEN BIELEMANN |
| Finalidade: | SAL NOVEMBRO 20 |

Atenciosamente

Banco do Estado do Rio Grande do Sul S.A.

03B5BBB6D804EE08A1A53582C00CFC1D6920

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

SANTA CASA DE CARIDADE D JAGUARÃO
CNPJ: 88.413.661/0001-90

CC: PRONTO SOCORRO
Mensalista

Folha Mensal
Novembro de 2020

| Código | Nome do Funcionário | CBO | Departamento | Filial |
|---|---|---|---|---|
| 599 | UBIRATAM TUCHTENHA GEN BIELEMANN | 782320 | 15 | 1 |
| | MOTORISTA DE AMBULANCIA | Admissão: | | 24/08/2017 |

| Código | Descrição | Referência | Vencimentos | Descontos |
|---|---|---|---|---|
| 1 | HORAS NORMAIS | 220,00 | 879,53 | |
| 204 | DIARIAS | 2.400,00 | 2.400,00 | |
| 250 | REFLEXO EXTRAS DSR | 0,00 | 147,21 | |
| 150 | HORAS EXTRAS | 39,00 | 588,82 | |
| 20 | GRATIFICACOES | 781,33 | 781,33 | |
| 202 | REFEISUL | 2,00 | | 2,00 |
| 998 | I.N.S.S. | 8,73 | | 209,25 |
| 999 | IMPOSTO DE RENDA | 7,50 | | 21,27 |

| Total de Vencimentos | Total de Descontos |
|---|---|
| 4.796,89 | 232,52 |

BANRISUL 41
conta corrente: 350434770-9 Agência: 0235 - 23

Valor Líquido ⇨ 4.564,37

| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Cálc. FGTS | F.G.T.S do Mês | Base Cálc. IRRF | Faixa IRRF |
|---|---|---|---|---|---|
| 879,53 | 2.396,89 | 2.396,89 | 191,75 | 2.187,64 | 7,50 |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

__/__/__

Banrisul

**Recibo de Transferência**

Número: 01098632500/000000008 86760/062632
Data: 09/12/2020
Hora: 11:39:17

| | |
|---|---|
| Canal: | Office Banking |
| Data Débito: | 09/12/2020 |
| Valor: | 23.000,00 |
| Tipo Transferência: | TED E |
| Conta do Remetente: | 0235-06.025232.0-4 |
| Correntista Débito: | 88.413.661/0001-90 - SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO |
| Banco ou IF do Destinatário: | 001 - BANCO DO BRASIL S.A. |
| Agência do Destinatário: | 0147-3 |
| Conta do Destinatário: | 23246-7 |
| Correntista de Crédito: | 32.656.658/0001-42 - MADELIN PENA CHIRINO |
| Finalidade: | 00005 - PAGAMENTO DE FORNECEDORES |
| Identificador: | PGTO PS NOV 20 |

Atenciosamente

Banco do Estado do Rio Grande do Sul S.A.

036481E51F6C7F23F4959AE049A53ED31A63

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

LANÇADO

# DANFSE - Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Serviço Eletrônica

**MADELIN PENA CHIRINO**
RUA BARBOSA NETO, 1256
CEP: 96300-000 - Bairro: CENTRO
Município: Jaguarão - RS
E-mail: madelinpenachirino@gmail.com
Fone: (53) 98439-3989

| CNPJ / CPF | Inscrição Estadual | Inscrição Municipal |
|---|---|---|
| 32.656.658/0001-42 | **** | 362231 |

| Número da NFS-e | |
|---|---|
| 202000000000025 | |
| Data do Serviço | Código Verificador |
| 08/12/2020 | 4075ba633 |

**PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARÃO/RS**
**Secretaria Municipal da Fazenda**
Fone: (53) 3261-1999 - sistemas.jaguarao.rs.gov.br/NFSe.Portal

| Dt. de Emissão | Exigibilidade ISS | Tributado no Município |
|---|---|---|
| 08/12/2020 | Exigível | Jaguarão/RS |

## TOMADOR DO SERVIÇO

Nome / Razão Social: SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARAO
Endereço: RUA DR. HERMES P. AFFONSO,0
Cidade: Jaguarão | UF: RS | Fone: (53) 3261-1088 | CEP: 96300-000
Bairro: CENTRO
CNPJ / CPF: 88.413.661/0001-90 | Inscrição Municipal: 3072 | Inscrição Estadual:
E-mail: santacasajaguarao_financeiro@hotmail.com

## Município de Prestação do Serviço

Jaguarão/RS

## INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO

Nome / Razão Social: *****
CNPJ / CPF: ***** | Inscrição Municipal: *****
E-mail:
Fone: | Cidade: *****

| DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS | VALOR TOTAL | ALIQ. | VALOR IMPOSTO | RETIDO |
|---|---|---|---|---|
| PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS PLANO OPERATIVO COMP.11.2020 -PS | 23.000,00 | 0,00 | 0,00 | Não |

Código do Serviço: 04.01 - Medicina e biomedicina.
Código NBS: *********

| CIDE | COFINS | COFINS Importação | ICMS | IOF | IPI | PIS/PASEP | PIS/PASEP Importação |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

| Base Cálculo ISSQN Próprio | Valor do ISSQN Próprio | Base Cálculo ISSQN Retido | Valor do ISSQN Retido | Valor Total do ISSQN | Valor Dedução/Descontos |
|---|---|---|---|---|---|
| 23.000,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

| Valor Total da NFS-e | 23.000,00 | Valor Líquido da NFS-e | 23.000,00 |
|---|---|---|---|

Informações Adicionais

NOTA EMITIDA POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL
NÃO GERA DIREITO A CRÉDITO FISCAL DE IPI
Lei 12741/2012: Mun: R$480,70; Est: R$0,00; Fed: R$3093,50; Total Aprox: R$3574,20. Fonte: IBPT.

Consulta realizada em 08/12/2020 às 11:04:17.
**Para consultar a autenticidade acesse: sistemas.jaguarao.rs.gov.br/NFSe.Portal**

2020000000000254075ba6333265665800014 2

Recebi(emos) de
MADELIN PENA CHIRINO

os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado.

/ /

202000000000025
Número da NFS-e

Competência
08/12/2020

NFS-e
4075ba633

Número de Controle do Município

Consulta realizada em 08/12/2020 às 11:04:17.
**Para consultar a autenticidade acesse: sistemas.jaguarao.rs.gov.br/NFSe.Portal**

Banrisul

**Recibo de Transferência**

Número: 01098646932/00000000998466/062713
Data: 09/12/2020
Hora: 11:54:51

| | |
|---|---|
| Canal: | Office Banking |
| Data Débito: | 09/12/2020 |
| Valor: | 13.100,00 |
| Tipo Transferência: | TED E |
| Conta do Remetente: | 0235-06.025232.0-4 |
| Correntista Débito: | 88.413.661/0001-90 - SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO |
| Banco ou IF do Destinatário: | 104 - CAIXA ECON. FEDERAL |
| Agência do Destinatário: | 0485 |
| Conta do Destinatário: | 003000771-7 |
| Correntista de Crédito: | 17.800.523/0001-15 - S S BURCH EPP |
| Finalidade: | 00005 - PAGAMENTO DE FORNECEDORES |
| Identificador: | PGTO PS NOV 20 YUDEYKI |

Atenciosamente

Banco do Estado do Rio Grande do Sul S.A.

036C68F40E66E7011C0631B574938A2F8223

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

LANÇADO

# DANFSE - Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Serviço Eletrônica

**S S BURCH - EPP**
RUA 15 DE NOVEMBRO, 444 - SALA 2
CEP: 96300-000 - Bairro: CENTRO
Município: Jaguarão - RS
E-mail: serjaoburch@gmail.com
Fone: (53) 3261-1470

| CNPJ / CPF | Inscrição Estadual | Inscrição Municipal |
|---|---|---|
| 17.800.523/0001-15 | **** | 11715 |

| Número da NFS-e | |
|---|---|
| 202000000000159 | |
| Data do Serviço | Código Verificador |
| 08/12/2020 | 5ee7d8b5a |

**PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARÃO/RS**
**Secretaria Municipal da Fazenda**
Fone: (53) 3261-1999 - sistemas.jaguarao.rs.gov.br/NFSe.Portal

| Dt. de Emissão | Exigibilidade ISS | Tributado no Município |
|---|---|---|
| 08/12/2020 | Exigível | Jaguarão/RS |

## TOMADOR DO SERVIÇO

Nome / Razão Social: SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARAO
Endereço: RUA DR. HERMES P. AFFONSO,0
Cidade: Jaguarão | UF: RS | Fone: (53) 3261-1088 | CEP: 96300-000
Bairro: CENTRO
CNPJ / CPF: 88.413.661/0001-90 | Inscrição Municipal: 3072 | Inscrição Estadual:
E-mail: santacasajaguarao_financeiro@hotmail.com

**Município de Prestação do Serviço**
Jaguarão/RS

## INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO

Nome / Razão Social: *****
E-mail | CNPJ / CPF: ***** | Inscrição Municipal: *****
Fone | Cidade: *****

| DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS | VALOR TOTAL | ALIQ. | VALOR IMPOSTO | RETIDO |
|---|---|---|---|---|
| Serviços prestados Yudeyki PS nov/2020 | 13.100,00 | 3,00 | 393,00 | Não |

| Código do Serviço | Código NBS |
|---|---|
| 04.01 - Medicina e biomedicina. | ********* |

| CIDE | COFINS | COFINS Importação | ICMS | IOF | IPI | PIS/PASEP | PIS/PASEP Importação |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

| Base Cálculo ISSQN Próprio | Valor do ISSQN Próprio | Base Cálculo ISSQN Retido | Valor do ISSQN Retido | Valor Total do ISSQN | Valor Dedução/Descontos |
|---|---|---|---|---|---|
| 13.100,00 | 393,00 | 0,00 | 0,00 | 393,00 | 0,00 |

| Valor Total da NFS-e | 13.100,00 | Valor Líquido da NFS-e | 13.100,00 |
|---|---|---|---|

Informações Adicionais

Lei 12741/2012: Mun: R$273,79; Est: R$0,00; Fed: R$1761,95; Total Aprox: R$2035,74. Fonte: IBPT.

Consulta realizada em 08/12/2020 às 10:08:00.
**Para consultar a autenticidade acesse: sistemas.jaguarao.rs.gov.br/NFSe.Portal**

2020000000001595ee7d8b5a17800523000115

---

| Recebi(emos) de | 202000000000159 Número da NFS-e | Número de Controle do Município |
|---|---|---|
| S S BURCH - EPP | Competência 08/12/2020 | |
| os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado. | NFS-e 5ee7d8b5a | |
| / / | | |

Consulta realizada em 08/12/2020 às 10:08:00.
**Para consultar a autenticidade acesse: sistemas.jaguarao.rs.gov.br/NFSe.Portal**

Banrisul

COMPROVANTE DE RECOLHIMENTO / FGTS
**********
BANCO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL S.A.

| | |
|---|---|
| Conta Debitada | : 06.025232.0-4 |
| Nome | : SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO |
| Agência de Débito | : 0235 |
| Canal/Equip | : Office Banking/9998 |
| NSU de Pagamento | : 01097389725 |
| NSU de Autenticação | : 057844 |

Representação Numérica do Código de Barras
858300000793.763301792014.207647050889.841366100015

| | |
|---|---|
| Descrição Pagamento | : CAIXA FED FGTS GRF |
| CPF/CEI/CNPJ | : 88413661000190 |
| Código do Convênio | : 0179 |
| Data de Validade | : 07/12/2020 |
| Competência | : 11/2020 |
| Valor Total | : 7.976,33 |
| Pagamento Efetuado em | : 07/12/2020 |

Autenticação : 041023599980578440712202000000797633

Este Documento serve como Comprovante de Pagto.
Portanto, Deverá ser Guardado Junto a GUIA DO FGTS.
==========

034359434E5CD1016897585E9C1ED74C7978

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

Desta Guia o Valor de R$ 1.803,28
recolhe-se Pronto 50 centavo

FGTS
FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

GRF - GUIA DE RECOLHIMENTO DO FGTS
GERADA EM 03/12/2020 - 10:41:48

PO

GFIP - SEFIP 8.40

| 01-RAZÃO SOCIAL/NOME | | | | | 02-DDD/TELEFONE |
|---|---|---|---|---|---|
| SANTA CASA DE CARIDADE D JAGUARAO | | | | | (0053)32611088 |
| 03-FPAS | 04-SIMPLES | 05-REMUNERAÇÃO | 06-QTDE TRABALHADORES | 07-ALÍQUOTA FGTS | |
| 639 | 1 | 99.704,18 | 31 | 8 | |
| 08-CÓD RECOLHIMENTO | 09-ID RECOLHIMENTO | 10-INSCRIÇÃO/TIPO ( 8 ) | 11-COMPETÊNCIA | 12-DATA DE VALIDADE | |
| 115 | 017980-9 | 88.413.661/0001-90 | 11/2020 | 07/12/2020 | |

| 13-DEPÓSITO + CONTRIB SOCIAL | 14-ENCARGOS | 15-TOTAL A RECOLHER |
|---|---|---|
| 7.976,33 | 0,00 | 7.976,33 |

**VALOR FGTS A RECOLHER ATÉ O DIA 07/12/2020**

858300000793 763301792014 207647050889 841366100015

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA


FGTS
FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

GRF - GUIA DE RECOLHIMENTO DO FGTS
GERADA EM 03/12/2020 - 10:41:48

GFIP - SEFIP 8.40

| 01-RAZÃO SOCIAL/NOME | | | | | 02-DDD/TELEFONE |
|---|---|---|---|---|---|
| SANTA CASA DE CARIDADE D JAGUARAO | | | | | (0053)32611088 |
| 03-FPAS | 04-SIMPLES | 05-REMUNERAÇÃO | 06-QTDE TRABALHADORES | 07-ALÍQUOTA FGTS | |
| 639 | 1 | 99.704,18 | 31 | 8 | |
| 08-CÓD RECOLHIMENTO | 09-ID RECOLHIMENTO | 10-INSCRIÇÃO/TIPO ( 8 ) | 11-COMPETÊNCIA | 12-DATA DE VALIDADE | |
| 115 | 017980-9 | 88.413.661/0001-90 | 11/2020 | 07/12/2020 | |

| 13-DEPÓSITO + CONTRIB SOCIAL | 14-ENCARGOS | 15-TOTAL A RECOLHER |
|---|---|---|
| 7.976,33 | 0,00 | 7.976,33 |

**VALOR FGTS A RECOLHER ATÉ O DIA 07/12/2020**

858300000793 763301792014 207647050889 841366100015

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Banrisul

**Recibo de Pagamento**

Número: 01089378982/00000000179982/027672
Data: 19/11/2020
Hora: 10:30:39

| | |
|---|---|
| Canal: | Office Banking |
| Tipo Pagamento: | Títulos Banrisul / Outros Bancos |
| Cód. Barras: | 0419210109.00684273006.29958840034.1.84440000590000 |
| Emissor: | BANCO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL S.A. |
| Ag./Conta Débito: | 0235-06.025232.0-4-SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO |
| Valor: | R$ 5.900,00 |
| Data Débito: | 19/11/2020 |
| Data Vencimento: | 19/11/2020 |
| Pagador Final: | SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO |
| CPF/CNPJ Pagador Final: | 88.413.661/0001-90 |
| Pagador: | SANTA CASA DE CARIDADE DE JAG |
| CPF/CNPJ Pagador: | 88.413.661/0001-90 |
| Beneficiario Original: | BANRISUL CARTOES CDR PR |
| CPF/CNPJ Beneficiario Original: | 92.934.215/0001-06 |

Atenciosamente

Banco do Estado do Rio Grande do Sul S.A.

03D848921192B2F38B8FADA462CAA7B11046

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

Desta data a valor de R$ 1.400.00
referente a Pronto socorro

LANÇADO

Banrisul

## RECIBO DO PAGADOR

| Beneficiário: | Agência/Cód. Beneficiário | Nosso Número | Vencimento |
|---|---|---|---|
| BANRISUL CARTOES CDR PR - CNPJ: 92.934.215/0001-06<br>RUA CALDAS JUNIOR, 120 - CENTRO HISTORICO, PORTO ALEGRE - RS, 90018900 | 0100/06842736-8 | 0029958858 | 19/11/2020 |

Pagador

Multa:0,00%
Juros:0,00%

**SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARAO**
**CPF/CNPJ: 88413661000190**
**PC DR HERMES P AFFONSO SN**
**96300000 CENTRO - JAGUARÃO - RS**

Número do Cartão

Nº do Documento: **299588**

Demonstrativo das Transações

Esse boleto e referente a fatura: 589859
- Instruções para Agência/Código do Beneficiário 0100/06842743-0 (CLIENTE PÓS-PAGO):
APOS O VENCIMENTO, COBRAR JUROS 1% AO MES PRO RATA E COBRAR MULTA DE 2,00%.
PROTESTAR CASO IMPAGO 30 DIAS APOS VENCIMENTO
- Instruções para Agência/Código do Beneficiário 0100/06842736-8 (CLIENTE PRÉ-PAGO):
NÃO RECEBER APÓS O VENCIMENTO / SAC-0800 6461515 / OUVIDORIA - 0800 6442200

| Limite de Crédito | Disp. para compras em: | Valor mínimo a pagar: | Total desta Fatura |
|---|---|---|---|
| | | 0,00 | 5.900,00 |

Corte aqui

Banrisul **041-8** 04192.10109 00684.273006 29958.840034 1 84440000590000

Local de Pagamento

Até o vencimento, pagar preferencialmente nas agências do Banrisul.

Vencimento: 19/11/2020

Beneficiário/CNPJ/CPF

BANRISUL CARTOES CDR PR - CNPJ: 92.934.215/0001-06

Agência / Código do Beneficiário: 0100/06842736-8

| Data do Documento | Nº do Documento | Espécie Doc. | Aceite | Data do Processamento |
|---|---|---|---|---|
| 19/11/2020 | 299588 | DS | N | 19/11/2020 |

Nosso Número: 1/0029958858

| Uso do Banco | Carteira | Espécie | Quantidade | Valor |
|---|---|---|---|---|
| | 1 | R$ | | |

(=) Valor do Documento: 5.900,00

Instruções (Todas as informações deste BOLETO são de exclusiva responsabilidade do beneficiário)

Esse boleto e referente a fatura: 589859
- Instruções para Agência/Código do Beneficiário 0100/06842743-0 (CLIENTE PÓS-PAGO):
APOS O VENCIMENTO, COBRAR JUROS 1% AO MES PRO RATA E COBRAR MULTA DE 2,00%.
PROTESTAR CASO IMPAGO 10 DIAS APOS VENCIMENTO
- Instruções para Agência/Código do Beneficiário 0100/06842743-0 (CLIENTE PÓS-PAGO):
APOS O VENCIMENTO, COBRAR JUROS 1% AO MES PRO RATA E COBRAR MULTA DE 2,00%.
PROTESTAR CASO IMPAGO 30 DIAS APOS VENCIMENTO

(-) Desconto / Abatimento
(-) Outras Deduções
(+) Mora / Multa
(+) Outros Acréscimos
(=) Valor Cobrado

Pagador

**SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARAO**
**CPF/CNPJ: 88413661000190**
**PC DR HERMES P AFFONSO SN**
**96300000, CENTRO - JAGUARÃO - RS**

Código de Baixa:

Autenticação Mecânica/FICHA DE COMPENSAÇÃO

Banrisul

## Recibo de Pagamento - Guia da Previdência Social (GPS)

Número: 01103183888/00000000703932/078243
Data: 18/12/2020
Hora: 11:27:18

Prezado Cliente: SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO

Efetuamos em 18/12/2020, o seguinte pagamento de Guia de Previdência Social, conforme Resolução N.484, 16/09/1997.

| | |
|---|---|
| Correntista.....: | SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO |
| Conta de débito.....: | 06.025232.0-4 |
| Agência.....: | 0235 |
| Nome ou Razão Social.....: | SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARAO |
| Código de Pagamento.....: | 2305 - FILANTROPICAS COM ISENCAO - CNPJ |
| Mês/Ano Competência.....: | 11/2020 |
| Identificador.....: | 88413661000190 |
| Valor(6) do INSS.....: | R$ 14.201,23 |
| Valor(9) Outras Entidades..: | R$ 0,00 |
| Valor(10) Juros/Multas.....: | R$ 0,00 |
| Valor(11) Total Arrecadado.: | R$ 14.201,23 |

Autenticação.....: 041023599981838881812202000000000142012 3

Atenciosamente

Banco do Estado do Rio Grande do Sul S.A.

03A73B71794377501203808ACD44B0038002

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

Desta Guia o valor de R$ 2.224,37 refere-se a Pronto socorro



https://ww7.banrisul.com.br/brb/link/brbwe4hw.aspx?Largura=1280&Altura=939&Sistema=OFFICE&Reiniciar=S#

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS
SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP

PREVIDÊNCIA SOCIAL

**GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS**

| | |
|---|---|
| 3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO | 2305 |
| 4 - COMPETÊNCIA | 11/2020 |
| 5 - IDENTIFICADOR | 88.413.661/0001-90 |
| 6 - VALOR DO INSS | 14.201,23 |
| 7 - | |
| 8 - | |
| 9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES | 0,00 |
| 10 - ATM/MULTA E JUROS | 0,00 |
| 11 - TOTAL | 14.201,23 |

1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO
**CNPJ 88.413.661/0001-90**
SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARAO
PC DR HERMES PINTO AFFONSO SN

JAGUARAO RS
CEP 96300-000

2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS): 18/12/2020

**ATENÇÃO:** É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.

AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA

1ªVia-INSS -2ªVia CONTRIBUINTE

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS
SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP

PREVIDÊNCIA SOCIAL

GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS

| | |
|---|---|
| 3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO | 2305 |
| 4 - COMPETÊNCIA | 11/2020 |
| 5 - IDENTIFICADOR | 88.413.661/0001-90 |
| 6 - VALOR DO INSS | 14.201,23 |
| 7 - | |
| 8 - | |
| 9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES | 0,00 |
| 10 - ATM/MULTA E JUROS | 0,00 |
| 11 - TOTAL | 14.201,23 |

1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO
CNPJ 88.413.661/0001-90
SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARAO
PC DR HERMES PINTO AFFONSO SN

JAGUARAO RS
CEP 96300-000

2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS): 18/12/2020

ATENÇÃO: É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.

AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA

1ªVia-INSS -2ªVia CONTRIBUINTE

| | |
|---|---|
| Banco | : 041 - Banrisul |
| Canal/Equip | : Office Banking/9998 |
| Ag./Conta Débito | : 0235-06.025232.0-4 |
| Correntista | : SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO |
| Data/Hora Operação | : 18/12/2020 -10:56:46 |
| NSU | : 01103145225/00000000661619/078087 |
| Tipo Pagamento | : DARF Preto |

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE DARF

| | |
|---|---|
| Agente arrecadador | : CNC 041 BANCO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL S A |
| Data de Pagamento | : 18/12/2020 |
| Periodo de Apuração | : 30/11/2020 |
| Número do CPF ou CNPJ | : 88413661000190 |
| Código da Receita | : 0561 - IRRF - REND. DO TRABALHO ASSALARIADO |
| Número de Referência | : 00000000000000000 |
| Data do Vencimento | : 18/12/2020 |
| Valor do Principal | : 4.818,58 |
| Valor Total | : 4.818,58 |

Autenticação : 04102359998780871812202000000481858

Modelo aprovado pela SRF-ADE Conjunto Corat/Cotec nº 001, de 2006.

0373F4C2EA7E017B52106A6F123182499A51

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

Desta G... 616.47
refere-se a Pronto Socorro

Po
fume, omari

1a. via

**MINISTÉRIO DA FAZENDA**
**SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL**
**Documento de Arrecadação de Receitas Federais**

# DARF

| | | |
|---|---|---|
| 02 | PERÍODO DE APURAÇÃO → | 30/11/2020 |
| 03 | NÚMERO DO CPF OU CNPJ → | 88.413.661/0001-90 |
| 04 | CÓDIGO DA RECEITA → | 0561 |
| 05 | NÚMERO DE REFERÊNCIA → | |
| 06 | DATA DE VENCIMENTO → | 18/12/2020 |
| 07 | VALOR DO PRINCIPAL → | 4.818,58 |
| 08 | VALOR DA MULTA → | 0,00 |
| 09 | VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69 → | 0,00 |
| 10 | VALOR TOTAL → | 4.818,58 |
| 11 | AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1a. e 2a. vias) | |

01 NOME / RAZÃO SOCIAL

SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARAO

Data limite para acolhimento: **18/12/2020**

Observações:

Sicalc Contribuinte - 8721 - RS

SENDA (Versão:4.9.6) 17/12/2020 16:29:31

---

2a. via

**MINISTÉRIO DA FAZENDA**
**SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL**
**Documento de Arrecadação de Receitas Federais**

# DARF

| | | |
|---|---|---|
| 02 | PERÍODO DE APURAÇÃO → | 30/11/2020 |
| 03 | NÚMERO DO CPF OU CNPJ → | 88.413.661/0001-90 |
| 04 | CÓDIGO DA RECEITA → | 0561 |
| 05 | NÚMERO DE REFERÊNCIA → | |
| 06 | DATA DE VENCIMENTO → | 18/12/2020 |
| 07 | VALOR DO PRINCIPAL → | 4.818,58 |
| 08 | VALOR DA MULTA → | 0,00 |
| 09 | VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69 → | 0,00 |
| 10 | VALOR TOTAL → | 4.818,58 |
| 11 | AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1a. e 2a. vias) | |

01 NOME / RAZÃO SOCIAL

SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARAO

Data limite para acolhimento: **18/12/2020**

Observações:

Sicalc Contribuinte - 8721 - RS

SENDA (Versão:4.9.6) 17/12/2020 16:29:31

| | |
|---|---|
| Banco | : 041 - Banrisul |
| Canal/Equip | : Office Banking/9998 |
| Ag./Conta Débito | : 0235-06.025232.0-4 |
| Correntista | : SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO |
| Data/Hora Operação | : 18/12/2020 -10:53:58 |
| NSU | : 01103141631/00000000657771/078073 |
| Tipo Pagamento | : DARF Preto |

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE DARF

| | |
|---|---|
| Agente arrecadador | : CNC 041 BANCO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL S A |
| Data de Pagamento | : 18/12/2020 |
| Periodo de Apuração | : 30/11/2020 |
| Número do CPF ou CNPJ | : 88413661000190 |
| Código da Receita | : 0588 - IRRF - REND. TRAB. S/VINC. EMPREGATICIO |
| Número de Referência | : 00000000000000000 |
| Data do Vencimento | : 18/12/2020 |
| Valor do Principal | : 8.561,31 |
| Valor Total | : 8.561,31 |

Autenticação : 04102359998780731812202000000856131

Modelo aprovado pela SRF-ADE Conjunto Corat/Cotec nº 001, de 2006.

035C2FA93BC600DDCA36C1A1524CE2940B61

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

Desta Guia o valor de R$ 2.610,08
refere-se a Pronto Socorro

Pg Médicos

1a. via

**MINISTÉRIO DA FAZENDA**
**SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL**
**Documento de Arrecadação de Receitas Federais**

# DARF

| | | |
|---|---|---|
| 02 PERÍODO DE APURAÇÃO → | 30/11/2020 |
| 03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ → | 88.413.661/0001-90 |
| 04 CÓDIGO DA RECEITA → | 0588 |
| 05 NÚMERO DE REFERÊNCIA → | |
| 06 DATA DE VENCIMENTO → | 18/12/2020 |
| 07 VALOR DO PRINCIPAL → | 8.561,31 |
| 08 VALOR DA MULTA → | 0,00 |
| 09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69 → | 0,00 |
| 10 VALOR TOTAL → | 8.561,31 |

01 NOME / RAZÃO SOCIAL
SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARAO

Data limite para acolhimento: **18/12/2020**

Observações:

Sicalc Contribuinte - 8721 - RS

SENDA (Versão:4.9.6) 17/12/2020 16:23:12

11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1a. e 2a. vias)

---

2a. via

**MINISTÉRIO DA FAZENDA**
**SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL**
**Documento de Arrecadação de Receitas Federais**

# DARF

| | | |
|---|---|---|
| 02 PERÍODO DE APURAÇÃO → | 30/11/2020 |
| 03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ → | 88.413.661/0001-90 |
| 04 CÓDIGO DA RECEITA → | 0588 |
| 05 NÚMERO DE REFERÊNCIA → | |
| 06 DATA DE VENCIMENTO → | 18/12/2020 |
| 07 VALOR DO PRINCIPAL → | 8.561,31 |
| 08 VALOR DA MULTA → | 0,00 |
| 09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69 → | 0,00 |
| 10 VALOR TOTAL → | 8.561,31 |

01 NOME / RAZÃO SOCIAL
SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARAO

Data limite para acolhimento: **18/12/2020**

Observações:

Sicalc Contribuinte - 8721 - RS

SENDA (Versão:4.9.6) 17/12/2020 16:23:12

11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1a. e 2a. vias)

Banrisul

**Recibo de Transferência**

Número: 01099585783/00000000820812/065807
Data: 10/12/2020
Hora: 15:49:35

| | |
|---|---|
| Canal: | Office Banking |
| Data Débito: | 10/12/2020 |
| Valor: | 11.000,00 |
| Tipo Transferência: | TED E |
| Conta do Remetente: | 0235-06.025232.0-4 |
| Correntista Débito: | 88.413.661/0001-90 - SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO |
| Banco ou IF do Destinatário: | 136 - UNICRED |
| Agência do Destinatário: | 1080 |
| Conta do Destinatário: | 415685 |
| Correntista de Crédito: | 09.192.968/0001-31 - CLINICA MEDICA ALTO URUGUAI |
| Finalidade: | 00005 - PAGAMENTO DE FORNECEDORES |
| Identificador: | PGTO NF 48 |

Atenciosamente

Banco do Estado do Rio Grande do Sul S.A.

033F5EA415830FC42EB5DDA0961F518F0847

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

LANÇADO

# PREFEITURA MUNICIPAL DE PELOTAS

## SECRETARIA MUNICIPAL DE RECEITA

## Nota Fiscal Eletrônica de Serviços

**Número / Série:** 48 / NFSe **Emissão:** 09/12/2020 16:41:42 **Retenção ISS:** Tributado
**Data Prestação Serviço:** 09/12/2020 **Incidência:** PELOTAS (RS) **Nº RPS:**

### PRESTADOR DE SERVIÇOS

**Nome/Razão Social:** CLINICA MEDICA ALTO URUGUAI LTDA - ME
**CPF / CNPJ:** 09.192.968/0001-31 **Regime:** Simples (Alíquota 5.00%)
**Endereço:** - Carlos Gomes, nº 73, Apt: 0
**Telefone:** (53) 991554597 **Município:** PELOTAS (RS)
**E-Mail:** kaiser.contador@gmail.com
**Inscr. Municipal:** 610714 **Inscr. Estadual:**
**Nome Fantasia:**

### TOMADOR DE SERVIÇOS

**Nome/Razão Social:** SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARAO
**CPF / CNPJ:** 88.413.661/0001-90
**Endereço:** Praça Pc. Dr Hermes Pinto Affonso, nº SN, Bairro Centro
**Telefone:** **Município:** JAGUARAO (RS)
**E-Mail:** santacasajaguarao_financeiro@hotmail.com
**Inscr. Municipal:** **Inscr. Estadual:**
**Nome Fantasia:**

### DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

**Código CNAE:** 8610-1/01-00 **Denominação:** ATIVIDADES DE ATENDIMENTO HOSPITALAR, EXCETO PRONTO-SOCORRO E UNIDADES PARA
**Código Serviço:** 4.03 **Serviço:** Hospitais; Clinicas; Laboratorios; Sanatorios; Manicomios; Casas de Saude; Prontos-Socorros;
**Local da Prestação dos Serviços:** PELOTAS (RS)
**Discriminação dos Serviços Prestados:**
Valor referente serviços radiológicos Novembro/2020

### RETENÇÕES DE IMPOSTOS

| INSS | COFINS | CSLL | PIS | IRRF | Outras Retenções |
|---|---|---|---|---|---|
| R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 0,00 |

### DETALHAMENTO DE VALORES

| Valor Total da Nota | Deduções Permitidas em Lei | Base de Cálculo | Alíquota | ISS | Totais Retenções |
|---|---|---|---|---|---|
| R$ 11.000,00 | R$ 0,00 | R$ 11.000,00 | 5,00 % | R$ 550,00 | R$ 0,00 |

**Valor Líquido: R$ 11.000,00**

### INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Emitido por Diego Vilela Kaiser

A validação dos dados desta nota poderá ser feita junto ao site da prefeitura, através do endereço http://pelotas.nfse.inf.br/ no menu "Consultar" - "Validar Documento" informando o código abaixo:

**Autenticação: 269E.2770.DC09.7EC6.F3C9.5A90.E0E5.8373**

# DANFSE - Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Serviço Eletrônica

**MOHAMMAD NAWAZ - ME**
RUA BARBOSA NETO, 597
CEP: 96300-000 - Bairro: CENTRO
Município: Jaguarão - RS
E-mail: nawazswati007@gmail.com
Fone: (53) 98942-1770

| CNPJ / CPF | Inscrição Estadual | Inscrição Municipal |
|---|---|---|
| 39.491.085/0001-93 | **** | 363116 |

| Número da NFS-e | |
|---|---|
| 202000000000003 | |
| Data do Serviço | Código Verificador |
| 08/12/2020 | 7aa076157 |

**PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARÃO/RS**
**Secretaria Municipal da Fazenda**
Fone: (53) 3261-1999 - sistemas.jaguarao.rs.gov.br/NFSe.Portal

| Dt. de Emissão | Exigibilidade ISS | Tributado no Município |
|---|---|---|
| 08/12/2020 | Exigível | Jaguarão/RS |

## TOMADOR DO SERVIÇO

Nome / Razão Social: SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARAO
Endereço: RUA DR. HERMES P. AFFONSO,0
Cidade: Jaguarão | UF: RS | Fone: (53) 3261-1088 | CEP: 96300-000
Bairro: CENTRO
CNPJ / CPF: 88.413.661/0001-90 | Inscrição Municipal: 3072 | Inscrição Estadual:
E-mail: santacasajaguarao_financeiro@hotmail.com

## Município de Prestação do Serviço

Jaguarão/RS

## INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO

Nome / Razão Social: ***** | CNPJ / CPF: ***** | Inscrição Municipal: *****
E-mail: | Fone: | Cidade: *****

| DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS | VALOR TOTAL | ALIQ. | VALOR IMPOSTO | RETIDO |
|---|---|---|---|---|
| PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS PLANO OPERATIVO COMP.11.2020-PS | 4.000,00 | 3,00 | 120,00 | Não |

Código do Serviço: 04.01 - Medicina e biomedicina.
Código NBS: *********

| CIDE | COFINS | COFINS Importação | ICMS | IOF | IPI | PIS/PASEP | PIS/PASEP Importação |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

| Base Cálculo ISSQN Próprio | Valor do ISSQN Próprio | Base Cálculo ISSQN Retido | Valor do ISSQN Retido | Valor Total do ISSQN | Valor Dedução/Descontos |
|---|---|---|---|---|---|
| 4.000,00 | 120,00 | 0,00 | 0,00 | 120,00 | 0,00 |

**Valor Total da NFS-e**: 4.000,00 | **Valor Líquido da NFS-e**: 4.000,00

Informações Adicionais

Lei 12741/2012: Mun: R$83,60; Est: R$0,00; Fed: R$538,00; Total Aprox: R$621,60. Fonte: IBPT.

Consulta realizada em 08/12/2020 às 11:15:46.
**Para consultar a autenticidade acesse: sistemas.jaguarao.rs.gov.br/NFSe.Portal**

2020000000000037aa076157394910850001 93

Recebi(emos) de
MOHAMMAD NAWAZ - ME

os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado.

/ /

| 202000000000003 Número da NFS-e | Número de Controle do Município |
|---|---|
| Competência 08/12/2020 | |
| NFS-e 7aa076157 | |

Consulta realizada em 08/12/2020 às 11:15:46.
**Para consultar a autenticidade acesse: sistemas.jaguarao.rs.gov.br/NFSe.Portal**

Banrisul

**Recibo de Transferência**

Número: 01096070017/00000000632085/053066
Data: 04/12/2020
Hora: 14:16:47

| | |
|---|---|
| Canal: | Office Banking |
| Data Débito: | 04/12/2020 |
| Valor: | R$ 7.089,71 |
| Tipo: | Transferência de valor entre contas Banrisul |
| Conta do Remetente: | 0235-06.025232.0-4 |
| Nome do Remetente: | SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO |
| Conta do Destinatário: | 0235-35.033768.0-2 |
| Nome do Destinatário: | MAURO LUIZ PASSOS SOARES |
| Finalidade: | PGTO PS NOVEMBRO 20 |

Atenciosamente

Banco do Estado do Rio Grande do Sul S.A.

034A09FB06B811CCF302DD58ACE8B0E75F88

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

SANTA CASA DE CARIDADE D JAGUARÃO
CNPJ: 88.413.661/0001-90

CC: PRONTO SOCORRO
Mensalista

Folha Mensal
Novembro de 2020

| Código | Nome do Funcionário |
|---|---|
| 4 | MAURO LUIZ PASSOS SOARES |
| | MEDICO |

CBO: 225125 | Departamento: 15 | Filial: 1
Admissão: 01/04/2011

| Código | Descrição | Referência | Vencimentos | Descontos |
|---|---|---|---|---|
| 209 | PGTO PRONTO SOCORRO | 9.800,00 | 9.800,00 | |
| 858 | INSS AUTONOMO | 20,00 | | 1.220,21 |
| 857 | IRRF AUTONOMO | 27,50 | | 1.490,08 |

rícula INSS:

RISUL 41
ta corrente: 35033768-02 Agência: 0235 - 23

| Total de Vencimentos | Total de Descontos |
|---|---|
| 9.800,00 | 2.710,29 |
| Valor Líquido ⇨ | 7.089,71 |

| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Cálc. FGTS | F.G.T.S do Mês | Base Cálc. IRRF | Faixa IRRF |
|---|---|---|---|---|---|
| 0,00 | 6.101,06 | 0,00 | 0,00 | 8.579,79 | 27,50 |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Banrisul

**Recibo de Transferência**

Número: 01096067342/00000000630002/053053
Data: 04/12/2020
Hora: 14:14:40

| | |
|---|---|
| Canal: | Office Banking |
| Data Débito: | 04/12/2020 |
| Valor: | R$ 4.108,13 |
| Tipo: | Transferência de valor entre contas Banrisul |
| Conta do Remetente: | 0235-06.025232.0-4 |
| Nome do Remetente: | SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO |
| Conta do Destinatário: | 0235-35.037143.0-9 |
| Nome do Destinatário: | ANA PAULA TERRA GONZALEZ |
| Finalidade: | PGTO PS NOVEMBRO 20 |

Atenciosamente

Banco do Estado do Rio Grande do Sul S.A.

038E1EF7C1C9537039B32218DCEFDA01BA68

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

SANTA CASA DE CARIDADE D JAGUARÃO
CNPJ: 88.413.661/0001-90

CC: PRONTO SOCORRO
Mensalista

Folha Mensal
Novembro de 2020

| Código | Nome do Funcionário | CBO | Departamento | Filial |
|---|---|---|---|---|
| 1 | ANA PAULA TERRA GONZALEZ | 225125 | 15 | 1 |
| | MEDICO | Admissão: | | 02/09/2013 |

| Código | Descrição | Referência | Vencimentos | Descontos |
|---|---|---|---|---|
| 209 | PGTO PRONTO SOCORRO | 5.600,00 | 5.600,00 | |
| 858 | INSS AUTONOMO | 20,00 | | 1.120,00 |
| 857 | IRRF AUTONOMO | 22,50 | | 371,87 |

Matrícula INSS:

BANRISUL 41
conta corrente: 35037143-09 Agência: 0235 - 23

| Total de Vencimentos | Total de Descontos |
|---|---|
| 5.600,00 | 1.491,87 |
| Valor Líquido ⇨ | 4.108,13 |

| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Cálc. FGTS | F.G.T.S do Mês | Base Cálc. IRRF | Faixa IRRF |
|---|---|---|---|---|---|
| 0,00 | 5.600,00 | 0,00 | 0,00 | 4.480,00 | 22,50 |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo

Assinatura do Funcionário

__/__/__
Data

Banrisul

**Recibo de Transferência**

Número: 01098650273/00000000001291/062722
Data: 09/12/2020
Hora: 11:59:05

| | |
|---|---|
| Canal: | Office Banking |
| Data Débito: | 09/12/2020 |
| Valor: | R$ 11.300,00 |
| Tipo: | Transferência de valor entre contas Banrisul |
| Conta do Remetente: | 0235-06.025232.0-4 |
| Nome do Remetente: | SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO |
| Conta do Destinatário: | 0235-35.047709.0-3 |
| Nome do Destinatário: | MARIA VICTORIA HERNANDEZ GARCIA |
| Finalidade: | PGTO PS NOV 20 |

Atenciosamente

Banco do Estado do Rio Grande do Sul S.A.

03832EACEB7FE53AB1CD05B3CC5BA383EB61

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

LANÇADO

# DANFSE - Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Serviço Eletrônica

**MARIA VICTORIA HERNANDEZ GARCIA - ME**
RUA URUGUAI, 265 - APT 01
CEP: 96300-000 - Bairro: CENTRO
Município: Jaguarão - RS
E-mail: victoriahernandez14@hotmail.com
Fone: (59) 8992-2125

| CNPJ / CPF | Inscrição Estadual | Inscrição Municipal |
|---|---|---|
| 37.724.337/0001-51 | **** | 363017 |

| Número da NFS-e | |
|---|---|
| 202000000000005 | |
| Data do Serviço | Código Verificador |
| 08/12/2020 | 5f5e6b5a4 |

**PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARÃO/RS**
**Secretaria Municipal da Fazenda**
Fone: (53) 3261-1000 - sistemas.jaguarao.rs.gov.br/NFSe.Portal

| Dt. de Emissão | Exigibilidade ISS | Tributado no Município |
|---|---|---|
| 08/12/2020 | Exigível | Jaguarão/RS |

**TOMADOR DO SERVIÇO**

Nome / Razão Social: SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARAO
Endereço: RUA DR. HERMES P. AFFONSO,0
Cidade: Jaguarão | UF: RS | Fone: (53) 3261-1088 | CEP: 96300-000
Bairro: CENTRO
CNPJ / CPF: 88.413.661/0001-90 | Inscrição Municipal: 3072 | Inscrição Estadual:
E-mail: santacasajaguarao_financeiro@hotmail.com

**Município de Prestação do Serviço**

Jaguarão/RS

**INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO**

Nome / Razão Social: *****
E-mail | CNPJ / CPF: ***** | Inscrição Municipal: *****
Fone | Cidade: *****

| DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS | VALOR TOTAL | ALIQ. | VALOR IMPOSTO | RETIDO |
|---|---|---|---|---|
| PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS PLANO OPERATIVO COMP.11.2020 -PS | 11.300,00 | 3,00 | 339,00 | Não |

Código do Serviço: 04.01 - Medicina e biomedicina.
Código NBS: *********

| CIDE | COFINS | COFINS Importação | ICMS | IOF | IPI | PIS/PASEP | PIS/PASEP Importação |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

| Base Cálculo ISSQN Próprio | Valor do ISSQN Próprio | Base Cálculo ISSQN Retido | Valor do ISSQN Retido | Valor Total do ISSQN | Valor Dedução/Descontos |
|---|---|---|---|---|---|
| 11.300,00 | 339,00 | 0,00 | 0,00 | 339,00 | 0,00 |

| Valor Total da NFS-e | 11.300,00 | Valor Líquido da NFS-e | 11.300,00 |
|---|---|---|---|

Informações Adicionais

Lei 12741/2012: Mun: R$236,17; Est: R$0,00; Fed: R$1519,85; Total Aprox: R$1756,02. Fonte: IBPT.

Consulta realizada em 08/12/2020 às 11:12:28.
**Para consultar a autenticidade acesse: sistemas.jaguarao.rs.gov.br/NFSe.Portal**

202000000000000055f5e6b5a437724337000151

---

| Recebi(emos) de | 202000000000005 Número da NFS-e | Número de Controle do Município |
|---|---|---|
| MARIA VICTORIA HERNANDEZ GARCIA - ME | Competência 08/12/2020 | |
| os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado. | NFS-e 5f5e6b5a4 | |
| / / | | |

Consulta realizada em 08/12/2020 às 11:12:28.
**Para consultar a autenticidade acesse: sistemas.jaguarao.rs.gov.br/NFSe.Portal**

Banrisul

**Recibo de Transferência**

Número: 01098637118/00000000990451/062671
Data: 09/12/2020
Hora: 11:44:04

| | |
|---|---|
| Canal: | Office Banking |
| Data Débito: | 09/12/2020 |
| Valor: | R$ 9.100,00 |
| Tipo: | Transferência de valor entre contas Banrisul |
| Conta do Remetente: | 0235-06.025232.0-4 |
| Nome do Remetente: | SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO |
| Conta do Destinatário: | 0235-06.049161.0-6 |
| Nome do Destinatário: | FROMETA E BALGA LTDA |
| Finalidade: | PGTO PS NOV 20 |

Atenciosamente

Banco do Estado do Rio Grande do Sul S.A.

03E36E16252CE5C3F5B4EE4C0329F2721778

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

LANÇADO

# DANFSE - Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Serviço Eletrônica

**FROMETA E BALGA LTDA.**
RUA DR. JOAO AZEVEDO, 767
CEP: 96300-000 - Bairro: CENTRO
Município: Jaguarão - RS
E-mail: dr.frometa2@gmail.com
Fone: (59) 89587-2061

| CNPJ / CPF | Inscrição Estadual | Inscrição Municipal |
|---|---|---|
| 36.584.435/0001-78 | **** | 362889 |

| Número da NFS-e | |
|---|---|
| 202000000000045 | |
| Data do Serviço | Código Verificador |
| 08/12/2020 | 99c61bc12 |

## PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARÃO/RS

**Secretaria Municipal da Fazenda**
Fone: (53) 3261-1999 - sistemas.jaguarao.rs.gov.br/NFSe.Portal

| Dt. de Emissão | Exigibilidade ISS | Tributado no Município |
|---|---|---|
| 08/12/2020 | Exigível | Jaguarão/RS |

### TOMADOR DO SERVIÇO

Nome / Razão Social: SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARAO
Endereço: RUA DR. HERMES P. AFFONSO,0
Cidade: Jaguarão | UF: RS | Fone: (53) 3261-1088 | CEP: 96300-000
Bairro: CENTRO
CNPJ / CPF: 88.413.661/0001-90 | Inscrição Municipal: 3072 | Inscrição Estadual:
E-mail: santacasajaguarao_financeiro@hotmail.com

### Município de Prestação do Serviço

Jaguarão/RS

### INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO

Nome / Razão Social: ***** | CNPJ / CPF: ***** | Inscrição Municipal: *****
E-mail: | Fone: | Cidade: *****

| DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS | VALOR TOTAL | ALIQ. | VALOR IMPOSTO | RETIDO |
|---|---|---|---|---|
| PRESTAÇÃO DE SERVIÇO PLANO OPERATIVO COMP.11.2020-PS | 9.100,00 | 3,00 | 273,00 | Não |

Código do Serviço: 04.01 - Medicina e biomedicina.
Código NBS: *********

| CIDE | COFINS | COFINS Importação | ICMS | IOF | IPI | PIS/PASEP | PIS/PASEP Importação |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

| Base Cálculo ISSQN Próprio | Valor do ISSQN Próprio | Base Cálculo ISSQN Retido | Valor do ISSQN Retido | Valor Total do ISSQN | Valor Dedução/Descontos |
|---|---|---|---|---|---|
| 9.100,00 | 273,00 | 0,00 | 0,00 | 273,00 | 0,00 |

| Valor Total da NFS-e | 9.100,00 | Valor Líquido da NFS-e | 9.100,00 |
|---|---|---|---|

Informações Adicionais

Lei 12741/2012: Mun: R$190,19; Est: R$0,00; Fed: R$1223,95; Total Aprox: R$1414,14. Fonte: IBPT.

Consulta realizada em 08/12/2020 às 11:16:40.
**Para consultar a autenticidade acesse: sistemas.jaguarao.rs.gov.br/NFSe.Portal**

202000000000004599c61bc1236584435000178

---

| Recebi(emos) de | 202000000000045 Número da NFS-e | Número de Controle do Município |
|---|---|---|
| FROMETA E BALGA LTDA. | Competência 08/12/2020 | |
| os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado. | NFS-e 99c61bc12 | |
| / / | | |

Consulta realizada em 08/12/2020 às 11:16:40.
**Para consultar a autenticidade acesse: sistemas.jaguarao.rs.gov.br/NFSe.Portal**

Banrisul

**Recibo de Transferência**

Número: 01098639064/00000000991995/062682
Data: 09/12/2020
Hora: 11:46:09

| | |
|---|---|
| Canal: | Office Banking |
| Data Débito: | 09/12/2020 |
| Valor: | R$ 2.500,00 |
| Tipo: | Transferência de valor entre contas Banrisul |
| Conta do Remetente: | 0235-06.025232.0-4 |
| Nome do Remetente: | SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO |
| Conta do Destinatário: | 0690-06.020139.0-7 |
| Nome do Destinatário: | TAMARA DIAZ ROMERO |
| Finalidade: | PGTO PS NOV 20 |

Atenciosamente

Banco do Estado do Rio Grande do Sul S.A.

03DAE806499D07B8B751755AB37B85837138

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

LANÇADO

# PREFEITURA MUNICIPAL DE HERVAL

## NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NF-E

| | |
|---|---|
| NÚMERO DA NOTA | **30** |
| DATA E HORA DE EMISSÃO | **07/12/2020 15:52** |
| CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO | **NGUC-GIWL** |

### PRESTADOR DE SERVIÇOS

CNPJ/CPF: **37.018.598/0001-56**
NOME: **TAMARA DIAZ ROMERO**
RAZÃO SOCIAL: **TAMARA DIAZ ROMERO**
ENDEREÇO: **PINTO BANDEIRA, 959**
MUNICÍPIO: **HERVAL**
INSCRIÇÃO ESTADUAL: ----
INSCRIÇÃO MUNICIPAL: ----
PIS/PASEP: ----
UF: **RS**

### TOMADOR DE SERVIÇOS

NOME/RAZÃO SOCIAL: **SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARÃO**
CPF/CNPJ: **88.413.661/0001-90**
ENDEREÇO: **RUA DR. HERMES P. AFFONSO**
MUNICÍPIO: **JAGUARÃO**
E-MAIL: **SANTACASAJAGUARAO_FINANCEIRO@HOTMAIL.COM**
INSCRIÇÃO ESTADUAL: ----
INSCRIÇÃO MUNICIPAL: **3072**
CEP: **96300-000**
UF: **RS**

### DISCRIMINAÇÃO DE SERVIÇOS E DEDUÇÕES

| CÓDIGO | SERVIÇO | ALÍQUOTA (%) | BASE DE CALCULO (R$) | ISS RETIDO (R$) | ISS (R$) |
|---|---|---|---|---|---|
| 668 | ATIVIDADES DE ATENDIMENTOS EM PRONTO-SOCORRO E UNIDADES HOSPITALARES PARA ATENDIMENTO A URGÊNCIAS | 4,00 | 2.500,00 | 0,00 | 100,00 |

**DISCRIMINAÇÃO**

SERVIÇOS PRESTADOS PS NOVEMBRO/2020

### DISCRIMINAÇÃO DA NOTA

SERVIÇOS PRESTADOS PS NOVEMBRO/2020

### OBSERVAÇÕES DA NOTA

SERVIÇOS PRESTADOS PS NOVEMBRO/2020

**VALOR TOTAL DA NOTA = R$ 2.500,00** | **VALOR LÍQUIDO DA NOTA = R$ 2.500,00**

| VALOR TOTAL DAS DEDUÇÕES (R$) | BASE DE CÁLCULO (R$) | ISSQN RETIDO (R$) | VALOR DO ISS (R$) |
|---|---|---|---|
| **0,00** | **2.500,00** | **0,00** | **100,00** |

### OUTRAS INFORMAÇÕES

- Esta NF-e foi emitida com respaldo na Lei nº e no Decreto nº

EMPRESA OPTANTE DO SIMPLES NACIONAL

Banrisul

**Recibo de Transferência**

Número: 01098642964/00000000995237/062700
Data: 09/12/2020
Hora: 11:50:18

| | |
|---|---|
| Canal: | Office Banking |
| Data Débito: | 09/12/2020 |
| Valor: | 10.800,00 |
| Tipo Transferência: | TED E |
| Conta do Remetente: | 0235-06.025232.0-4 |
| Correntista Débito: | 88.413.661/0001-90 - SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO |
| Banco ou IF do Destinatário: | 001 - BANCO DO BRASIL S.A. |
| Agência do Destinatário: | 0147-3 |
| Conta do Destinatário: | 238694 |
| Correntista de Crédito: | 080.341.931-78 - YAYDELING CAMERO CRESPO |
| Finalidade: | 00005 - PAGAMENTO DE FORNECEDORES |
| Identificador: | PGTO PS NOV 20 |

Atenciosamente

Banco do Estado do Rio Grande do Sul S.A.

03091B085F9030F1F968509E217D1B60FB81

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

LANÇADO

# DANFSE - Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Serviço Eletrônica

**YAYDELING CAMERO CRESPO - ME**
RUA AUGUSTO LIEVAS, 1525 - APT 02
CEP: 96300-000 - Bairro: CENTRO
Município: Jaguarão - RS
E-mail: yaydeling@gmail.com
Fone: (53) 98954-2902

| CNPJ / CPF | Inscrição Estadual | Inscrição Municipal |
|---|---|---|
| 37.503.311/0001-83 | **** | 362978 |

| Número da NFS-e | |
|---|---|
| 202000000000006 | |
| Data do Serviço | Código Verificador |
| 08/12/2020 | 1b092d014 |

**PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARÃO/RS**
**Secretaria Municipal da Fazenda**
Fone: (53) 3261-1999 - sistemas.jaguarao.rs.gov.br/NFSe.Portal

| Dt. de Emissão | Exigibilidade ISS | Tributado no Município |
|---|---|---|
| 08/12/2020 | Exigível | Jaguarão/RS |

**TOMADOR DO SERVIÇO**

Nome / Razão Social: SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARAO
Endereço: RUA DR. HERMES P. AFFONSO,0
Cidade: Jaguarão | UF: RS | Fone: (53) 3261-1088 | CEP: 96300-000
Bairro: CENTRO
CNPJ / CPF: 88.413.661/0001-90 | Inscrição Municipal: 3072 | Inscrição Estadual:
E-mail: santacasajaguarao_financeiro@hotmail.com

**Município de Prestação do Serviço**

Jaguarão/RS

**INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO**

Nome / Razão Social: ***** | CNPJ / CPF: ***** | Inscrição Municipal: *****
E-mail: | Fone: | Cidade: *****

| DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS | VALOR TOTAL | ALIQ. | VALOR IMPOSTO | RETIDO |
|---|---|---|---|---|
| PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS PLANO OPERATIVO COMP.11.2020-PS | 10.800,00 | 3,00 | 324,00 | Não |

Código do Serviço: 04.01 - Medicina e biomedicina.
Código NBS: *********

| CIDE | COFINS | COFINS Importação | ICMS | IOF | IPI | PIS/PASEP | PIS/PASEP Importação |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

| Base Cálculo ISSQN Próprio | Valor do ISSQN Próprio | Base Cálculo ISSQN Retido | Valor do ISSQN Retido | Valor Total do ISSQN | Valor Dedução/Descontos |
|---|---|---|---|---|---|
| 10.800,00 | 324,00 | 0,00 | 0,00 | 324,00 | 0,00 |

| Valor Total da NFS-e | 10.800,00 | Valor Líquido da NFS-e | 10.800,00 |
|---|---|---|---|

Informações Adicionais

Lei 12741/2012: Mun: R$225,72; Est: R$0,00; Fed: R$1452,60; Total Aprox: R$1678,32. Fonte: IBPT.

Consulta realizada em 08/12/2020 às 11:22:25.
**Para consultar a autenticidade acesse: sistemas.jaguarao.rs.gov.br/NFSe.Portal**

2020000000000061b092d01437503311000183

---

| Recebi(emos) de | 202000000000006 Número da NFS-e | Número de Controle do Município |
|---|---|---|
| YAYDELING CAMERO CRESPO - ME | Competência 08/12/2020 | |
| os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado. | NFS-e 1b092d014 | |
| / / | | |

Consulta realizada em 08/12/2020 às 11:22:25.
**Para consultar a autenticidade acesse: sistemas.jaguarao.rs.gov.br/NFSe.Portal**

Banrisul

**Recibo de Transferência**

Número: 01098628881/00000000983821/062607
Data: 09/12/2020
Hora: 11:35:25

| | |
|---|---|
| Canal: | Office Banking |
| Data Débito: | 09/12/2020 |
| Valor: | R$ 9.100,00 |
| Tipo: | Transferência de valor entre contas Banrisul |
| Conta do Remetente: | 0235-06.025232.0-4 |
| Nome do Remetente: | SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO |
| Conta do Destinatário: | 0235-06.049257.0-9 |
| Nome do Destinatário: | R I SERVICOS MEDICOS AMBULATORIAIS |
| Finalidade: | PGTO PS NOV 20 |

Atenciosamente

Banco do Estado do Rio Grande do Sul S.A.

0388A18F254A62E4F53B50F38775FED25C28

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

LANÇADO

# DANFSE - Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Serviço Eletrônica

**R I SERVIÇOS MEDICOS AMBULATORIAIS LTDA.**
RUA DAS FLORES, 1153
CEP: 96300-000 - Bairro: SUBURBIOS
Município: Jaguarão - RS
E-mail: ivette4emily@gmail.com
Fone: (11) 9547-2050

| CNPJ / CPF | Inscrição Estadual | Inscrição Municipal |
|---|---|---|
| 39.841.958/0001-40 | **** | 363150 |

| Número da NFS-e | |
|---|---|
| 202000000000001 | |
| Data do Serviço | Código Verificador |
| 08/12/2020 | 6da18c8cb |

## PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARÃO/RS

**Secretaria Municipal da Fazenda**
Fone: (53) 3261-1999 - sistemas.jaguarao.rs.gov.br/NFSe.Portal

| Dt. de Emissão | Exigibilidade ISS | Tributado no Município |
|---|---|---|
| 08/12/2020 | Exigível | Jaguarão/RS |

### TOMADOR DO SERVIÇO

Nome / Razão Social: SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARAO
Endereço: RUA DR. HERMES P. AFFONSO,0
Cidade: Jaguarão | UF: RS | Fone: (53) 3261-1088 | CEP: 96300-000
Bairro: CENTRO
CNPJ / CPF: 88.413.661/0001-90 | Inscrição Municipal: 3072 | Inscrição Estadual:
E-mail: santacasajaguarao_financeiro@hotmail.com

### Município de Prestação do Serviço

Jaguarão/RS

### INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO

Nome / Razão Social: ***** | CNPJ / CPF: ***** | Inscrição Municipal: *****
E-mail: | Fone: | Cidade: *****

| DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS | VALOR TOTAL | ALIQ. | VALOR IMPOSTO | RETIDO |
|---|---|---|---|---|
| PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS PLANO OPERATIVO COMP.11.2020 -PS | 9.100,00 | 3,00 | 273,00 | Não |

Código do Serviço: 04.01 - Medicina e biomedicina.
Código NBS: *********

| CIDE | COFINS | COFINS Importação | ICMS | IOF | IPI | PIS/PASEP | PIS/PASEP Importação |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

| Base Cálculo ISSQN Próprio | Valor do ISSQN Próprio | Base Cálculo ISSQN Retido | Valor do ISSQN Retido | Valor Total do ISSQN | Valor Dedução/Descontos |
|---|---|---|---|---|---|
| 9.100,00 | 273,00 | 0,00 | 0,00 | 273,00 | 0,00 |

**Valor Total da NFS-e:** 9.100,00 | **Valor Líquido da NFS-e:** 9.100,00

Informações Adicionais

Lei 12741/2012: Mun: R$190,19; Est: R$0,00; Fed: R$1223,95; Total Aprox: R$1414,14. Fonte: IBPT.

Consulta realizada em 08/12/2020 às 11:15:20.

**Para consultar a autenticidade acesse: sistemas.jaguarao.rs.gov.br/NFSe.Portal**

202000000000016da18c8cb39841958000140

---

| Recebi(emos) de | 202000000000001 Número da NFS-e | Número de Controle do Município |
|---|---|---|
| R I SERVIÇOS MEDICOS AMBULATORIAIS LTDA. | Competência 08/12/2020 | |
| os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado. | NFS-e 6da18c8cb | |
| / / | | |

Consulta realizada em 08/12/2020 às 11:15:20.

**Para consultar a autenticidade acesse: sistemas.jaguarao.rs.gov.br/NFSe.Portal**

Banrisul

**Recibo de Transferência**

Número: 01115292300/00000000757433/122032
Data: 14/01/2021
Hora: 15:53:59

| | |
|---|---|
| Canal: | Office Banking |
| Data Débito: | 14/01/2021 |
| Valor: | 1.000,00 |
| Tipo Transferência: | TED E |
| Conta do Remetente: | 0235-06.000544.0-1 |
| Correntista Débito: | 88.413.661/0001-90 - SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARAO |
| Banco ou IF do Destinatário: | 104 - CAIXA ECON. FEDERAL |
| Agência do Destinatário: | 0485 |
| Conta do Destinatário: | 003000771-7 |
| Correntista de Crédito: | 17.800.523/0001-15 - S S BURCH EPP |
| Finalidade: | 00005 - PAGAMENTO DE FORNECEDORES |
| Identificador: | PGTO PS KENIA NOV 20 |

Atenciosamente

Banco do Estado do Rio Grande do Sul S.A.

03BD40E3C2ABF997F0C9F99694EA0420E754

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

# DANFSE - Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Serviço Eletrônica

**S S BURCH - EPP**
RUA 15 DE NOVEMBRO, 444 - SALA 2
CEP: 96300-000 - Bairro: CENTRO
Município: Jaguarão - RS
E-mail: serjaoburch@gmail.com
Fone: (53) 3261-1470

| CNPJ / CPF | Inscrição Estadual | Inscrição Municipal |
|---|---|---|
| 17.800.523/0001-15 | **** | 11715 |

| Número da NFS-e | |
|---|---|
| 202100000000171 | |
| Data do Serviço | Código Verificador |
| 14/01/2021 | da534e324 |

## PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARÃO/RS

**Secretaria Municipal da Fazenda**
Fone: (53) 3261-1999 - sistemas.jaguarao.rs.gov.br/NFSe.Portal

| Dt. de Emissão | Exigibilidade ISS | Tributado no Município |
|---|---|---|
| 14/01/2021 | Exigível | Jaguarão/RS |

### TOMADOR DO SERVIÇO

Nome / Razão Social: SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARAO
Endereço: RUA DR. HERMES P. AFFONSO,0
Cidade: Jaguarão | UF: RS | Fone: (53) 3261-1088 | CEP: 96300-000
Bairro: CENTRO
CNPJ / CPF: 88.413.661/0001-90 | Inscrição Municipal: 3072 | Inscrição Estadual:
E-mail: santacasajaguarao_financeiro@hotmail.com

### Município de Prestação do Serviço

Jaguarão/RS

### INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO

Nome / Razão Social: ***** | CNPJ / CPF: ***** | Inscrição Municipal: *****
E-mail: | Fone: | Cidade: *****

| DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS | VALOR TOTAL | ALIQ. | VALOR IMPOSTO | RETIDO |
|---|---|---|---|---|
| Serviços prestados PS Kenia Cabrera nov/2020 | 1.000,00 | 3,00 | 30,00 | Não |

Código do Serviço
04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.

Código NBS
*********

| CIDE | COFINS | COFINS Importação | ICMS | IOF | IPI | PIS/PASEP | PIS/PASEP Importação |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

| Base Cálculo ISSQN Próprio | Valor do ISSQN Próprio | Base Cálculo ISSQN Retido | Valor do ISSQN Retido | Valor Total do ISSQN | Valor Dedução/Descontos |
|---|---|---|---|---|---|
| 1.000,00 | 30,00 | 0,00 | 0,00 | 30,00 | 0,00 |

| Valor Total da NFS-e | 1.000,00 | Valor Líquido da NFS-e | 1.000,00 |
|---|---|---|---|

Informações Adicionais
Lei 12741/2012: Mun: R$30,00; Est: R$0,00; Fed: R$0,00; Total Aprox: R$30,00.

Consulta realizada em 14/01/2021 às 10:55:36.
**Para consultar a autenticidade acesse: sistemas.jaguarao.rs.gov.br/NFSe.Portal**

202100000000171da534e32417800523000115

---

| Recebi(emos) de | 202100000000171 Número da NFS-e | Número de Controle do Município |
|---|---|---|
| S S BURCH - EPP | Competência 14/01/2021 | |
| os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado. | NFS-e da534e324 | |
| / / | | |

Consulta realizada em 14/01/2021 às 10:55:36.
**Para consultar a autenticidade acesse: sistemas.jaguarao.rs.gov.br/NFSe.Portal**

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARÃO

PRESTAÇÃO DE CONTAS

ANEXO I

IDENTIFICAÇÃO:

1- NOME DA ENTIDADE: SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARÃO

2- CNPJ: 88.413661/0001-90

3- ENDEREÇO: PRÇ. DR. HERMES PINTOS AFFONSO S/N

4- NOME DO RESPONSÁVEL: GILCELLI SOARES MACHADO

5- CPF: 812.258.730-53

6- ASSINATURA DO RESPONSÁVEL:

7- VALOR DA SUBVENÇÃO RECEBIDA: R$ 46.567,52
QUARENTA E SEIS MIL QUINHENTOS E SESSENTA E SETE REAIS E CINQUENTA E DOIS CENTAVOS

8- DATA DO RECEBIMENTO DA SUBVENÇAO: 04/12/2020

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARÃO

PRESTAÇÃO DE CONTAS

Juliana da S. Figueiredo
Contadora CRC SP 269868/O-2 RS
CPF 350.268.028-00

PLANO OPERATIVO -NOVEMBRO/2020

ANEXO II

| 1- RECEITA | | 2- DESPESA | |
|---|---|---|---|
| 1.1 DISCRIMINAÇÃO | 1.2 VALOR R$ | 2.1 DISCRIMINAÇÃO | 2.2 VALOR R$ |
| PROGRAMA SAUDE MENTAL | 46.567,52 | PROGRAMA SAUDE MENTAL | 24.827,01 |
| | | INSS | 3.357,24 |
| | | IRRF | 3.392,28 |
| | | FGTS | 2.943,30 |
| | | REFEISUL | 1.600,00 |
| | | A TRANSPORTAR | 10.447,69 |
| | | | |
| | | | |
| TOTAL | **46.567,52** | | **46.567,52** |

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARÃO

PRESTAÇÃO DE CONTAS

ANEXO III

| 1.4 | 1.5 | 1.6 | 1.7 |
|---|---|---|---|
| DOCUMENTO | DATA | FAVORECIDO | VALOR R$ |
| FOLHA DE PGTº | 30/11/20 | SALÁRIOS PL. OPERAT. SÍTIO RENASCER | 24.827,01 |
| | | | |
| TOTAL | | | **24.827,01** |

| 1.4 | 1.5 | 1.6 | 1.7 |
|---|---|---|---|
| DOCUMENTO | DATA | FAVORECIDO | VALOR R$ |
| COMP.PGTO | 20/12/20 | INSS | 3.357,24 |
| COMP.PGTO | 20/12/20 | IRRF | 3.392,28 |
| COMP.PGTO | 07/12/20 | FGTS | 2.943,30 |
| COMP.PGTO | 20/11/20 | REFEISUL | 1.600,00 |
| | | | |
| | | | |
| TOTAL | | | **11.292,82** |

C. Custos: 3

## EXTRATO MENSAL

Empr.: 3 ALCIDES MARIO GARCIA BURWOOD — Situação: Trabalhando — CPF: 369.821.050-91 — PIS: 124.58408.01-1
Cargo: 3 AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE — Vínculo: Celetista — Adm: 01/01/2000 — CTPS/Série: 00086024/00036
CC: 3 — Depto: 3 — Filial: 1 — Salário: 1.917,18

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | HORAS NORMAIS | 220,00 | 1.917,18 P | 202 | REFEISUL | 2,00 | 2,00 D |
| 93 | QUINQUENIO | 4,00 | 383,44 P | 998 | I.N.S.S. | 8,88 | 222,78 D |
| 16 | INSALUBRIDADE 20% | 20,00 | 209,00 P | 999 | IMPOSTO DE RENDA | 7,50 | 28,71 D |

ND: 0 Proventos: 2.509,62 Descontos: 253,49 Informativa: 200,76 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.256,13
NF: 0 Base INSS: 2.509,62 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.509,62 Valor FGTS: 200,76 Base IRRF: 2.286,84

---

Empr.: 518 GABRIEL CARVALHO VIEIRA — Situação: Trabalhando — CPF: 968.381.910-91 — PIS: 131.10015.71-3
Cargo: 11 MEDICO — Vínculo: Celetista — Adm: 21/03/2014 — CTPS/Série: 3937577/30
CC: 3 — Depto: 3 — Filial: 1 — Salário: 7.736,99

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | HORAS NORMAIS | 100,00 | 7.736,99 P | 202 | REFEISUL | 2,00 | 2,00 D |
| 93 | QUINQUENIO | 1,00 | 386,85 P | 998 | I.N.S.S. | 8,56 | 713,08 D |
| 16 | INSALUBRIDADE 20% | 20,00 | 209,00 P | 999 | IMPOSTO DE RENDA | 27,50 | 1.226,07 D |

ND: 0 Proventos: 8.332,84 Descontos: 1.941,15 Informativa: 666,62 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 6.391,69
NF: 0 Base INSS: 6.101,06 Excedente INSS: 2.231,78 Base FGTS: 8.332,84 Valor FGTS: 666,62 Base IRRF: 7.619,76

---

Empr.: 168 GILBERTO VOLOSKI ISQUIERDO — Situação: Trabalhando — CPF: 401.612.850-15 — PIS: 121.07430.75-8
Cargo: 16 PSICOLOGO — Vínculo: Celetista — Adm: 01/06/2002 — CTPS/Série: 25414/543
CC: 3 — Depto: 3 — Filial: 1 — Salário: 3.905,92

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | HORAS NORMAIS | 7,33 | 130,20 P | 202 | REFEISUL | 2,00 | 0,07 D |
| 93 | QUINQUENIO | 3,00 | 19,53 P | 937 | ADIANTAMENTO DE FERIAS | 0,00 | 5.202,47 D |
| 3 | HORAS FERIAS | 212,67 | 3.775,72 P | 812 | INSS FERIAS | 10,29 | 689,31 D |
| 805 | MEDIA VALOR FERIAS | 483,33 | 483,33 P | 998 | I.N.S.S. | 7,50 | 26,90 D |
| 807 | VANTAGENS FERIAS | 768,39 | 768,39 P | 942 | IRRF FERIAS | 27,50 | 811,47 D |
| 931 | 1/3 DAS FERIAS | 33,33 | 1.675,81 P | | | | |
| 836 | INSS DIF FER DESC A MAIOR | 0,00 | 3,13 P | | | | |
| 16 | INSALUBRIDADE 20% | 20,00 | 209,00 P | | | | |

ND: 0 Proventos: 7.065,11 Descontos: 6.730,22 Informativa: 564,94 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 334,89
NF: 0 Base INSS: 6.101,06 Excedente INSS: 960,92 Base FGTS: 7.061,98 Valor FGTS: 564,94 Base IRRF: 334,96
FERIAS DE 02/11/2020 - 01/12/2020

---

Empr.: 602 GIOVANA BARRETO DA SILVA — Situação: Trabalhando — CPF: 945.235.090-34 — PIS: 131.10992.68-9
Cargo: 11 MEDICO — Vínculo: Celetista — Adm: 01/09/2017 — CTPS/Série: 03937578/30
CC: 3 — Depto: 3 — Filial: 1 — Salário: 7.736,99

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | HORAS NORMAIS | 180,00 | 7.736,99 P | 202 | REFEISUL | 2,00 | 2,00 D |
| 16 | INSALUBRIDADE 20% | 20,00 | 209,00 P | 998 | I.N.S.S. | 8,97 | 713,08 D |
| | | | | 999 | IMPOSTO DE RENDA | 27,50 | 1.119,69 D |

ND: 0 Proventos: 7.945,99 Descontos: 1.834,77 Informativa: 635,67 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 6.111,22
NF: 0 Base INSS: 6.101,06 Excedente INSS: 1.844,93 Base FGTS: 7.945,99 Valor FGTS: 635,67 Base IRRF: 7.232,91

---

Empr.: 726 JESSICA DINIZ QUENON — Situação: Trabalhando — CPF: 025.508.660-10 — PIS: 162.38339.91-9
Cargo: 8 COPEIRA/COZINHEIRA — Vínculo: Celetista — Adm: 07/11/2019 — CTPS/Série: 5808081/30
CC: 3 — Depto: 3 — Filial: 1 — Salário: 1.265,62

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | HORAS NORMAIS | 220,00 | 1.265,63 P | 202 | REFEISUL | 2,00 | 2,00 D |
| 16 | INSALUBRIDADE 20% | 20,00 | 209,00 P | 998 | I.N.S.S. | 7,94 | 117,03 D |

ND: 0 Proventos: 1.474,63 Descontos: 119,03 Informativa: 117,97 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.355,60
NF: 0 Base INSS: 1.474,63 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.474,63 Valor FGTS: 117,97 Base IRRF: 1.357,60

---

C. Custos: 3

## EXTRATO MENSAL

Empr.: 265 JORGE ELI BOTELHO VIEIRA — Situação: Trabalhando — CPF: 348.970.380-49 — PIS: 124.19084.48-0
Cargo: 2 MOTORISTA DE AMBULANCIA — Vínculo: Celetista — Adm: 02/01/2006 — CTPS/Série: 84063/0010
CC: 3 — Depto: 3 — Filial: 1 — Salário: 1.265,62

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | HORAS NORMAIS | 220,00 | 1.265,63 P | 202 | REFEISUL | 2,00 | 2,00 D |
| 93 | QUINQUENIO | 2,00 | 126,56 P | 998 | I.N.S.S. | 8,99 | 233,77 D |
| 16 | INSALUBRIDADE 20% | 20,00 | 209,00 P | 999 | IMPOSTO DE RENDA | 7,50 | 34,76 D |
| 20 | GRATIFICACOES | 1.000,00 | 1.000,00 P | | | | |

ND: 0 Proventos: 2.601,19 Descontos: 270,53 Informativa: 208,09 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.330,66
NF: 0 Base INSS: 2.601,19 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.601,19 Valor FGTS: 208,09 Base IRRF: 2.367,42

---

Empr.: 674 MARELISE PINTO JUNCAL BORGES — Situação: Trabalhando — CPF: 012.298.650-47 — PIS: 120.35966.06-1
Cargo: 7 SERVIÇOS GERAIS — Vínculo: Celetista — Adm: 08/11/2018 — CTPS/Série: 8759474/30
CC: 3 — Depto: 3 — Filial: 1 — Salário: 1.265,62

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | HORAS NORMAIS | 240,00 | 1.265,63 P | 202 | REFEISUL | 2,00 | 2,00 D |
| 16 | INSALUBRIDADE 20% | 20,00 | 209,00 P | 998 | I.N.S.S. | 7,94 | 117,03 D |

ND: 0 Proventos: 1.474,63 Descontos: 119,03 Informativa: 117,97 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.355,60
NF: 0 Base INSS: 1.474,63 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.474,63 Valor FGTS: 117,97 Base IRRF: 1.357,60

---

Empr.: 727 RAISSA PINTO PEREIRA — Situação: Trabalhando — CPF: 031.101.720-70 — PIS: 166.20058.11-7
Cargo: 727 AUXILIAR ADMINISTRATIVO — Vínculo: Celetista — Adm: 08/11/2019 — CTPS/Série: 2450880/50
CC: 3 — Depto: 3 — Filial: 1 — Salário: 1.265,62

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | HORAS NORMAIS | 220,00 | 1.265,63 P | 202 | REFEISUL | 2,00 | 2,00 D |
| 16 | INSALUBRIDADE 20% | 20,00 | 209,00 P | 998 | I.N.S.S. | 7,94 | 117,03 D |

ND: 0 Proventos: 1.474,63 Descontos: 119,03 Informativa: 117,97 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.355,60
NF: 0 Base INSS: 1.474,63 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.474,63 Valor FGTS: 117,97 Base IRRF: 1.357,60

---

Empr.: 646 TACIANA MARTINS ROCHA DA SILVA — Situação: Trabalhando — CPF: 013.633.210-21 — PIS: 156.40114.27-8
Cargo: 17 ENFERMEIRA(O) — Vínculo: Celetista — Adm: 20/06/2018 — CTPS/Série: 848086/40
CC: 3 — Depto: 3 — Filial: 1 — Salário: 2.363,45

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | HORAS NORMAIS | 360,00 | 2.363,45 P | 202 | REFEISUL | 2,00 | 2,00 D |
| 250 | REFLEXO EXTRAS DSR | 0,00 | 68,80 P | 998 | I.N.S.S. | 10,40 | 407,23 D |
| 150 | HORAS EXTRAS | 9,00 | 275,18 P | 999 | IMPOSTO DE RENDA | 15,00 | 171,58 D |
| 16 | INSALUBRIDADE 20% | 20,00 | 209,00 P | | | | |
| 20 | GRATIFICACOES | 1.000,00 | 1.000,00 P | | | | |

ND: 0 Proventos: 3.916,43 Descontos: 580,81 Informativa: 313,31 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 3.335,62
NF: 0 Base INSS: 3.916,43 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 3.916,43 Valor FGTS: 313,31 Base IRRF: 3.509,20

---

| Totais por Centro de Custos | Proventos | Descontos | Liquido |
|---|---|---|---|
| 3 SITIO RENASCER-CAPS | 36.795,07 | 11.968,06 | 24.827,01 |
| Total: | 36.795,07 | 11.968,06 | 24.827,01 |

Total Geral Proventos: 36.795,07
Total Geral Descontos: 11.968,06
Líquido Geral: 24.827,01

C. Custos: 3

## EXTRATO MENSAL

### Situações

| | |
|---|---|
| Número de empregados: | 9 |
| Numero de estagiários: | 0 |
| Trabalhando: | 9 |
| Afastado direitos integrais: | 0 |
| Afastado acidente de trabalho: | 0 |
| Afastado serviço militar: | 0 |
| Salário maternidade: | 0 |
| Salário maternidade INSS: | 0 |
| Doença: | 0 |
| Doença Profissional: | 0 |
| Licença sem vencimento: | 0 |
| Demitido: | 0 |
| Transferido: | 0 |
| Férias: | 0 |
| Mandato sindical: | 0 |
| Aposentadoria: | 0 |
| Partic. curso/programa de qualificação: | 0 |
| Ausência justificada: | 0 |
| Outros motivos de afastamento: | 0 |
| Admissões: | 0 |
| Número de contribuintes: | 0 |

| | |
|---|---|
| Salário contribuição empregados: | 31.754,31 |
| Salário contribuição contribuintes: | 0,00 |
| Excedente: | 5.037,63 |
| Base total: | 36.791,94 |
| Segurados: | 3.354,11 |
| Empresa: | 0,00 |
| RAT: | 0,00 |
| Contribuintes: | 0,00 |
| Sub-Total: | 3.354,11 |
| Retenções: | 0,00 |
| (-) Salário família/maternidade: | 657,63 |
| Compensações: | 0,00 |
| Valores pagos a Cooperativas: | 0,00 |
| Outras Compensações: | 0,00 |
| Total: | 2.696,48 |
| Terceiros: | 0,00 |
| Total INSS: | 2.696,48 |

| | |
|---|---|
| Base IRRF Mensal: | 27.423,89 |
| Valor IRRF Mensal: | 2.580,81 |
| Base IRRF Férias: | 6.013,94 |
| Valor IRRF Férias: | 811,47 |
| Base IRRF Partic. Lucros: | 0,00 |
| Valor IRRF Partic. Lucros: | 0,00 |
| Base IRRF Exterior: | 0,00 |
| Valor IRRF Exterior: | 0,00 |
| Base IRRF 13º Salário: | 0,00 |
| Valor IRRF 13º Salário: | 0,00 |
| Valor Total do IRRF: | 3.392,28 |
| IRRF Aluguéis: | 0,00 |
| IRRF contribuintes: | 0,00 |
| Base do FGTS: | 36.791,94 |
| Valor do FGTS: | 2.943,30 |
| Base do FGTS Aprendiz: | 0,00 |
| Valor do FGTS Aprendiz: | 0,00 |
| Base FGTS - GRRF: | 0,00 |
| FGTS - GRRF: | 0,00 |
| Base FGTS mes ant. - GRRF: | 0,00 |
| FGTS mes ant. - GRRF: | 0,00 |
| Base PIS: | 0,00 |
| Valor PIS: | 0,00 |
| Base ISS: | 0,00 |
| Valor ISS: | 0,00 |

Líquido Geral: 24.827,01

Banrisul

**Recibo de Transferência**

Número: 01093482580/00000000200469/042836
Data: 30/11/2020
Hora: 15:34:22

| | |
|---|---|
| Canal: | Office Banking |
| Data Débito: | 30/11/2020 |
| Valor: | R$ 2256,13 |
| Tipo: | Folha de Pagamento |
| Conta do Remetente: | 0235-06.025232.0-4 |
| Nome do Remetente: | SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO |
| Conta do Destinatário: | 0235-35.030304.0-6 |
| Nome do Destinatário: | ALCIDES MARIO GARCIA BURWOOD |
| Finalidade: | SAL NOVEMBRO 20 |

Atenciosamente

Banco do Estado do Rio Grande do Sul S.A.

030D7F48D2545267B27C6B974D4929F86743

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

SANTA CASA DE CARIDADE D JAGUARÃO
CNPJ: 88.413.661/0001-90 CC: SITIO RENASCER-CAPS
Mensalista

Folha Mensal
Novembro de 2020

| Código | Nome do Funcionário | CBO | Departamento | Filial |
|---|---|---|---|---|
| 3 | ALCIDES MARIO GARCIA BURWOOD | 515105 | 3 | 1 |
| | AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE | Admissão: | | 01/01/2000 |

| Código | Descrição | Referência | Vencimentos | Descontos |
|---|---|---|---|---|
| 1 | HORAS NORMAIS | 220,00 | 1.917,18 | |
| 93 | QUINQUENIO | 4,00 | 383,44 | |
| 16 | INSALUBRIDADE 20% | 20,00 | 209,00 | |
| 202 | REFEISUL | 2,00 | | 2,00 |
| 998 | I.N.S.S. | 8,88 | | 222,78 |
| 999 | IMPOSTO DE RENDA | 7,50 | | 28,71 |

| | Total de Vencimentos | Total de Descontos |
|---|---|---|
| | 2.509,62 | 253,49 |
| BANRISUL 41<br>conta corrente: 350303040-6 Agência: 0235 - 23 | Valor Líquido ⇨ | 2.256,13 |

| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Cálc. FGTS | F.G.T.S do Mês | Base Cálc. IRRF | Faixa IRRF |
|---|---|---|---|---|---|
| 1.917,18 | 2.509,62 | 2.509,62 | 200,76 | 2.286,84 | 7,50 |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data ___/___/___

Banrisul

**Recibo de Transferência**

Número: 01093488892/00000000205478/042852
Data: 30/11/2020
Hora: 15:38:31

| | |
|---|---|
| Canal: | Office Banking |
| Data Débito: | 30/11/2020 |
| Valor: | R$ 6391,69 |
| Tipo: | Folha de Pagamento |
| Conta do Remetente: | 0235-06.025232.0-4 |
| Nome do Remetente: | SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO |
| Conta do Destinatário: | 0235-35.036995.0-4 |
| Nome do Destinatário: | GABRIEL CARVALHO VIEIRA |
| Finalidade: | SAL NOVEMBRO 20 |

Atenciosamente

Banco do Estado do Rio Grande do Sul S.A.

03DDB741210E8AF567CD4AE11B71CA516B91

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

SANTA CASA DE CARIDADE D JAGUARÃO
CNPJ: 88.413.661/0001-90

CC: SITIO RENASCER-CAPS
Mensalista

Folha Mensal
Novembro de 2020

| Código | Nome do Funcionário | CBO | Departamento | Filial |
|---|---|---|---|---|
| 518 | GABRIEL CARVALHO VIEIRA | 225125 | 3 | 1 |
| | MEDICO | Admissão: | | 21/03/2014 |

| Código | Descrição | Referência | Vencimentos | Descontos |
|---|---|---|---|---|
| 1 | HORAS NORMAIS | 100,00 | 7.736,99 | |
| 93 | QUINQUENIO | 1,00 | 386,85 | |
| 16 | INSALUBRIDADE 20% | 20,00 | 209,00 | |
| 202 | REFEISUL | 2,00 | | 2,00 |
| 998 | I.N.S.S. | 8,56 | | 713,08 |
| 999 | IMPOSTO DE RENDA | 27,50 | | 1.226,07 |

| Total de Vencimentos | Total de Descontos |
|---|---|
| 8.332,84 | 1.941,15 |
| Valor Líquido ⇨ | 6.391,69 |

BANRISUL 41
conta corrente: 350369950-4 Agência: 0235 - 23

| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Cálc. FGTS | F.G.T.S do Mês | Base Cálc. IRRF | Faixa IRRF |
|---|---|---|---|---|---|
| 7.736,99 | 6.101,06 | 8.332,84 | 666,62 | 7.619,76 | 27,50 |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Banrisul

**Recibo de Transferência**

Número: 01093488892/00000000205478/042852
Data: 30/11/2020
Hora: 15:38:31

| | |
|---|---|
| Canal: | Office Banking |
| Data Débito: | 30/11/2020 |
| Valor: | R$ 6391,69 |
| Tipo: | Folha de Pagamento |
| Conta do Remetente: | 0235-06.025232.0-4 |
| Nome do Remetente: | SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO |
| Conta do Destinatário: | 0235-35.036995.0-4 |
| Nome do Destinatário: | GABRIEL CARVALHO VIEIRA |
| Finalidade: | SAL NOVEMBRO 20 |

Atenciosamente

Banco do Estado do Rio Grande do Sul S.A.

03DDB741210E8AF567CD4AE11B71CA516B91

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

Banrisul

**Recibo de Transferência**

Número: 01093483935/00000000201530/042840
Data: 30/11/2020
Hora: 15:35:14

| | |
|---|---|
| Canal: | Office Banking |
| Data Débito: | 30/11/2020 |
| Valor: | R$ 334,89 |
| Tipo: | Folha de Pagamento |
| Conta do Remetente: | 0235-06.025232.0-4 |
| Nome do Remetente: | SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO |
| Conta do Destinatário: | 0918-35.196998.0-4 |
| Nome do Destinatário: | GILBERTO VOLOSKI ISQUIERDO |
| Finalidade: | SAL NOVEMBRO 20 |

Atenciosamente

Banco do Estado do Rio Grande do Sul S.A.

039817EF105CFD1215084FB6EE06739DA007

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

SANTA CASA DE CARIDADE D JAGUARÃO
CNPJ: 88.413.661/0001-90

CC: SITIO RENASCER-CAPS
Mensalista

Folha Mensal
Novembro de 2020

| Código | Nome do Funcionário | CBO | Departamento | Filial |
|---|---|---|---|---|
| 168 | GILBERTO VOLOSKI ISQUIERDO | 251510 | 3 | 1 |
| | PSICOLOGO | Admissão: | | 01/06/2002 |

| Código | Descrição | Referência | Vencimentos | Descontos |
|---|---|---|---|---|
| 1 | HORAS NORMAIS | 7,33 | 130,20 | |
| 93 | QUINQUENIO | 3,00 | 19,53 | |
| 3 | HORAS FERIAS | 212,67 | 3.775,72 | |
| 805 | MEDIA VALOR FERIAS | 483,33 | 483,33 | |
| 807 | VANTAGENS FERIAS | 768,39 | 768,39 | |
| 931 | 1/3 DAS FERIAS | 33,33 | 1.675,81 | |
| 836 | INSS DIF FER DESC A MAIOR | 0,00 | 3,13 | |
| 16 | INSALUBRIDADE 20% | 20,00 | 209,00 | |
| 202 | REFEISUL | 2,00 | | 0,07 |
| 937 | ADIANTAMENTO DE FERIAS | 0,00 | | 5.202,47 |
| 812 | INSS FERIAS | 10,29 | | 689,31 |
| 998 | I.N.S.S. | 7,50 | | 26,90 |
| 942 | IRRF FERIAS | 27,50 | | 811,47 |

| Total de Vencimentos | Total de Descontos |
|---|---|
| 7.065,11 | 6.730,22 |
| Valor Líquido ⇨ | 334,89 |

AG. AREAL 41
conta corrente: 351969980-4 Agência: 0918 - 39

| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Cálc. FGTS | F.G.T.S do Mês | Base Cálc. IRRF | Faixa IRRF |
|---|---|---|---|---|---|
| 3.905,92 | 6.101,06 | 7.061,98 | 564,94 | 334,96 | 0,00 |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__ Data

Banrisul

**Recibo de Transferência**

Número: 01093490518/00000000206765/042855
Data: 30/11/2020
Hora: 15:39:35

| | |
|---|---|
| Canal: | Office Banking |
| Data Débito: | 30/11/2020 |
| Valor: | R$ 6111,22 |
| Tipo: | Folha de Pagamento |
| Conta do Remetente: | 0235-06.025232.0-4 |
| Nome do Remetente: | SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO |
| Conta do Destinatário: | 0772-35.093606.0-6 |
| Nome do Destinatário: | GIOVANA BARRETO DA SILVA |
| Finalidade: | SAL NOVEMBRO 20 |

Atenciosamente

Banco do Estado do Rio Grande do Sul S.A.

03242F1EC28D23CBDDC2B9A3A17C83B9F232

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

SANTA CASA DE CARIDADE D JAGUARÃO
CNPJ: 88.413.661/0001-90

CC: SITIO RENASCER-CAPS
Mensalista

Folha Mensal
Novembro de 2020

| Código | Nome do Funcionário | CBO | Departamento | Filial |
|---|---|---|---|---|
| 602 | GIOVANA BARRETO DA SILVA | 225125 | 3 | 1 |
| | MEDICO | Admissão: | 01/09/2017 | |

| Código | Descrição | Referência | Vencimentos | Descontos |
|---|---|---|---|---|
| 1 | HORAS NORMAIS | 180,00 | 7.736,99 | |
| 16 | INSALUBRIDADE 20% | 20,00 | 209,00 | |
| 202 | REFEISUL | 2,00 | | 2,00 |
| 998 | I.N.S.S. | 8,97 | | 713,08 |
| 999 | IMPOSTO DE RENDA | 27,50 | | 1.119,69 |

| Total de Vencimentos | Total de Descontos |
|---|---|
| 7.945,99 | 1.834,77 |
| Valor Líquido ⇨ | 6.111,22 |

AG. AREAL 41
conta corrente: 350936060-6 Agência: 0772 - 40

| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Cálc. FGTS | F.G.T.S do Mês | Base Cálc. IRRF | Faixa IRRF |
|---|---|---|---|---|---|
| 7.736,99 | 6.101,06 | 7.945,99 | 635,67 | 7.232,91 | 27,50 |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Banrisul

**Recibo de Transferência**

Número: 01093496738/00000000211885/042870
Data: 30/11/2020
Hora: 15:43:46

| | |
|---|---|
| Canal: | Office Banking |
| Data Débito: | 30/11/2020 |
| Valor: | R$ 1355,60 |
| Tipo: | Folha de Pagamento |
| Conta do Remetente: | 0235-06.025232.0-4 |
| Nome do Remetente: | SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO |
| Conta do Destinatário: | 0235-35.047629.0-0 |
| Nome do Destinatário: | JESSICA DINIZ QUENON |
| Finalidade: | SAL NOVEMBRO 20 |

Atenciosamente

Banco do Estado do Rio Grande do Sul S.A.

03F7013B8B8EE46B1515AD5A185AAA813C61

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

SANTA CASA DE CARIDADE D JAGUARÃO
CNPJ: 88.413.661/0001-90

CC: SITIO RENASCER-CAPS
Mensalista

Folha Mensal
Novembro de 2020

| Código | Nome do Funcionário | CBO | Departamento | Filial |
|---|---|---|---|---|
| 726 | JESSICA DINIZ QUENON<br>COPEIRA/COZINHEIRA | 513430 | 3 | 1 |

Admissão: 07/11/2019

| Código | Descrição | Referência | Vencimentos | Descontos |
|---|---|---|---|---|
| 1 | HORAS NORMAIS | 220,00 | 1.265,63 | |
| 16 | INSALUBRIDADE 20% | 20,00 | 209,00 | |
| 202 | REFEISUL | 2,00 | | 2,00 |
| 998 | I.N.S.S. | 7,94 | | 117,03 |

| Total de Vencimentos | Total de Descontos |
|---|---|
| 1.474,63 | 119,03 |
| Valor Líquido ⇨ | 1.355,60 |

BANRISUL 41
conta corrente: 350476290-0 Agência: 0235 - 23

| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Cálc. FGTS | F.G.T.S do Mês | Base Cálc. IRRF | Faixa IRRF |
|---|---|---|---|---|---|
| 1.265,62 | 1.474,63 | 1.474,63 | 117,97 | 1.357,60 | 0,00 |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data ___/___/___

Banrisul

**Recibo de Transferência**

Número: 01093486076/00000000203229/042845
Data: 30/11/2020
Hora: 15:36:36

| | |
|---|---|
| Canal: | Office Banking |
| Data Débito: | 30/11/2020 |
| Valor: | R$ 2330,66 |
| Tipo: | Folha de Pagamento |
| Conta do Remetente: | 0235-06.025232.0-4 |
| Nome do Remetente: | SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO |
| Conta do Destinatário: | 0235-35.024087.0-0 |
| Nome do Destinatário: | JORGE ELI BOTELHO VIEIRA |
| Finalidade: | SAL NOVEMBRO 20 |

Atenciosamente

Banco do Estado do Rio Grande do Sul S.A.

03B5CB1158FF7C1EFA359302493FF5D4E016

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

SANTA CASA DE CARIDADE D JAGUARÃO
CNPJ: 88.413.661/0001-90

CC: SITIO RENASCER-CAPS
Mensalista

Folha Mensal
Novembro de 2020

| Código | Nome do Funcionário | CBO | Departamento | Filial |
|---|---|---|---|---|
| 265 | JORGE ELI BOTELHO VIEIRA | 782320 | 3 | 1 |
| | MOTORISTA DE AMBULANCIA | Admissão: | | 02/01/2006 |

| Código | Descrição | Referência | Vencimentos | Descontos |
|---|---|---|---|---|
| 1 | HORAS NORMAIS | 220,00 | 1.265,63 | |
| 93 | QUINQUENIO | 2,00 | 126,56 | |
| 16 | INSALUBRIDADE 20% | 20,00 | 209,00 | |
| 20 | GRATIFICACOES | 1.000,00 | 1.000,00 | |
| 202 | REFEISUL | 2,00 | | 2,00 |
| 998 | I.N.S.S. | 8,99 | | 233,77 |
| 999 | IMPOSTO DE RENDA | 7,50 | | 34,76 |

| Total de Vencimentos | Total de Descontos |
|---|---|
| 2.601,19 | 270,53 |
| Valor Líquido ⇨ | 2.330,66 |

BANRISUL 41
conta corrente: 350240870-0 Agência: 0235 - 23

| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Cálc. FGTS | F.G.T.S do Mês | Base Cálc. IRRF | Faixa IRRF |
|---|---|---|---|---|---|
| 1.265,62 | 2.601,19 | 2.601,19 | 208,09 | 2.367,42 | 7,50 |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__
Data

Banrisul

**Recibo de Transferência**

Número: 01093495405/00000000210775/042868
Data: 30/11/2020
Hora: 15:42:54

| | |
|---|---|
| Canal: | Office Banking |
| Data Débito: | 30/11/2020 |
| Valor: | R$ 1355,60 |
| Tipo: | Folha de Pagamento |
| Conta do Remetente: | 0235-06.025232.0-4 |
| Nome do Remetente: | SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO |
| Conta do Destinatário: | 0235-39.038684.0-6 |
| Nome do Destinatário: | MARELISE PINTO JUNCAL BORGES |
| Finalidade: | SAL NOVEMBRO 20 |

Atenciosamente

Banco do Estado do Rio Grande do Sul S.A.

03F0E16D57ECDDFAD228E755951A4EE8A953

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

SANTA CASA DE CARIDADE D JAGUARÃO
CNPJ: 88.413.661/0001-90

CC: SITIO RENASCER-CAPS
Mensalista

Folha Mensal
Novembro de 2020

| Código | Nome do Funcionário | CBO | Departamento | Filial |
|---|---|---|---|---|
| 674 | MARELISE PINTO JUNCAL BORGES | 514230 | 3 | 1 |
| | SERVIÇOS GERAIS | Admissão: | | 08/11/2018 |

| Código | Descrição | Referência | Vencimentos | Descontos |
|---|---|---|---|---|
| 1 | HORAS NORMAIS | 240,00 | 1.265,63 | |
| 16 | INSALUBRIDADE 20% | 20,00 | 209,00 | |
| 202 | REFEISUL | 2,00 | | 2,00 |
| 998 | I.N.S.S. | 7,94 | | 117,03 |

| Total de Vencimentos | Total de Descontos |
|---|---|
| 1.474,63 | 119,03 |
| Valor Líquido ⇨ | 1.355,60 |

BANRISUL 41
conta corrente: 390386840-6 Agência: 0235 - 23

| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Cálc. FGTS | F.G.T.S do Mês | Base Cálc. IRRF | Faixa IRRF |
|---|---|---|---|---|---|
| 1.265,62 | 1.474,63 | 1.474,63 | 117,97 | 1.357,60 | 0,00 |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo

Assinatura do Funcionário

Data

Banrisul

**Recibo de Transferência**

Número: 01093497912/00000000212851/042875
Data: 30/11/2020
Hora: 15:44:33

| | |
|---|---|
| Canal: | Office Banking |
| Data Débito: | 30/11/2020 |
| Valor: | R$ 1355,60 |
| Tipo: | Folha de Pagamento |
| Conta do Remetente: | 0235-06.025232.0-4 |
| Nome do Remetente: | SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO |
| Conta do Destinatário: | 0235-35.047658.0-2 |
| Nome do Destinatário: | RAISSA PINTO PEREIRA |
| Finalidade: | SAL NOVEMBRO 20 |

Atenciosamente

Banco do Estado do Rio Grande do Sul S.A.

033C04BCCDE5700F360D779C1024F27EAB92

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

Banrisul

**Recibo de Transferência**

Número: 01093491627/00000000207688/042857
Data: 30/11/2020
Hora: 15:40:21

| | |
|---|---|
| Canal: | Office Banking |
| Data Débito: | 30/11/2020 |
| Valor: | R$ 3335,62 |
| Tipo: | Folha de Pagamento |
| Conta do Remetente: | 0235-06.025232.0-4 |
| Nome do Remetente: | SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO |
| Conta do Destinatário: | 0235-35.045331.0-3 |
| Nome do Destinatário: | TACIANA MARTINS ROCHA DA SILVA |
| Finalidade: | SAL NOVEMBRO 20 |

Atenciosamente

Banco do Estado do Rio Grande do Sul S.A.

037E00FA1214591C10158B4351DA6090EA98

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

SANTA CASA DE CARIDADE D JAGUARÃO
CNPJ: 88.413.661/0001-90

CC: SITIO RENASCER-CAPS
Mensalista

Folha Mensal
Novembro de 2020

| Código | Nome do Funcionário | CBO | Departamento | Filial |
|---|---|---|---|---|
| 646 | TACIANA MARTINS ROCHA DA SILVA | 223505 | 3 | 1 |
| | ENFERMEIRA(O) | Admissão: | | 20/06/2018 |

| Código | Descrição | Referência | Vencimentos | Descontos |
|---|---|---|---|---|
| 1 | HORAS NORMAIS | 360,00 | 2.363,45 | |
| 250 | REFLEXO EXTRAS DSR | 0,00 | 68,80 | |
| 150 | HORAS EXTRAS | 9,00 | 275,18 | |
| 16 | INSALUBRIDADE 20% | 20,00 | 209,00 | |
| 20 | GRATIFICACOES | 1.000,00 | 1.000,00 | |
| 202 | REFEISUL | 2,00 | | 2,00 |
| 998 | I.N.S.S. | 10,40 | | 407,23 |
| 999 | IMPOSTO DE RENDA | 15,00 | | 171,58 |

| Total de Vencimentos | Total de Descontos |
|---|---|
| 3.916,43 | 580,81 |
| Valor Líquido ⇨ | 3.335,62 |

BANRISUL 41
conta corrente: 350453310-3 Agência: 0235 - 23

| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Cálc. FGTS | F.G.T.S do Mês | Base Cálc. IRRF | Faixa IRRF |
|---|---|---|---|---|---|
| 2.363,45 | 3.916,43 | 3.916,43 | 313,31 | 3.509,20 | 15,00 |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__
Data

Banrisul

COMPROVANTE DE RECOLHIMENTO / FGTS
**********
BANCO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL S.A.

| | |
|---|---|
| Conta Debitada | : 06.025232.0-4 |
| Nome | : SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO |
| Agência de Débito | : 0235 |
| Canal/Equip | : Office Banking/9998 |
| NSU de Pagamento | : 01097389725 |
| NSU de Autenticação | : 057844 |

Representação Numérica do Código de Barras
858300000793.763301792014.207647050889.841366100015

| | |
|---|---|
| Descrição Pagamento | : CAIXA FED FGTS GRF |
| CPF/CEI/CNPJ | : 88413661000190 |
| Código do Convênio | : 0179 |
| Data de Validade | : 07/12/2020 |
| Competência | : 11/2020 |
| Valor Total | : 7.976,33 |
| Pagamento Efetuado em | : 07/12/2020 |

Autenticação : 041023599980578440712202000000797633

Este Documento serve como Comprovante de Pagto.
Portanto, Deverá ser Guardado Junto a GUIA DO FGTS.
==========

034359434E5CD1016897585E9C1ED74C7978

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

Desta Guia o valor de R$ 2.943,30
pertence a CAPS

Banrisul

**Recibo de Pagamento**

Número: 01089378982/00000000179982/027672
Data: 19/11/2020
Hora: 10:30:39

| | |
|---|---|
| Canal: | Office Banking |
| Tipo Pagamento: | Títulos Banrisul / Outros Bancos |
| Cód. Barras: | 0419210109.00684273006.29958840034.1.84440000590000 |
| Emissor: | BANCO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL S.A. |
| Ag./Conta Débito: | 0235-06.025232.0-4-SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO |
| Valor: | R$ 5.900,00 |
| Data Débito: | 19/11/2020 |
| Data Vencimento: | 19/11/2020 |
| Pagador Final: | SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO |
| CPF/CNPJ Pagador Final: | 88.413.661/0001-90 |
| Pagador: | SANTA CASA DE CARIDADE DE JAG |
| CPF/CNPJ Pagador: | 88.413.661/0001-90 |
| Beneficiario Original: | BANRISUL CARTOES CDR PR |
| CPF/CNPJ Beneficiario Original: | 92.934.215/0001-06 |

Atenciosamente

Banco do Estado do Rio Grande do Sul S.A.

03D848921192B2F38B8FADA462CAA7B11046

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

Desta Guia o valor de R$ 1.600,00
[illegible] CAPS

LANÇADO

# Banrisul

## RECIBO DO PAGADOR

| Beneficiário: | Agência/Cód. Beneficiário | Nosso Número | Vencimento |
|---|---|---|---|
| BANRISUL CARTOES CDR PR - CNPJ: 92.934.215/0001-06<br>RUA CALDAS JUNIOR, 120 - CENTRO HISTORICO, PORTO ALEGRE - RS, 90018900 | 0100/06842736-8 | 0029958858 | 19/11/2020 |

Pagador

Multa:0,00%
Juros:0,00%

**SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARAO**
**CPF/CNPJ: 88413661000190**
**PC DR HERMES P AFFONSO SN**
**96300000 CENTRO - JAGUARÃO - RS**

Número do Cartão

Nº do Documento: **299588**

Demonstrativo das Transações

Esse boleto e referente a fatura: 589859
- Instruções para Agência/Código do Beneficiário 0100/06842743-0 (CLIENTE PÓS-PAGO):
APOS O VENCIMENTO, COBRAR JUROS 1% AO MES PRO RATA E COBRAR MULTA DE 2,00%.
PROTESTAR CASO IMPAGO 30 DIAS APOS VENCIMENTO
- Instruções para Agência/Código do Beneficiário 0100/06842736-8 (CLIENTE PRÉ-PAGO):
NÃO RECEBER APÓS O VENCIMENTO / SAC-0800 6461515 / OUVIDORIA - 0800 6442200

| Limite de Crédito | Disp. para compras em: | Valor mínimo a pagar: | Total desta Fatura |
|---|---|---|---|
| | | **0,00** | **5.900,00** |

Corte aqui

# Banrisul 041-8 | 04192.10109 00684.273006 29958.840034 1 84440000590000

Local de Pagamento

Até o vencimento, pagar preferencialmente nas agências do Banrisul.

Vencimento: 19/11/2020

Beneficiário/CNPJ/CPF

BANRISUL CARTOES CDR PR - CNPJ: 92.934.215/0001-06

Agência / Código do Beneficiário: 0100/06842736-8

| Data do Documento | Nº do Documento | Espécie Doc. | Aceite | Data do Processamento |
|---|---|---|---|---|
| 19/11/2020 | 299588 | DS | N | 19/11/2020 |

Nosso Número: 1/0029958858

| Uso do Banco | Carteira | Espécie | Quantidade | Valor |
|---|---|---|---|---|
| | 1 | R$ | | |

(=) Valor do Documento: **5.900,00**

Instruções (Todas as informações deste BOLETO são de exclusiva responsabilidade do beneficiário)

Esse boleto e referente a fatura: 589859
- Instruções para Agência/Código do Beneficiário 0100/06842743-0 (CLIENTE PÓS-PAGO):
APOS O VENCIMENTO, COBRAR JUROS 1% AO MES PRO RATA E COBRAR MULTA DE 2,00%.
PROTESTAR CASO IMPAGO 10 DIAS APOS VENCIMENTO
- Instruções para Agência/Código do Beneficiário 0100/06842743-0 (CLIENTE PÓS-PAGO):
APOS O VENCIMENTO, COBRAR JUROS 1% AO MES PRO RATA E COBRAR MULTA DE 2,00%.
PROTESTAR CASO IMPAGO 30 DIAS APOS VENCIMENTO

(-) Desconto / Abatimento
(-) Outras Deduções
(+) Mora / Multa
(+) Outros Acréscimos
(=) Valor Cobrado

Pagador

**SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARAO**
**CPF/CNPJ: 88413661000190**
**PC DR HERMES P AFFONSO SN**
**96300000, CENTRO - JAGUARÃO - RS**

Código de Baixa:

Autenticação Mecânica/FICHA DE COMPENSAÇÃO

Banrisul

## Recibo de Pagamento - Guia da Previdência Social (GPS)

Número: 01103183888/00000000703932/078243
Data: 18/12/2020
Hora: 11:27:18

Prezado Cliente: SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO

Efetuamos em 18/12/2020, o seguinte pagamento de Guia de Previdência Social, conforme Resolução N.484, 16/09/1997.

| | |
|---|---|
| Correntista.....: | SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO |
| Conta de débito.....: | 06.025232.0-4 |
| Agência.....: | 0235 |
| Nome ou Razão Social.....: | SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARAO |
| Código de Pagamento.....: | 2305 - FILANTROPICAS COM ISENCAO - CNPJ |
| Mês/Ano Competência.....: | 11/2020 |
| Identificador.....: | 88413661000190 |
| Valor(6) do INSS.....: | R$ 14.201,23 |
| Valor(9) Outras Entidades..: | R$ 0,00 |
| Valor(10) Juros/Multas.....: | R$ 0,00 |
| Valor(11) Total Arrecadado.: | R$ 14.201,23 |

Autenticação.....: 041023599981838881812202000000000142012 3

Atenciosamente

Banco do Estado do Rio Grande do Sul S.A.

03A73B71794377501203808ACD44B0038002

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

Guia o valor de R$ 3.357,24
CAPS

70

| | | | |
|---|---|---|---|
| PREVIDÊNCIA SOCIAL | MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS<br>INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS<br>SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP<br>**GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS** | 3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO | 2305 |
| | | 4 - COMPETÊNCIA | 11/2020 |
| | | 5 - IDENTIFICADOR | 88.413.661/0001-90 |
| 1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO<br>**CNPJ 88.413.661/0001-90**<br>SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARAO<br>PC DR HERMES PINTO AFFONSO SN<br><br>JAGUARAO RS<br>CEP 96300-000 | | 6 - VALOR DO INSS | 14.201,23 |
| | | 7 - | |
| | | 8 - | |
| 2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS) | 18/12/2020 | 9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES | 0,00 |
| **ATENÇÃO:** É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado. | | 10 - ATM/MULTA E JUROS | 0,00 |
| | | 11 - TOTAL | 14.201,23 |
| | | | AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA |

1ªVia-INSS -2ªVia CONTRIBUINTE


| | | | |
|---|---|---|---|
| PREVIDÊNCIA SOCIAL | MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS<br>INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS<br>SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP<br>**GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS** | 3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO | 2305 |
| | | 4 - COMPETÊNCIA | 11/2020 |
| | | 5 - IDENTIFICADOR | 88.413.661/0001-90 |
| 1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO<br>**CNPJ 88.413.661/0001-90**<br>SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARAO<br>PC DR HERMES PINTO AFFONSO SN<br><br>JAGUARAO RS<br>CEP 96300-000 | | 6 - VALOR DO INSS | 14.201,23 |
| | | 7 - | |
| | | 8 - | |
| 2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS) | 18/12/2020 | 9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES | 0,00 |
| **ATENÇÃO:** É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado. | | 10 - ATM/MULTA E JUROS | 0,00 |
| | | 11 - TOTAL | 14.201,23 |
| | | | AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA |

1ªVia-INSS -2ªVia CONTRIBUINTE

| | |
|---|---|
| Banco | : 041 - Banrisul |
| Canal/Equip | : Office Banking/9998 |
| Ag./Conta Débito | : 0235-06.025232.0-4 |
| Correntista | : SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO |
| Data/Hora Operação | : 18/12/2020 -10:56:46 |
| NSU | : 01103145225/00000000661619/078087 |
| Tipo Pagamento | : DARF Preto |

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE DARF

| | |
|---|---|
| Agente arrecadador | : CNC 041 BANCO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL S A |
| Data de Pagamento | : 18/12/2020 |
| Periodo de Apuração | : 30/11/2020 |
| Número do CPF ou CNPJ | : 88413661000190 |
| Código da Receita | : 0561 - IRRF - REND. DO TRABALHO ASSALARIADO |
| Número de Referência | : 00000000000000000 |
| Data do Vencimento | : 18/12/2020 |
| Valor do Principal | : 4.818,58 |
| Valor Total | : 4.818,58 |

Autenticação : 04102359998780871812202000000481858

Modelo aprovado pela SRF-ADE Conjunto Corat/Cotec nº 001, de 2006.

0373F4C2EA7E017B52106A6F123182499A51

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

Desta Guia o valor de R$ 235,05 refere-se a CAPS

Po fume, omari

1a. via

**MINISTÉRIO DA FAZENDA**
**SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL**
**Documento de Arrecadação de Receitas Federais**

# DARF

| | | |
|---|---|---|
| 02 | PERÍODO DE APURAÇÃO → | 30/11/2020 |
| 03 | NÚMERO DO CPF OU CNPJ → | 88.413.661/0001-90 |
| 04 | CÓDIGO DA RECEITA → | 0561 |
| 05 | NÚMERO DE REFERÊNCIA → | |
| 06 | DATA DE VENCIMENTO → | 18/12/2020 |
| 07 | VALOR DO PRINCIPAL → | 4.818,58 |
| 08 | VALOR DA MULTA → | 0,00 |
| 09 | VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69 → | 0,00 |
| 10 | VALOR TOTAL → | 4.818,58 |
| 11 | AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1a. e 2a. vias) | |

01 NOME / RAZÃO SOCIAL

SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARAO

Data limite para acolhimento: **18/12/2020**

Observações:

Sicalc Contribuinte - 8721 - RS

SENDA (Versão:4.9.6) 17/12/2020 16:29:31

---

2a. via


**MINISTÉRIO DA FAZENDA**
**SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL**
**Documento de Arrecadação de Receitas Federais**

# DARF

| | | |
|---|---|---|
| 02 | PERÍODO DE APURAÇÃO → | 30/11/2020 |
| 03 | NÚMERO DO CPF OU CNPJ → | 88.413.661/0001-90 |
| 04 | CÓDIGO DA RECEITA → | 0561 |
| 05 | NÚMERO DE REFERÊNCIA → | |
| 06 | DATA DE VENCIMENTO → | 18/12/2020 |
| 07 | VALOR DO PRINCIPAL → | 4.818,58 |
| 08 | VALOR DA MULTA → | 0,00 |
| 09 | VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69 → | 0,00 |
| 10 | VALOR TOTAL → | 4.818,58 |
| 11 | AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1a. e 2a. vias) | |

01 NOME / RAZÃO SOCIAL

SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARAO

Data limite para acolhimento: **18/12/2020**

Observações:

Sicalc Contribuinte - 8721 - RS

SENDA (Versão:4.9.6) 17/12/2020 16:29:31

| | |
|---|---|
| Banco | : 041 - Banrisul |
| Canal/Equip | : Office Banking/9998 |
| Ag./Conta Débito | : 0235-06.025232.0-4 |
| Correntista | : SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO |
| Data/Hora Operação | : 18/12/2020 -10:53:58 |
| NSU | : 01103141631/00000000657771/078073 |
| Tipo Pagamento | : DARF Preto |

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE DARF

| | |
|---|---|
| Agente arrecadador | : CNC 041 BANCO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL S A |
| Data de Pagamento | : 18/12/2020 |
| Periodo de Apuração | : 30/11/2020 |
| Número do CPF ou CNPJ | : 88413661000190 |
| Código da Receita | : 0588 - IRRF - REND. TRAB. S/VINC. EMPREGATICIO |
| Número de Referência | : 00000000000000000 |
| Data do Vencimento | : 18/12/2020 |
| Valor do Principal | : 8.561,31 |
| Valor Total | : 8.561,31 |

Autenticação : 04102359998780731812202000000856131

Modelo aprovado pela SRF-ADE Conjunto Corat/Cotec nº 001, de 2006.

035C2FA93BC600DDCA36C1A1524CE2940B61

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

Desta Guia o valor de R$ 3.157,23
referente a CA35

Pro médicos

1a. via

## MINISTÉRIO DA FAZENDA
**SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL**
**Documento de Arrecadação de Receitas Federais**

# DARF

| | | |
|---|---|---|
| 02 PERÍODO DE APURAÇÃO → | 30/11/2020 |
| 03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ → | 88.413.661/0001-90 |
| 04 CÓDIGO DA RECEITA → | 0588 |
| 05 NÚMERO DE REFERÊNCIA → | |
| 06 DATA DE VENCIMENTO → | 18/12/2020 |
| 07 VALOR DO PRINCIPAL → | 8.561,31 |
| 08 VALOR DA MULTA → | 0,00 |
| 09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69 → | 0,00 |
| 10 VALOR TOTAL → | 8.561,31 |

01 NOME / RAZÃO SOCIAL
SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARAO

Data limite para acolhimento: **18/12/2020**

Observações:

Sicalc Contribuinte - 8721 - RS

SENDA (Versão:4.9.6) 17/12/2020 16:23:12

11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1a. e 2a. vias)

---

2a. via


## MINISTÉRIO DA FAZENDA
**SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL**
**Documento de Arrecadação de Receitas Federais**

# DARF

| | | |
|---|---|---|
| 02 PERÍODO DE APURAÇÃO → | 30/11/2020 |
| 03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ → | 88.413.661/0001-90 |
| 04 CÓDIGO DA RECEITA → | 0588 |
| 05 NÚMERO DE REFERÊNCIA → | |
| 06 DATA DE VENCIMENTO → | 18/12/2020 |
| 07 VALOR DO PRINCIPAL → | 8.561,31 |
| 08 VALOR DA MULTA → | 0,00 |
| 09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69 → | 0,00 |
| 10 VALOR TOTAL → | 8.561,31 |

01 NOME / RAZÃO SOCIAL
SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARAO

Data limite para acolhimento: **18/12/2020**

Observações:

Sicalc Contribuinte - 8721 - RS

SENDA (Versão:4.9.6) 17/12/2020 16:23:12

11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1a. e 2a. vias)

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARÃO

PRESTAÇÃO DE CONTAS

ANEXO I

IDENTIFICAÇÃO:

1- NOME DA ENTIDADE: SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARÃO

2- CNPJ: 88.413661/0001-90

3- ENDEREÇO: PR.Ç. DR. HERMES PINTOS AFFONSO S/N

4- NOME DO RESPONSÁVEL: GILCELLI SOARES MACHADO

5- CPF: 812.258.730-53

6- ASSINATURA DO RESPONSÁVEL:

7- VALOR DA SUBVENÇÃO RECEBIDA: R$ 57.000,00
( CINQUENTA E SETE MIL REAIS )

8- DATA DO RECEBIMENTO DA SUBVENÇÃO: 04/12/2020

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARÃO

PRESTAÇÃO DE CONTAS

Juliana da S. Figueiredo
Contadora CRC SP 269868/O-2 RS
CPF 350.268.028-20

PLANO OPERATIVO - NOVEMBRO/2020

ANEXO II

| 1- RECEITA | | 2- DESPESA | |
|---|---|---|---|
| 1.1 DISCRIMINAÇÃO | 1.2 VALOR R$ | 2.1 DISCRIMINAÇÃO | 2.2 VALOR R$ |
| PROG. SAUDE MATERNO INFANTIL OBSTETRAS | 57.000,00 | PROGRAMA SAUDE MATERNO INFANTIL OBSTETRAS | 49.756,97 |
| TRANSPORTADO | 38.491,97 | IRRF | 5.841,78 |
| | | A TRANSPORTAR | 40.343,22 |
| | | | |
| TOTAL | 95.491,97 | | 95.941,97 |

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARÃO

PRESTAÇÃO DE CONTAS

ANEXO III

| 1.4 | 1.5 | 1.6 | 1.7 |
|---|---|---|---|
| DOCUMENTO | DATA | FAVORECIDO | VALOR R$ |
| NF 47 | 09/12/20 | FROMETA E BALGA LTDA | 2.600,00 |
| NF403 | 09/12/20 | CLIN. MÉD. EUNICE C. PIRES | 23.637,50 |
| FOLHA DE PAGTº | 04/12/20 | NEREU J. E. ARAUJO | 16.562,37 |
| NF 11 | 09/12/20 | IVANA LEAL | 3.542,30 |
| NF 09 | 09/12/20 | RAFAEL UBIRAJARA | 3.414,80 |
| TOTAL | | | 49.756,97 |

| 1.4 | 1.5 | 1.6 | 1.7 |
|---|---|---|---|
| DOCUMENTO | DATA | FAVORECIDO | VALOR R$ |
| COMP.PGTO | 20/12/20 | IRRF 0588 | 5.841,78 |
| | | | |
| TOTAL | | | 5.841,78 |

Banrisul

**Recibo de Transferência**

Número: 01098810352/00000000128164/063389
Data: 09/12/2020
Hora: 15:04:35

| | |
|---|---|
| Canal: | Office Banking |
| Data Débito: | 09/12/2020 |
| Valor: | R$ 2.600,00 |
| Tipo: | Transferência de valor entre contas Banrisul |
| Conta do Remetente: | 0235-06.025232.0-4 |
| Nome do Remetente: | SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO |
| Conta do Destinatário: | 0235-06.049161.0-6 |
| Nome do Destinatário: | FROMETA E BALGA LTDA |
| Finalidade: | PGTO OBSTETRICIA NOV 20 |

Atenciosamente

Banco do Estado do Rio Grande do Sul S.A.

03840ACC4438C12E85AAFBAA2502F525A795

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

LANÇADO

# DANFSE - Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Serviço Eletrônica

**FROMETA E BALGA LTDA.**
RUA DR. JOAO AZEVEDO, 767
CEP: 96300-000 - Bairro: CENTRO
Município: Jaguarão - RS
E-mail: dr.frometa2@gmail.com
Fone: (59) 89587-2061

| CNPJ / CPF | Inscrição Estadual | Inscrição Municipal |
|---|---|---|
| 36.584.435/0001-78 | **** | 362889 |

Número da NFS-e
**202000000000047**

| Data do Serviço | Código Verificador |
|---|---|
| **08/12/2020** | **c0460f077** |

## PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARÃO/RS
**Secretaria Municipal da Fazenda**
Fone: (53) 3261-1999 - sistemas.jaguarao.rs.gov.br/NFSe.Portal

| Dt. de Emissão | Exigibilidade ISS | Tributado no Município |
|---|---|---|
| 08/12/2020 | Exigível | Jaguarão/RS |

### TOMADOR DO SERVIÇO

Nome / Razão Social: SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARAO
Endereço: RUA DR. HERMES P. AFFONSO,0

| Cidade | UF | Fone | CEP |
|---|---|---|---|
| Jaguarão | RS | (53) 3261-1088 | 96300-000 |

Bairro: CENTRO

| CNPJ / CPF | Inscrição Municipal | Inscrição Estadual |
|---|---|---|
| 88.413.661/0001-90 | 3072 | |

E-mail: santacasajaguarao_financeiro@hotmail.com

### Município de Prestação do Serviço
Jaguarão/RS

### INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO

| Nome / Razão Social | CNPJ / CPF | Inscrição Municipal |
|---|---|---|
| ***** | ***** | ***** |

| E-mail | Fone | Cidade |
|---|---|---|
| | | ***** |

| DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS | VALOR TOTAL | ALIQ. | VALOR IMPOSTO | RETIDO |
|---|---|---|---|---|
| PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS PLANO OPERATIVO COMP.1.2020-OBSTETRICIA | 2.600,00 | 3,00 | 78,00 | Não |

Código do Serviço: 04.01 - Medicina e biomedicina.
Código NBS: *********

| CIDE | COFINS | COFINS Importação | ICMS | IOF | IPI | PIS/PASEP | PIS/PASEP Importação |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

| Base Cálculo ISSQN Próprio | Valor do ISSQN Próprio | Base Cálculo ISSQN Retido | Valor do ISSQN Retido | Valor Total do ISSQN | Valor Dedução/Descontos |
|---|---|---|---|---|---|
| 2.600,00 | 78,00 | 0,00 | 0,00 | 78,00 | 0,00 |

**Valor Total da NFS-e**: 2.600,00 — **Valor Líquido da NFS-e**: 2.600,00

Informações Adicionais
Lei 12741/2012: Mun: R$54,34; Est: R$0,00; Fed: R$349,70; Total Aprox: R$404,04. Fonte: IBPT.

Consulta realizada em 08/12/2020 às 11:21:05.
**Para consultar a autenticidade acesse: sistemas.jaguarao.rs.gov.br/NFSe.Portal**

202000000000047c0460f077365844350001 78

| Recebi(emos) de | 202000000000047 Número da NFS-e | Número de Controle do Município |
|---|---|---|
| FROMETA E BALGA LTDA. | Competência 08/12/2020 | |
| os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado. | NFS-e c0460f077 | |
| / / | | |

Consulta realizada em 08/12/2020 às 11:21:05.
**Para consultar a autenticidade acesse: sistemas.jaguarao.rs.gov.br/NFSe.Portal**

Banrisul

**Recibo de Transferência**

Número: 01098797488/00000000118581/063341
Data: 09/12/2020
Hora: 14:52:43

| | |
|---|---|
| Canal: | Office Banking |
| Data Débito: | 09/12/2020 |
| Valor: | R$ 23.637,50 |
| Tipo: | Transferência de valor entre contas Banrisul |
| Conta do Remetente: | 0235-06.025232.0-4 |
| Nome do Remetente: | SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO |
| Conta do Destinatário: | 0235-06.037409.0-6 |
| Nome do Destinatário: | CLINICA MEDICA EUNICE C PIRES LTDA |
| Finalidade: | PGTO OBSTETRICIA NOV 20 |

Atenciosamente

*Banco do Estado do Rio Grande do Sul S.A.*

03F774FA9EF695D07B1DC957F2D418274D43

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

LANÇADO

# DANFSE - Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Serviço Eletrônica

**CLINICA MEDICA EUNICE C. PIRES LTDA - ME**
RUA MARECHAL DEODORO, 459
CEP: 96300-000 - Bairro: CENTRO
Município: Jaguarão - RS
E-mail: eupires29@gmail.com
Fone: (53) 3261-4354

| CNPJ / CPF | Inscrição Estadual | Inscrição Municipal |
|---|---|---|
| 08.643.720/0001-87 | **** | 359723 |

| Número da NFS-e | |
|---|---|
| 202000000000403 | |
| Data do Serviço | Código Verificador |
| 08/12/2020 | f966cfb40 |

## PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARÃO/RS

**Secretaria Municipal da Fazenda**
Fone: (53) 3261-1999 - sistemas.jaguarao.rs.gov.br/NFSe.Portal

| Dt. de Emissão | Exigibilidade ISS | Tributado no Município |
|---|---|---|
| 08/12/2020 | Exigível | Jaguarão/RS |

### TOMADOR DO SERVIÇO

Nome / Razão Social: SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARAO
Endereço: RUA DR. HERMES P. AFFONSO,0
Cidade: Jaguarão | UF: RS | Fone: (53) 3261-1088 | CEP: 96300-000
Bairro: CENTRO
CNPJ / CPF: 88.413.661/0001-90 | Inscrição Municipal: 3072 | Inscrição Estadual:
E-mail: santacasajaguarao_financeiro@hotmail.com

### Município de Prestação do Serviço

Jaguarão/RS

### INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO

Nome / Razão Social: ***** | CNPJ / CPF: ***** | Inscrição Municipal: *****
E-mail: | Fone: | Cidade: *****

| DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS | VALOR TOTAL | ALIQ. | VALOR IMPOSTO | RETIDO |
|---|---|---|---|---|
| Serviços prestados à Obstetrícia em 11/20 | 23.637,50 | 3,00 | 709,12 | Não |

Código do Serviço
04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.

Código NBS
*********

| CIDE | COFINS | COFINS Importação | ICMS | IOF | IPI | PIS/PASEP | PIS/PASEP Importação |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

| Base Cálculo ISSQN Próprio | Valor do ISSQN Próprio | Base Cálculo ISSQN Retido | Valor do ISSQN Retido | Valor Total do ISSQN | Valor Dedução/Descontos |
|---|---|---|---|---|---|
| 23.637,50 | 709,12 | 0,00 | 0,00 | 709,12 | 0,00 |

**Valor Total da NFS-e:** 23.637,50 | **Valor Líquido da NFS-e:** 23.637,50

Informações Adicionais

Lei 12741/2012: Mun: R$494,02; Est: R$0,00; Fed: R$3179,24; Total Aprox: R$3673,26. Fonte: IBPT.

Consulta realizada em 08/12/2020 às 11:31:19.

**Para consultar a autenticidade acesse: sistemas.jaguarao.rs.gov.br/NFSe.Portal**

2020000000000403f966cfb4008643720000187

---

Recebi(emos) de

CLINICA MEDICA EUNICE C. PIRES LTDA - ME

os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado.

/ /

202000000000403
Número da NFS-e

Competência
08/12/2020

NFS-e
f966cfb40

Número de Controle do Município

Consulta realizada em 08/12/2020 às 11:31:19.

**Para consultar a autenticidade acesse: sistemas.jaguarao.rs.gov.br/NFSe.Portal**

Banrisul

**Recibo de Transferência**

Número: 01098874457/00000000175552/063558
Data: 09/12/2020
Hora: 16:06:08

| | |
|---|---|
| Canal: | Office Banking |
| Data Débito: | 09/12/2020 |
| Valor: | 3.542,30 |
| Tipo Transferência: | TED E |
| Conta do Remetente: | 0235-06.025232.0-4 |
| Correntista Débito: | 88.413.661/0001-90 - SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO |
| Banco ou IF do Destinatário: | 001 - BANCO DO BRASIL S.A. |
| Agência do Destinatário: | 3866-0 |
| Conta do Destinatário: | 31445-5 |
| Correntista de Crédito: | 026.785.820-51 - IVANA LEAL DA SILVA |
| Finalidade: | 00005 - PAGAMENTO DE FORNECEDORES |
| Identificador: | PGTO OBSTETRICIA NOV 20 |

Atenciosamente

Banco do Estado do Rio Grande do Sul S.A.

03EA9298DBA26D448C2707F80677C8A69C25

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

LANÇADO

# RECIBO DE PAGAMENTO A AUTÔNOMO - RPA

| Nº Recibo |
|---|
| 11 |

| Nome ou Razão Social da Empresa | CNPJ da Empresa |
|---|---|
| SANTA CASA DE CARIDADE D JAGUARÃO | 88.413.661/0001-90 |

Recebi da Empresa acima identificada, pela prestação dos serviços de OBSTETRICIA a importância de R$ 3.542,30 (três mil quinhentos e quarenta e dois reais e trinta centavos), conforme discriminativo abaixo:

| Número de Inscrição | |
|---|---|
| No INSS: | No CPF: 026.785.820-51 |

| Identidade | |
|---|---|
| Número: | |
| Órgão Emissor: SSP | UF: |

| Endereço | |
|---|---|
| | |

| Localidade | Data |
|---|---|
| | 08/12/2020 |

| Nome completo |
|---|
| Ivana Leal da Silva |

| ESPECIFICAÇÃO: | |
|---|---|
| 1.Valor Serviço Prestado | 3.750,00 |
| 2.Outros Proventos | 0,00 |
| Total | 3.750,00 |
| **DESCONTOS:** | |
| 3.Outros Descontos | 0,00 |
| 4.ISS | 0,00 |
| 5.IRRF | 207,70 |
| 6.Dedução INSS | 0,00 |
| 7.INSS Frete | 0,00 |
| 8.Pensão Alimentícia | 0,00 |
| Total | 207,70 |
| VALOR LÍQUIDO | 3.542,30 |

| Assinatura |
|---|
| |

Esta remuneração será incluída na GFIP e os valores retidos a título de contribuição previdenciária serão recolhidos em conformidade com a legislação vigente.

Banrisul

**Recibo de Transferência**

Número: 01098866010/000000000169131/063542
Data: 09/12/2020
Hora: 15:57:23

| | |
|---|---|
| Canal: | Office Banking |
| Data Débito: | 09/12/2020 |
| Valor: | R$ 3.414,80 |
| Tipo: | Transferência de valor entre contas Banrisul |
| Conta do Remetente: | 0235-06.025232.0-4 |
| Nome do Remetente: | SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO |
| Conta do Destinatário: | 0320-08.084829.0-5 |
| Nome do Destinatário: | RAFAEL UBIRAJARA VILELA |
| Finalidade: | PGTO OBSTETRICIA NOV 20 |

Atenciosamente

Banco do Estado do Rio Grande do Sul S.A.

03892C721A220AFE16B170B9398877538B67

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

LANÇADO

## RECIBO DE PAGAMENTO A AUTÔNOMO - RPA

| Nº Recibo |
|---|
| 09 |

| Nome ou Razão Social da Empresa | CNPJ da Empresa |
|---|---|
| SANTA CASA DE CARIDADE D JAGUARÃO | 88.413.661/0001-90 |

Recebi da Empresa acima identificada, pela prestação dos serviços de SERVIÇOS PRESTADOS OBSTETRICIA a importância de R$ 3.414,80 (três mil quatrocentos e quatorze reais e oitenta centavos), conforme discriminativo abaixo:

| Número de Inscrição | |
|---|---|
| No INSS: | No CPF: 574.789.459-53 |

| Identidade | | |
|---|---|---|
| Número: | | |
| Órgão Emissor: | SSP | UF: |

| Endereço |
|---|
| |

| Localidade | Data |
|---|---|
| | 04/12/2020 |

| Nome completo |
|---|
| RAFAEL UBIRAJARA VILELA |

| ESPECIFICAÇÃO: | |
|---|---|
| 1.Valor Serviço Prestado | 3.600,00 |
| 2.Outros Proventos | 0,00 |
| Total | 3.600,00 |
| **DESCONTOS:** | |
| 3.Outros Descontos | 0,00 |
| 4.ISS | 0,00 |
| 5.IRRF | 185,20 |
| 6.Dedução INSS | 0,00 |
| 7.INSS Frete | 0,00 |
| 8.Pensão Alimentícia | 0,00 |
| Total | 185,20 |
| VALOR LÍQUIDO | 3.414,80 |

| Assinatura |
|---|
| |

Esta remuneração será incluída na GFIP e os valores retidos a título de contribuição previdenciária serão recolhidos em conformidade com a legislação vigente.

Banrisul

**Recibo de Transferência**

Número: 01096076043/00000000636817/053106
Data: 04/12/2020
Hora: 14:21:31

| | |
|---|---|
| Canal: | Office Banking |
| Data Débito: | 04/12/2020 |
| Valor: | R$ 16.562,37 |
| Tipo: | Transferência de valor entre contas Banrisul |
| Conta do Remetente: | 0235-06.025232.0-4 |
| Nome do Remetente: | SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO |
| Conta do Destinatário: | 0235-35.012818.0-4 |
| Nome do Destinatário: | NEREU JOAQUIM EUGENIO ARAUJO |
| Finalidade: | PGTO OBSTETRICIA NOVEMBRO 20 |

Atenciosamente

Banco do Estado do Rio Grande do Sul S.A.

03D83FF38063C3E7314F062A893BBD44FB96

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

SANTA CASA DE CARIDADE D JAGUARÃO
CNPJ: 88.413.661/0001-90

CC: PRONTO SOCORRO
Mensalista

Folha Mensal
Novembro de 2020

| Código | Nome do Funcionário | CBO | Departamento | Filial |
|---|---|---|---|---|
| 5 | NEREU JOAQUIM EUGENIO ARAUJO | 225125 | 16 | 1 |
| | MEDICO | Admissão: | 01/03/2006 | |

| Código | Descrição | Referência | Vencimentos | Descontos |
|---|---|---|---|---|
| 212 | PGTO OBSTETRA SALA DE PARTO | 22.404,15 | 22.404,15 | |
| 213 | PROGRAMA PREV. COLO DO ÚTERO | 2.000,00 | 2.000,00 | |
| 857 | IRRF AUTONOMO | 27,50 | | 5.841,78 |

Matrícula INSS:

BANRISUL 41
conta corrente: 35012818-04 Agência: 0235 - 23

| Total de Vencimentos | Total de Descontos |
|---|---|
| 24.404,15 | 5.841,78 |
| Valor Líquido ⇨ | 18.562,37 |

| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Cálc. FGTS | F.G.T.S do Mês | Base Cálc. IRRF | Faixa IRRF |
|---|---|---|---|---|---|
| 0,00 | 6.101,06 | 0,00 | 0,00 | 24.404,15 | 27,50 |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Banco : 041 - Banrisul
Canal/Equip : Office Banking/9998
Ag./Conta Débito : 0235-06.025232.0-4
Correntista : SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO
Data/Hora Operação : 18/12/2020 -10:53:58
NSU : 01103141631/00000000657771/078073
Tipo Pagamento : DARF Preto

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE DARF

Agente arrecadador : CNC 041 BANCO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL S A

Data de Pagamento : 18/12/2020
Periodo de Apuração : 30/11/2020
Número do CPF ou CNPJ : 88413661000190
Código da Receita : 0588 - IRRF - REND. TRAB. S/VINC. EMPREGATICIO
Número de Referência : 00000000000000000
Data do Vencimento : 18/12/2020
Valor do Principal : 8.561,31
Valor Total : 8.561,31

Autenticação : 04102359998780731812202000000856131

Modelo aprovado pela SRF-ADE Conjunto Corat/Cotec nº 001, de 2006.

035C2FA93BC600DDCA36C1A1524CE2940B61

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

Desta guia o valor de R$ 5.841,78 refere-se a obstetricia

Pro médicos

1a. via

**MINISTÉRIO DA FAZENDA**
**SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL**
**Documento de Arrecadação de Receitas Federais**

# DARF

| | | |
|---|---|---|
| 02 PERÍODO DE APURAÇÃO → | 30/11/2020 |
| 03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ → | 88.413.661/0001-90 |
| 04 CÓDIGO DA RECEITA → | 0588 |
| 05 NÚMERO DE REFERÊNCIA → | |
| 06 DATA DE VENCIMENTO → | 18/12/2020 |
| 07 VALOR DO PRINCIPAL → | 8.561,31 |
| 08 VALOR DA MULTA → | 0,00 |
| 09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69 → | 0,00 |
| 10 VALOR TOTAL → | 8.561,31 |

01 NOME / RAZÃO SOCIAL
SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARAO

Data limite para acolhimento: **18/12/2020**

Observações:

Sicalc Contribuinte - 8721 - RS

SENDA (Versão:4.9.6) 17/12/2020 16:23:12

11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1a. e 2a. vias)

---

2a. via


**MINISTÉRIO DA FAZENDA**
**SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL**
**Documento de Arrecadação de Receitas Federais**

# DARF

| | | |
|---|---|---|
| 02 PERÍODO DE APURAÇÃO → | 30/11/2020 |
| 03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ → | 88.413.661/0001-90 |
| 04 CÓDIGO DA RECEITA → | 0588 |
| 05 NÚMERO DE REFERÊNCIA → | |
| 06 DATA DE VENCIMENTO → | 18/12/2020 |
| 07 VALOR DO PRINCIPAL → | 8.561,31 |
| 08 VALOR DA MULTA → | 0,00 |
| 09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69 → | 0,00 |
| 10 VALOR TOTAL → | 8.561,31 |

01 NOME / RAZÃO SOCIAL
SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARAO

Data limite para acolhimento: **18/12/2020**

Observações:

Sicalc Contribuinte - 8721 - RS

SENDA (Versão:4.9.6) 17/12/2020 16:23:12

11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1a. e 2a. vias)

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARÃO

PRESTAÇÃO DE CONTAS

ANEXO I

IDENTIFICAÇÃO:

1- NOME DA ENTIDADE: SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARÃO

2- CNPJ: 88.413661/0001-90

3- ENDEREÇO: PR.Ç. DR. HERMES PINTOS AFFONSO S/N

4- NOME DO RESPONSÁVEL: GILCELLI SOARES MACHADO

5- CPF: 812.258.730-53

6- ASSINATURA DO RESPONSÁVEL:

7- VALOR DA SUBVENÇÃO RECEBIDA: R$ 60.000,00
(SESSENTA MIL REAIS)

8- DATA DO RECEBIMENTO DA SUBVENÇÃO: 04/12/2020

Juliana da S. Figueiredo
Contadora CRC SP 26[illegible] 2 RS
CPF 350.263.[illegible]

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARÃO

PRESTAÇÃO DE CONTAS

PLANO OPERATIVO - NOVEMBRO /2020

ANEXO II

| 1- RECEITA | | 2- DESPESA | |
|---|---|---|---|
| 1.1 DISCRIMINAÇÃO | 1.2 VALOR R$ | 2.1 DISCRIMINAÇÃO | 2.2 VALOR R$ |
| PROGRAMA SERVIÇO EM ANESTESIA | 60.000,00 | PROGRAMA EM SERVIÇO DE ANESTESIA | 60.000,00 |
| A PORTE STA CASA | 319,18 | IRRF | 319,18 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| TOTAL | **60.319,18** | | **60.319,18** |

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARÃO

PRESTAÇÃO DE CONTAS

ANEXO III

| 1.4 | 1.5 | 1.6 | 1.7 |
|---|---|---|---|
| DOCUMENTO | DATA | FAVORECIDO | VALOR R$ |
| NF 08 | 09/12/20 | INDIRA QUESEDA | 17.000,00 |
| NF 119 | 09/12/20 | CRISTINA CARDOSO | 17.000,00 |
| NF 239 | 09/12/20 | JEFERSON DEVENS | 6.000,00 |
| NF 07 | 09/12/20 | BIBIANA FERNANDES | 20.000,00 |
| | | | |
| TOTAL | | | **60.000,00** |
| | | | |
| DOCUMENTO | DATA | FAVORECIDO | VALOR |
| COM.PAG | 07/01/21 | IRRF | 393,18 |
| | | | |
| TOTAL | | | **393,18** |

Banrisul

**Recibo de Transferência**

Número: 01098723066/00000000064220/063078
Data: 09/12/2020
Hora: 13:44:18

| | |
|---|---|
| Canal: | Office Banking |
| Data Débito: | 09/12/2020 |
| Valor: | R$ 17.000,00 |
| Tipo: | Transferência de valor entre contas Banrisul |
| Conta do Remetente: | 0235-06.025232.0-4 |
| Nome do Remetente: | SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO |
| Conta do Destinatário: | 0235-35.044127.0-5 |
| Nome do Destinatário: | INDIRA ELIZABETH BARBERENA QUESEDA |
| Finalidade: | PGTO ANESTESIA NOV 20 |

Atenciosamente

Banco do Estado do Rio Grande do Sul S.A.

035152D8912D0B082DFCACC1051C7C851A80

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

LANÇADO

# DANFSE - Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Serviço Eletrônica

**INDIRA ELIZABETH BARBERENA QUESADA - ME**
RUA ODILO MARQUES GONCALVES, 2200
CEP: 96300-000 - Bairro: CENTRO
Município: Jaguarão - RS
E-mail: indiraqb2015@gmail.com
Fone: (59) 8842-3521

| CNPJ / CPF | Inscrição Estadual | Inscrição Municipal |
|---|---|---|
| 37.001.552/0001-24 | **** | 362940 |

| Número da NFS-e | |
|---|---|
| 202000000000008 | |
| Data do Serviço | Código Verificador |
| 08/12/2020 | d70dc0f4e |

## PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARÃO/RS

**Secretaria Municipal da Fazenda**
Fone: (53) 3261-1999 - sistemas.jaguarao.rs.gov.br/NFSe.Portal

| Dt. de Emissão | Exigibilidade ISS | Tributado no Município |
|---|---|---|
| 08/12/2020 | Exigível | Jaguarão/RS |

### TOMADOR DO SERVIÇO

Nome / Razão Social: SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARAO
Endereço: RUA DR. HERMES P. AFFONSO,0
Cidade: Jaguarão | UF: RS | Fone: (53) 3261-1088 | CEP: 96300-000
Bairro: CENTRO
CNPJ / CPF: 88.413.661/0001-90 | Inscrição Municipal: 3072 | Inscrição Estadual:
E-mail: santacasajaguarao_financeiro@hotmail.com

### Município de Prestação do Serviço

Jaguarão/RS

### INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO

Nome / Razão Social: ***** | CNPJ / CPF: ***** | Inscrição Municipal: *****
E-mail: | Fone: | Cidade: *****

| DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS | VALOR TOTAL | ALIQ. | VALOR IMPOSTO | RETIDO |
|---|---|---|---|---|
| PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS PLANO OPERATIVO COMP.11.2020 -ANESTESIA | 17.000,00 | 3,00 | 510,00 | Não |

Código do Serviço: 04.01 - Medicina e biomedicina.
Código NBS: *********

| CIDE | COFINS | COFINS Importação | ICMS | IOF | IPI | PIS/PASEP | PIS/PASEP Importação |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

| Base Cálculo ISSQN Próprio | Valor do ISSQN Próprio | Base Cálculo ISSQN Retido | Valor do ISSQN Retido | Valor Total do ISSQN | Valor Dedução/Descontos |
|---|---|---|---|---|---|
| 17.000,00 | 510,00 | 0,00 | 0,00 | 510,00 | 0,00 |

**Valor Total da NFS-e:** 17.000,00 | **Valor Líquido da NFS-e:** 17.000,00

Informações Adicionais

Lei 12741/2012: Mun: R$355,30; Est: R$0,00; Fed: R$2286,50; Total Aprox: R$2641,80. Fonte: IBPT.

Consulta realizada em 08/12/2020 às 11:03:07.
**Para consultar a autenticidade acesse: sistemas.jaguarao.rs.gov.br/NFSe.Portal**

202000000000008d70dc0f4e37001552000124

---

| Recebi(emos) de | | |
|---|---|---|
| INDIRA ELIZABETH BARBERENA QUESADA - ME | 202000000000008<br>Número da NFS-e | Número de Controle do Município |
| os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado. | Competência<br>08/12/2020 | |
| / / | NFS-e<br>d70dc0f4e | |

Consulta realizada em 08/12/2020 às 11:03:07.
**Para consultar a autenticidade acesse: sistemas.jaguarao.rs.gov.br/NFSe.Portal**

Banrisul

**Recibo de Transferência**

Número: 01098731874/00000000070829/063097
Data: 09/12/2020
Hora: 13:53:11

| | |
|---|---|
| Canal: | Office Banking |
| Data Débito: | 09/12/2020 |
| Valor: | 6.000,00 |
| Tipo Transferência: | TED E |
| Conta do Remetente: | 0235-06.025232.0-4 |
| Correntista Débito: | 88.413.661/0001-90 - SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO |
| Banco ou IF do Destinatário: | 104 - CAIXA ECON. FEDERAL |
| Agência do Destinatário: | 0604 |
| Conta do Destinatário: | 00001210-4 |
| Correntista de Crédito: | 32.195.797/0001-16 - DEVENS,KRETSCHMER SERVIC |
| Finalidade: | 00005 - PAGAMENTO DE FORNECEDORES |
| Identificador: | PGTO ANESTESIA NOV 20 |

Atenciosamente

Banco do Estado do Rio Grande do Sul S.A.

031775780AE6ED7B93770CF2CD52CCAC2843

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

LANÇADO

# DANFSE - Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Serviço Eletrônica

**DEVENS, KRETSCHMER SERVICOS EM SAUDE LTDA**
RUA CEL CORIOLANO DE CASTRO, 920
CEP: 96570-000 - Bairro: CENTRO
Município: CAÇAPAVA DO SUL - RS
E-mail: SULCON@FARRAPO.COM.BR
Fone: (55) 3281-1888

| CNPJ / CPF | Inscrição Estadual | Inscrição Municipal |
|---|---|---|
| 32.195.797/0001-16 | **** | 6514 |

| Número da NFS-e | |
|---|---|
| 202000000000239 | |
| Data do Serviço | Código Verificador |
| 07/12/2020 | cd788d6dc |

**MUNICÍPIO DE CAÇAPAVA DO SUL/RS**
**Secretaria Municipal da Fazenda**
Fone: (55) 3281-1351 - 200.237.90.22:8082/NFSe.Portal

| Dt. de Emissão | Exigibilidade ISS | Tributado no Município |
|---|---|---|
| 07/12/2020 | Exigível | CAÇAPAVA DO SUL/RS |

**TOMADOR DO SERVIÇO**

Nome / Razão Social: SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARÃO
Endereço: DR HERMES P. AFONSO,0
Cidade: JAGUARÃO | UF: RS | Fone: (53) 3261-1088 | CEP: 96300-000
Bairro: CENTRO
CNPJ / CPF: 88.413.661/0001-90 | Inscrição Municipal: 3072 | Inscrição Estadual:
E-mail: santacasajaguarao_financeiro@hotmail.com

**Município de Prestação do Serviço**

CAÇAPAVA DO SUL/RS

**INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO**

Nome / Razão Social: ***** | CNPJ / CPF: ***** | Inscrição Municipal: *****
E-mail: | Fone: | Cidade: *****

| DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS | VALOR TOTAL | ALIQ. | VALOR IMPOSTO | RETIDO |
|---|---|---|---|---|
| Serviços prestados a anestesia nov/2020. | 6.393,18 | 3,50 | 223,76 | Não |

Código do Serviço: 04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.
Código NBS: *********

| CIDE | COFINS | COFINS Importação | ICMS | IOF | IPI | PIS/PASEP | PIS/PASEP Importação |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0,00 | 191,80 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 41,55 | 0,00 |

| Base Cálculo ISSQN Próprio | Valor do ISSQN Próprio | Base Cálculo ISSQN Retido | Valor do ISSQN Retido | Valor Total do ISSQN | Valor Dedução/Descontos |
|---|---|---|---|---|---|
| 6.393,18 | 223,76 | 0,00 | 0,00 | 223,76 | 0,00 |

| Valor Total da NFS-e | 6.393,18 | Valor Líquido da NFS-e | 6.000,00 |
|---|---|---|---|

Informações Adicionais

Lei 12741/2012: Mun: R$133,62; Est: R$0,00; Fed: R$859,88; Total Aprox: R$993,50. Fonte: IBPT.
IR Retido: R$95,90
Retenções: COFINS R$ 191,80;PIS R$ 41,55;CSLL R$ 63,93;

Consulta realizada em 07/12/2020 às 14:57:11.
**Para consultar a autenticidade acesse: 200.237.90.22:8082/NFSe.Portal**

202000000000239cd788d6dc32195797000116

---

| Recebi(emos) de | 202000000000239 Número da NFS-e | Número de Controle do Município |
|---|---|---|
| DEVENS, KRETSCHMER SERVICOS EM SAUDE LTDA | Competência 07/12/2020 | |
| os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado. | NFS-e cd788d6dc | |
| / / | | |

Consulta realizada em 07/12/2020 às 14:57:11.
**Para consultar a autenticidade acesse: 200.237.90.22:8082/NFSe.Portal**

| | |
|---|---|
| Banco | : 041 - Banrisul |
| Canal/Equip | : Office Banking/9998 |
| Ag./Conta Débito | : 0235-06.025232.0-4 |
| Correntista | : SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO |
| Data/Hora Operação | : 07/01/2021 -16:28:48 |
| NSU | : 01111754154/00000000239009/109929 |
| Tipo Pagamento | : DARF Preto |

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE DARF

| | |
|---|---|
| Agente arrecadador | : CNC 041 BANCO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL S A |
| Data de Pagamento | : 07/01/2021 |
| Periodo de Apuração | : 31/12/2020 |
| Número do CPF ou CNPJ | : 88413661000190 |
| Código da Receita | : 1708 - IRRF - REMUNER. SERV. PRESTADOS POR PJ |
| Número de Referência | : 00000000000000000 |
| Data do Vencimento | : 20/01/2020 |
| Valor do Principal | : 95,90 |
| Valor Total | : 95,90 |

Autenticação : 041023599980992907012021000000009590

Modelo aprovado pela SRF-ADE Conjunto Corat/Cotec nº 001, de 2006.

034F566C5284405D081FCB38636F9F7BE498

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

Desta Guia o valor de R$_____
refere-se à_____

1a. via

**MINISTÉRIO DA FAZENDA**
**SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL**
**Documento de Arrecadação de Receitas Federais**

# DARF

| | | |
|---|---|---|
| 02 PERÍODO DE APURAÇÃO | → | 31/12/2020 |
| 03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ | → | 88.413.661/0001-90 |
| 04 CÓDIGO DA RECEITA | → | 1708 |
| 05 NÚMERO DE REFERÊNCIA | → | |
| 06 DATA DE VENCIMENTO | → | 20/01/2021 |
| 07 VALOR DO PRINCIPAL | → | 95,90 |
| 08 VALOR DA MULTA | → | 0,00 |
| 09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69 | → | 0,00 |
| 10 VALOR TOTAL | → | 95,90 |

01 NOME / RAZÃO SOCIAL

SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARAO

Data limite para acolhimento: **20/01/2021**

Observações:

DEVENS,KRETSCHMER SERVIÇOS EM SAUDE LTDA - NF 239

Sicalc Contribuinte - 8721 - RS

SENDA (Versão:4.9.7) 07/01/2021 16:16:00

11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1a. e 2a. vias)

---

2a. via

**MINISTÉRIO DA FAZENDA**
**SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL**
**Documento de Arrecadação de Receitas Federais**

# DARF

| | | |
|---|---|---|
| 02 PERÍODO DE APURAÇÃO | → | 31/12/2020 |
| 03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ | → | 88.413.661/0001-90 |
| 04 CÓDIGO DA RECEITA | → | 1708 |
| 05 NÚMERO DE REFERÊNCIA | → | |
| 06 DATA DE VENCIMENTO | → | 20/01/2021 |
| 07 VALOR DO PRINCIPAL | → | 95,90 |
| 08 VALOR DA MULTA | → | 0,00 |
| 09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69 | → | 0,00 |
| 10 VALOR TOTAL | → | 95,90 |

01 NOME / RAZÃO SOCIAL

SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARAO

Data limite para acolhimento: **20/01/2021**

Observações:

DEVENS,KRETSCHMER SERVIÇOS EM SAUDE LTDA - NF 239

Sicalc Contribuinte - 8721 - RS

SENDA (Versão:4.9.7) 07/01/2021 16:16:00

11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1a. e 2a. vias)

NOV

| | |
|---|---|
| Banco | : 041 - Banrisul |
| Canal/Equip | : Office Banking/9998 |
| Ag./Conta Débito | : 0235-06.025232.0-4 |
| Correntista | : SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO |
| Data/Hora Operação | : 07/01/2021 -16:26:42 |
| NSU | : 01111751963/00000000237112/109924 |
| Tipo Pagamento | : DARF Preto |

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE DARF

| | |
|---|---|
| Agente arrecadador | : CNC 041 BANCO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL S A |
| Data de Pagamento | : 07/01/2021 |
| Periodo de Apuração | : 31/12/2020 |
| Número do CPF ou CNPJ | : 88413661000190 |
| Código da Receita | : 5952 |
| Número de Referência | : 00000000000000000 |
| Data do Vencimento | : 20/01/2020 |
| Valor do Principal | : 297,28 |
| Valor Total | : 297,28 |

Autenticação : 04102359998099240701202100000029728

Modelo aprovado pela SRF-ADE Conjunto Corat/Cotec nº 001, de 2006.

03916900680CEDB202DA23A4982F976ADC73

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

1a. via

**MINISTÉRIO DA FAZENDA**
**SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL**
**Documento de Arrecadação de Receitas Federais**

# DARF

| | | |
|---|---|---|
| 01 NOME / RAZÃO SOCIAL<br>SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARAO | | |
| Data limite para acolhimento: **20/01/2021**<br>Observações:<br>DEVENS,KRETSCHMER SERVICOS EM SAUDE - NF239<br>Sicalc Contribuinte - 8721 - RS | 02 PERÍODO DE APURAÇÃO → | 31/12/2020 |
| | 03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ → | 88.413.661/0001-90 |
| | 04 CÓDIGO DA RECEITA → | 5952 |
| | 05 NÚMERO DE REFERÊNCIA → | |
| | 06 DATA DE VENCIMENTO → | 20/01/2021 |
| | 07 VALOR DO PRINCIPAL → | 297,28 |
| | 08 VALOR DA MULTA → | 0,00 |
| | 09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69 → | 0,00 |
| | 10 VALOR TOTAL → | 297,28 |
| SENDA (Versão:4.9.7) 07/01/2021 16:13:45 | 11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1a. e 2a. vias) | |

2a. via

**MINISTÉRIO DA FAZENDA**
**SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL**
**Documento de Arrecadação de Receitas Federais**

# DARF

| | | |
|---|---|---|
| 01 NOME / RAZÃO SOCIAL<br>SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARAO | | |
| Data limite para acolhimento: **20/01/2021**<br>Observações:<br>DEVENS,KRETSCHMER SERVICOS EM SAUDE - NF239<br>Sicalc Contribuinte - 8721 - RS | 02 PERÍODO DE APURAÇÃO → | 31/12/2020 |
| | 03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ → | 88.413.661/0001-90 |
| | 04 CÓDIGO DA RECEITA → | 5952 |
| | 05 NÚMERO DE REFERÊNCIA → | |
| | 06 DATA DE VENCIMENTO → | 20/01/2021 |
| | 07 VALOR DO PRINCIPAL → | 297,28 |
| | 08 VALOR DA MULTA → | 0,00 |
| | 09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69 → | 0,00 |
| | 10 VALOR TOTAL → | 297,28 |
| SENDA (Versão:4.9.7) 07/01/2021 16:13:45 | 11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1a. e 2a. vias) | |

Banrisul

**Recibo de Transferência**

Número: 01098736025/00000000073949/063109
Data: 09/12/2020
Hora: 13:57:17

| | |
|---|---|
| Canal: | Office Banking |
| Data Débito: | 09/12/2020 |
| Valor: | R$ 20.000,00 |
| Tipo: | Transferência de valor entre contas Banrisul |
| Conta do Remetente: | 0235-06.025232.0-4 |
| Nome do Remetente: | SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO |
| Conta do Destinatário: | 0235-35.039288.0-5 |
| Nome do Destinatário: | BIBIANA MABEL GONZALEZ FERNANDEZ |
| Finalidade: | PGTO ANESTESIA NOV 20 |

Atenciosamente

Banco do Estado do Rio Grande do Sul S.A.

037A86B937745F89BB65E55259F4B8B75753

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

LANÇADO

# DANFSE - Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Serviço Eletrônica

**BIBIANA MABEL GONZALEZ FERNANDEZ - ME**
RUA DOS ANDRADAS, 811
CEP: 96300-000 - Bairro: CENTRO
Município: Jaguarão - RS
E-mail: yolabibi@gmail.com
Fone: (53) 99957-9551

| CNPJ / CPF | Inscrição Estadual | Inscrição Municipal |
|---|---|---|
| 35.351.432/0001-21 | **** | 362687 |

| Número da NFS-e | |
|---|---|
| 202000000000007 | |
| Data do Serviço | Código Verificador |
| 08/12/2020 | b102657ff |

## PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARÃO/RS

**Secretaria Municipal da Fazenda**
Fone: (53) 3261-1999 - sistemas.jaguarao.rs.gov.br/NFSe.Portal

| Dt. de Emissão | Exigibilidade ISS | Tributado no Município |
|---|---|---|
| 08/12/2020 | Exigível | Jaguarão/RS |

### TOMADOR DO SERVIÇO

Nome / Razão Social: SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARAO
Endereço: RUA DR. HERMES P. AFFONSO,0
Cidade: Jaguarão | UF: RS | Fone: (53) 3261-1088 | CEP: 96300-000
Bairro: CENTRO
CNPJ / CPF: 88.413.661/0001-90 | Inscrição Municipal: 3072 | Inscrição Estadual:
E-mail: santacasajaguarao_financeiro@hotmail.com

### Município de Prestação do Serviço

Jaguarão/RS

### INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO

Nome / Razão Social: ***** | CNPJ / CPF: ***** | Inscrição Municipal: *****
E-mail: | Fone: | Cidade: *****

| DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS | VALOR TOTAL | ALIQ. | VALOR IMPOSTO | RETIDO |
|---|---|---|---|---|
| PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS PLANO OPERATIVO COMP.11.2020-ANESTESIA | 20.000,00 | 0,00 | 0,00 | Não |

Código do Serviço: 04.01 - Medicina e biomedicina.
Código NBS: *********

| CIDE | COFINS | COFINS Importação | ICMS | IOF | IPI | PIS/PASEP | PIS/PASEP Importação |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

| Base Cálculo ISSQN Próprio | Valor do ISSQN Próprio | Base Cálculo ISSQN Retido | Valor do ISSQN Retido | Valor Total do ISSQN | Valor Dedução/Descontos |
|---|---|---|---|---|---|
| 20.000,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

**Valor Total da NFS-e:** 20.000,00 | **Valor Líquido da NFS-e:** 20.000,00

Informações Adicionais

NOTA EMITIDA POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL
NÃO GERA DIREITO A CRÉDITO FISCAL DE IPI
Lei 12741/2012: Mun: R$418,00; Est: R$0,00; Fed: R$2690,00; Total Aprox: R$3108,00. Fonte: IBPT.

Consulta realizada em 08/12/2020 às 11:04:41.
**Para consultar a autenticidade acesse: sistemas.jaguarao.rs.gov.br/NFSe.Portal**

202000000000007b102657ff35351432000121

---

| Recebi(emos) de | 202000000000007 Número da NFS-e | Número de Controle do Município |
|---|---|---|
| BIBIANA MABEL GONZALEZ FERNANDEZ - ME | Competência 08/12/2020 | |
| os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado. | NFS-e b102657ff | |
| / / | | |

Consulta realizada em 08/12/2020 às 11:04:41.
**Para consultar a autenticidade acesse: sistemas.jaguarao.rs.gov.br/NFSe.Portal**

Banrisul

**Recibo de Transferência**

Número: 01098748039/00000000082680/063148
Data: 09/12/2020
Hora: 14:08:33

| | |
|---|---|
| Canal: | Office Banking |
| Data Débito: | 09/12/2020 |
| Valor: | 17.000,00 |
| Tipo Transferência: | TED E |
| Conta do Remetente: | 0235-06.025232.0-4 |
| Correntista Débito: | 88.413.661/0001-90 - SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO |
| Banco ou IF do Destinatário: | 237 - BRADESCO |
| Agência do Destinatário: | 1779-5 |
| Conta do Destinatário: | 20807-8 |
| Correntista de Crédito: | 23.643.498/0001-06 - CRISTINA CARDOSO SERV MEDICOS |
| Finalidade: | 00005 - PAGAMENTO DE FORNECEDORES |
| Identificador: | PGTO ANESTESIA NOV 20 |

Atenciosamente

Banco do Estado do Rio Grande do Sul S.A.

0373C9E357F8FE9873A5E8C304E5D20B6D23

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

LANÇADO

**MUNICÍPIO DE GARIBALDI**

**SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA**

**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e**

| Número / Série NFS-e | Número / Série RPS | Data de Emissão |
|---|---|---|
| 119 / S | - | 08/12/2020 08:23 |

## PRESTADOR DE SERVIÇOS

CNPJ/CPF: **23.643.498/0001-06** Inscrição Estadual: **-** Inscrição Municipal: **34.820**

Nome/Razão Social: **CRISTINA CARDOSO SERVICOS MEDICOS EIRELI**

Nome Fantasia:

Endereço: **AV. PRESIDENTE VARGAS, 700, APT 401, CENTRO, CEP 95720-000**

Município: **Garibaldi / RS** Telefone:

E-mail: **criscardoso@terra.com.br** Site:

| LOCAL DE TRIBUTAÇÃO | RESPONSABILIDADE PELO ISSQN | REGIME TRIBUTÁRIO |
|---|---|---|
| **Jaguarão / RS** | **Prestador de Serviço** | **Simples Nacional** |

## TOMADOR DE SERVIÇOS

CNPJ/CPF: **88.413.661/0001-90** Inscrição Estadual: **0680031650** Inscrição Municipal: **3.072**

Nome/Razão Social: **SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARÃO**

Endereço: **Praça Hermes Pintos Afonso, s\n, s/n, centro, CEP 96300-000**

Município: **Jaguarão / RS** País: **Brasil**

E-mail: **santacasajaguarao_financeiro@hotmail.com** Telefone: **(53) 3261 1088**

## DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

| Descrição | L.C. 116 | Alíquota (%) | Valor Unitário | Qtd / Unid | Desconto Inc. | Valor Serviço | ISSQN |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **4010001 - MEDICINA E BIOMEDICINA.** | **04.01** | **0,00** | **17.000,000** | **1,00 / UN** | **0,00** | **17.000,00** | **0,00** |

**VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL: R$ 17.000,00**

## DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO

| Valor de Serviço | Itens Não Tributáveis | Desconto Condicional | Deduções |
|---|---|---|---|
| **17.000,00** | **0,00** | **0,00** | **0,00** |
| **Redução na Base de Cálculo** | **Valor Aproximado de Tributos** | **Base de Cálculo** | **ISSQN** |
| **0,00** | **0,00** | **0,00** | **0,00** |

## RETENÇÕES FEDERAIS

| INSS (R$) | IR (R$) | CSLL (R$) | PIS/PASEP (R$) | COFINS (R$) |
|---|---|---|---|---|
| **0,00** | **0,00** | **0,00** | **0,00** | **0,00** |

**VALOR LÍQUIDO DA NOTA FISCAL: R$ 17.000,00**

## INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Documento emitido por ME/EPP optante pelo Simples Nacional

Serviços Médicos de Anestesiologia sa 1120

Atividade(s) autorizada(s) pelo Município: 4010001 - MEDICINA E BIOMEDICINA.

Local de Tributação: Jaguarão / RS

## AUTENTICIDADE

A autenticidade desta Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e pode ser verificada no portal do Município no endereço:

https://nfse.garibaldi.rs.gov.br/site

**Código de Verificação: FDB.JX0.OQF**

**Chave de Acesso: 43-23643498000106-90-00S-000000119/756448990**

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARÃO

PRESTAÇÃO DE CONTAS

ANEXO I

IDENTIFICAÇÃO:

1- NOME DA ENTIDADE: SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARÃO

2- CNPJ: 88.413661/0001-90

3- ENDEREÇO: PRÇ. DR. HERMES PINTOS AFFONSO S/N

4- NOME DO RESPONSÁVEL: GILCELLI SOARES MACHADO

5- CPF: 812.258.730-53

6- ASSINATURA DO RESPONSÁVEL:

7- VALOR DA SUBVENÇÃO RECEBIDA: R$ 18.000,00
(DEZOITO MIL REAIS)

8- DATA DO RECEBIMENTO DA SUBVENÇÃO: 04/12/2020

Juliana da S. Figueiredo
Contadora CRC SP 269868/O-2 RS
CPF 350.263.028-00

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARÃO

PRESTAÇÃO DE CONTAS

PLANO OPERATIVO - NOVEMBRO/2020

ANEXO II

| 1- RECEITA | | 2- DESPESA | |
|---|---|---|---|
| 1.1 DISCRIMINAÇÃO | 1.2 VALOR R$ | 2.1 DISCRIMINAÇÃO | 2.2 VALOR R$ |
| PROGRAMA PACIENTES INTERNADOS- CLINICA MEDICA | 18.000,00 | PROGRAMA PACIENTES INTERNADOS- CLINICA MEDICA | 18.000,00 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| TOTAL | 18.000,00 | | 18.000,00 |

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARÃO

PRESTAÇÃO DE CONTAS

ANEXO III

| 1.4 | 1.5 | 1.6 | 1.7 |
|---|---|---|---|
| DOCUMENTO | DATA | FAVORECIDO | VALOR R$ |
| NF 156 | 09/12/20 | SERGIO BURCH | 18.000,00 |
| | | | |
| TOTAL | | | 18.000,00 |

Banrisul

**Recibo de Transferência**

Número: 01098790413/00000000113194/063319
Data: 09/12/2020
Hora: 14:46:18

| | |
|---|---|
| Canal: | Office Banking |
| Data Débito: | 09/12/2020 |
| Valor: | 18.000,00 |
| Tipo Transferência: | TED E |
| Conta do Remetente: | 0235-06.025232.0-4 |
| Correntista Débito: | 88.413.661/0001-90 - SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO |
| Banco ou IF do Destinatário: | 104 - CAIXA ECON. FEDERAL |
| Agência do Destinatário: | 0485 |
| Conta do Destinatário: | 003000771-7 |
| Correntista de Crédito: | 17.800.523/0001-15 - S S BURCH EPP |
| Finalidade: | 00005 - PAGAMENTO DE FORNECEDORES |
| Identificador: | CLINICA MEDICA NOV 20 |

Atenciosamente

Banco do Estado do Rio Grande do Sul S.A.

0367FBF4559C07F6850E26550B179687EC28

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

LANÇADO

# DANFSE - Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Serviço Eletrônica

**S S BURCH - EPP**
RUA 15 DE NOVEMBRO, 444 - SALA 2
CEP: 96300-000 - Bairro: CENTRO
Município: Jaguarão - RS
E-mail: serjaoburch@gmail.com
Fone: (53) 3261-1470

| CNPJ / CPF | Inscrição Estadual | Inscrição Municipal |
|---|---|---|
| 17.800.523/0001-15 | **** | 11715 |

| Número da NFS-e | |
|---|---|
| 202000000000156 | |
| Data do Serviço | Código Verificador |
| 07/12/2020 | a3db9d99f |

**PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARÃO/RS**
**Secretaria Municipal da Fazenda**
Fone: (53) 3261-1999 - sistemas.jaguarao.rs.gov.br/NFSe.Portal

| Dt. de Emissão | Exigibilidade ISS | Tributado no Município |
|---|---|---|
| 07/12/2020 | Exigível | Jaguarão/RS |

## TOMADOR DO SERVIÇO

Nome / Razão Social: SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARAO
Endereço: RUA DR. HERMES P. AFFONSO,0
Cidade: Jaguarão | UF: RS | Fone: (53) 3261-1088 | CEP: 96300-000
Bairro: CENTRO
CNPJ / CPF: 88.413.661/0001-90 | Inscrição Municipal: 3072 | Inscrição Estadual:
E-mail: santacasajaguarao_financeiro@hotmail.com

## Município de Prestação do Serviço

Jaguarão/RS

## INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO

Nome / Razão Social: *****
CNPJ / CPF: ***** | Inscrição Municipal: *****
E-mail:
Fone: | Cidade: *****

| DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS | VALOR TOTAL | ALIQ. | VALOR IMPOSTO | RETIDO |
|---|---|---|---|---|
| Serviços prestados na clínica medica no mês de novembro/2020 | 18.000,00 | 3,00 | 540,00 | Não |

Código do Serviço
04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.

Código NBS
*********

| CIDE | COFINS | COFINS Importação | ICMS | IOF | IPI | PIS/PASEP | PIS/PASEP Importação |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

| Base Cálculo ISSQN Próprio | Valor do ISSQN Próprio | Base Cálculo ISSQN Retido | Valor do ISSQN Retido | Valor Total do ISSQN | Valor Dedução/Descontos |
|---|---|---|---|---|---|
| 18.000,00 | 540,00 | 0,00 | 0,00 | 540,00 | 0,00 |

| Valor Total da NFS-e | 18.000,00 | Valor Líquido da NFS-e | 18.000,00 |
|---|---|---|---|

Informações Adicionais
Lei 12741/2012: Mun: R$376,20; Est: R$0,00; Fed: R$2421,00; Total Aprox: R$2797,20. Fonte: IBPT.

Consulta realizada em 07/12/2020 às 09:45:16.
**Para consultar a autenticidade acesse: sistemas.jaguarao.rs.gov.br/NFSe.Portal**

202000000000156a3db9d99f17800523000115

---

| Recebi(emos) de | 202000000000156 Número da NFS-e | Número de Controle do Município |
|---|---|---|
| S S BURCH - EPP | Competência 07/12/2020 | |
| os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado. | NFS-e a3db9d99f | |
| / / | | |

Consulta realizada em 07/12/2020 às 09:45:16.
**Para consultar a autenticidade acesse: sistemas.jaguarao.rs.gov.br/NFSe.Portal**

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARÃO

PRESTAÇÃO DE CONTAS

ANEXO I

IDENTIFICAÇÃO:

1- NOME DA ENTIDADE: SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARÃO

2- CNPJ: 88.413661/0001-90

3- ENDEREÇO: PRÇ. DR. HERMES PINTOS AFFONSO S/N

4- NOME DO RESPONSÁVEL: GILCELLI SOARES MACHADO

5- CPF: 812.258.730-53

6- ASSINATURA DO RESPONSÁVEL:

8- DATA DO RECEBIMENTO DA SUBVENÇÃO: 30/11/2020
(VINTE E DOIS MIL CENTO E TRINTA E NOVE REAIS E QUIN: 22.139,15

Juliana da S. Figueiredo
Contadora CRC SP 269868/O-2 RS
CPF 350.268.028-00

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARÃO

PRESTAÇÃO DE CONTAS

PLANO OPERATIVO - NOVEMBRO/ 2020

ANEXO II

| 1- RECEITA | | 2- DESPESA | |
|---|---|---|---|
| 1.1 DISCRIMINAÇÃO | 1.2 VALOR R$ | 2.1 DISCRIMINAÇÃO | 2.2 VALOR R$ |
| PL. OPERATIVO - SAMU | 22.139,15 | REPASSE PL. OPER. | 16.679,29 |
| | | PENSAO ALIMENT. | 524,50 |
| CUSTEIO STA CASA | 3.557,06 | INSS | 2.264,02 |
| | | IRF 0561 | 549,49 |
| | | FGTS | 1.773,56 |
| | | REFEISUL | 1.000,00 |
| | | FÉRIAS | 2.905,35 |
| | | | |
| TOTAL | 25.696,21 | | 25.696,21 |

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARÃO

PRESTAÇÃO DE CONTAS

ANEXO III

| 1.4 | 1.5 | 1.6 | 1.7 |
|---|---|---|---|
| DOCUMENTO | DATA | FAVORECIDO | VALOR R$ |
| FOLHA PAGTº | 30/11/20 | SALÁRIOS - PL OP. SAMU | 16.679,29 |
| FOLHA PAGTº | 02/12/20 | PENSAO ALIMENT. | 524,50 |
| | | | |
| | | | |
| TOTAL | | | 17.203,79 |

| 1.4 | | 1.6 | 1.7 |
|---|---|---|---|
| DOCUMENTO | DATA | FAVORECIDO | VALOR R$ |

| | | | |
|---|---|---|---|
| COMP.PGTO | 20/12/20 | INSS | 2.264,02 |
| COMP.PGTO | 20/12/20 | IRF 0561 | 549,49 |
| COMP PGTO | 07/12/20 | FGTS | 1.773,56 |
| COMP PGTO | 20/11/20 | REFEISUL | 1.000,00 |
| | | | |
| TOTAL | | | 5.587,07 |
| | FÉRIAS | | |
| | | | |
| LISIANE S BOTELHO | 30/11/20 | | 2.905,35 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | 2.905,35 |

## EXTRATO MENSAL

Empr.: 337 CARLOS RENATO DE LEON DA SILVA
Cargo: 4 TÉCNICO DE ENFERMAGEM
CC: 12
Situação: Trabalhando
Vínculo: Celetista
Depto: 12
CPF: 011.897.790-30
Adm: 05/09/2007
Filial: 1
PIS: 129.73128.69-4
CTPS/Série: 07427551/10
Salário: 1.460,34

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | HORAS NORMAIS | 14,67 | 97,36 P | 202 | REFEISUL | 2,00 | 0,13 D |
| 93 | QUINQUENIO | 2,00 | 9,74 P | 937 | ADIANTAMENTO DE FERIAS | 0,00 | 2.858,01 D |
| 3 | HORAS FERIAS | 205,33 | 1.362,98 P | 812 | INSS FERIAS | 10,00 | 330,18 D |
| 805 | MEDIA VALOR FERIAS | 782,02 | 782,02 P | 821 | INSS DIFERENCA FERIAS | 0,00 | 83,44 D |
| 807 | VANTAGENS FERIAS | 331,36 | 331,36 P | 998 | I.N.S.S. | 7,98 | 122,47 D |
| 931 | 1/3 DAS FERIAS | 33,33 | 825,45 P | 942 | IRRF FERIAS | 15,00 | 113,62 D |
| 16 | INSALUBRIDADE 20% | 20,00 | 209,00 P | | | | |
| 25 | ADICIONAL NOTURNO | 168,00 | 223,03 P | | | | |
| 20 | GRATIFICACOES | 995,91 | 995,91 P | | | | |

ND: 0 Proventos: 4.836,85 Descontos: 3.507,85 Informativa: 386,94 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.329,00
NF: 1 Base INSS: 4.836,85 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 4.836,85 Valor FGTS: 386,94 Base IRRF: 1.329,13
FERIAS DE 03/11/2020 - 02/12/2020

---

Empr.: 434 CRISLAINE CASA ACOSTA
Cargo: 4 TÉCNICO DE ENFERMAGEM
CC: 12
Situação: Trabalhando
Vínculo: Celetista
Depto: 12
CPF: 011.481.930-06
Adm: 01/04/2011
Filial: 1
PIS: 200.99326.88-9
CTPS/Série: 01949590/00002
Salário: 1.460,34

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | HORAS NORMAIS | 220,00 | 1.460,34 P | 202 | REFEISUL | 2,00 | 2,00 D |
| 93 | QUINQUENIO | 1,00 | 73,02 P | 998 | I.N.S.S. | 9,44 | 288,45 D |
| 854 | REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR | 0,00 | 63,73 P | 999 | IMPOSTO DE RENDA | 7,50 | 64,83 D |
| 16 | INSALUBRIDADE 20% | 20,00 | 209,00 P | | | | |
| 25 | ADICIONAL NOTURNO | 192,00 | 254,90 P | | | | |
| 20 | GRATIFICACOES | 995,91 | 995,91 P | | | | |

ND: 0 Proventos: 3.056,90 Descontos: 355,28 Informativa: 244,55 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.701,62
NF: 0 Base INSS: 3.056,90 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 3.056,90 Valor FGTS: 244,55 Base IRRF: 2.768,45

---

Empr.: 323 EDENILSON GONCALVES COSTA
Cargo: 4 TÉCNICO DE ENFERMAGEM
CC: 12
Situação: Trabalhando
Vínculo: Celetista
Depto: 12
CPF: 927.569.480-04
Adm: 08/02/2007
Filial: 1
PIS: 182.21035.28-4
CTPS/Série: 00076362/00040
Salário: 1.460,34

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | HORAS NORMAIS | 220,00 | 1.460,34 P | 202 | REFEISUL | 2,00 | 2,00 D |
| 93 | QUINQUENIO | 2,00 | 146,03 P | 998 | I.N.S.S. | 9,50 | 297,21 D |
| 854 | REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR | 0,00 | 63,73 P | 999 | IMPOSTO DE RENDA | 7,50 | 30,32 D |
| 16 | INSALUBRIDADE 20% | 20,00 | 209,00 P | 900 | PENSAO ALIMENTICIA | 524,50 | 524,50 D |
| 25 | ADICIONAL NOTURNO | 192,00 | 254,90 P | | | | |
| 20 | GRATIFICACOES | 995,91 | 995,91 P | | | | |

ND: 0 Proventos: 3.129,91 Descontos: 854,03 Informativa: 250,39 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.275,88
NF: 1 Base INSS: 3.129,91 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 3.129,91 Valor FGTS: 250,39 Base IRRF: 2.308,20

---

Empr.: 543 GRACIELA MARTIRENE VIEIRA
Cargo: 17 ENFERMEIRA(O)
CC: 12
Situação: Trabalhando
Vínculo: Celetista
Depto: 12
CPF: 019.601.000-41
Adm: 16/04/2015
Filial: 1
PIS: 207.69391.33-2
CTPS/Série: 08064243/30
Salário: 3.752,63

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | HORAS NORMAIS | 240,00 | 3.752,63 P | 202 | REFEISUL | 2,00 | 2,00 D |
| 93 | QUINQUENIO | 1,00 | 187,63 P | 998 | I.N.S.S. | 11,25 | 576,83 D |
| 16 | INSALUBRIDADE 20% | 20,00 | 209,00 P | 999 | IMPOSTO DE RENDA | 22,50 | 345,20 D |
| 20 | GRATIFICACOES | 978,61 | 978,61 P | | | | |

ND: 1 Proventos: 5.127,87 Descontos: 924,03 Informativa: 410,22 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 4.203,84
NF: 1 Base INSS: 5.127,87 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 5.127,87 Valor FGTS: 410,22 Base IRRF: 4.361,45

---

C. Custos: 12

## EXTRATO MENSAL

Empr.: 737 KRICIE BUTTES MACHADO Situação: Trabalhando CPF: 943.125.320-87 PIS: 127.57463.70-7
Cargo: 4 TÉCNICO DE ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 02/03/2020 CTPS/Série: 1491282/0010
CC: 12 Depto: 12 Filial: 1 Salário: 1.326,30

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | HORAS NORMAIS | 176,00 | 1.326,30 P | 202 | REFEISUL | 2,00 | 2,00 D |
| 201 | AUXÍLIO CRECHE | 1,00 | 132,63 P | 998 | I.N.S.S. | 9,35 | 276,99 D |
| 250 | REFLEXO EXTRAS DSR | 0,00 | 84,44 P | 999 | IMPOSTO DE RENDA | 7,50 | 44,31 D |
| 854 | REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR | 0,00 | 1,60 P | | | | |
| 150 | HORAS EXTRAS | 16,00 | 337,76 P | | | | |
| 233 | HORAS EXTRAS 50% | 44,00 | 696,60 P | | | | |
| 16 | INSALUBRIDADE 20% | 20,00 | 209,00 P | | | | |
| 25 | ADICIONAL NOTURNO | 5,30 | 6,39 P | | | | |
| 20 | GRATIFICACOES | 995,91 | 995,91 P | | | | |

ND: 1 Proventos: 3.790,63 Descontos: 323,30 Informativa: 236,91 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 3.467,33
NF: 1 Base INSS: 2.961,40 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.961,40 Valor FGTS: 236,91 Base IRRF: 2.494,82

---

Empr.: 502 LISIANE DE SOUZA SILVEIRA BOTELHO Situação: Trabalhando CPF: 010.114.760-02 PIS: 129.74305.68-9
Cargo: 4 TÉCNICO DE ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 01/11/2013 CTPS/Série: 07427782/0010
CC: 12 Depto: 12 Filial: 1 Salário: 1.460,34

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | HORAS NORMAIS | 220,00 | 1.460,34 P | 202 | REFEISUL | 2,00 | 2,00 D |
| 93 | QUINQUENIO | 1,00 | 73,02 P | 998 | I.N.S.S. | 9,44 | 288,45 D |
| 854 | REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR | 0,00 | 63,73 P | 999 | IMPOSTO DE RENDA | 7,50 | 64,83 D |
| 16 | INSALUBRIDADE 20% | 20,00 | 209,00 P | | | | |
| 25 | ADICIONAL NOTURNO | 192,00 | 254,90 P | | | | |
| 20 | GRATIFICACOES | 995,91 | 995,91 P | | | | |

ND: 0 Proventos: 3.056,90 Descontos: 355,28 Informativa: 244,55 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.701,62
NF: 0 Base INSS: 3.056,90 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 3.056,90 Valor FGTS: 244,55 Base IRRF: 2.768,45

---

| Totais por Centro de Custos | Proventos | Descontos | Liquido |
|---|---|---|---|
| 12 SAMU | 22.999,06 | 6.319,77 | 16.679,29 |
| Total: | 22.999,06 | 6.319,77 | 16.679,29 |

Total Geral Proventos: 22.999,06 Total Geral Descontos: 6.319,77
Líquido Geral: 16.679,29

## EXTRATO MENSAL

### Situações

| | |
|---|---|
| Número de empregados: | 6 |
| Numero de estagiários: | 0 |
| Trabalhando: | 6 |
| Afastado direitos integrais: | 0 |
| Afastado acidente de trabalho: | 0 |
| Afastado serviço militar: | 0 |
| Salário maternidade: | 0 |
| Salário maternidade INSS: | 0 |
| Doença: | 0 |
| Doença Profissional: | 0 |
| Licença sem vencimento: | 0 |
| Demitido: | 0 |
| Transferido: | 0 |
| Férias: | 0 |
| Mandato sindical: | 0 |
| Aposentadoria: | 0 |
| Partic. curso/programa de qualificação: | 0 |
| Ausência justificada: | 0 |
| Outros motivos de afastamento: | 0 |
| Admissões: | 0 |
| Número de contribuintes: | 0 |

| | |
|---|---|
| Salário contribuição empregados: | 22.169,83 |
| Salário contribuição contribuintes: | 0,00 |
| Excedente: | 0,00 |
| Base total: | 22.169,83 |
| Segurados: | 2.264,02 |
| Empresa: | 0,00 |
| RAT: | 0,00 |
| Contribuintes: | 0,00 |
| Sub-Total: | 2.264,02 |
| Retenções: | 0,00 |
| (-) Salário família/maternidade: | 657,63 |
| Compensações: | 0,00 |
| Valores pagos a Cooperativas: | 0,00 |
| Outras Compensações: | 0,00 |
| Total: | 1.606,39 |
| Terceiros: | 0,00 |
| Total INSS: | 1.606,39 |

| | |
|---|---|
| Base IRRF Mensal: | 16.030,50 |
| Valor IRRF Mensal: | 549,49 |
| Base IRRF Férias: | 2.971,63 |
| Valor IRRF Férias: | 113,62 |
| Base IRRF Partic. Lucros: | 0,00 |
| Valor IRRF Partic. Lucros: | 0,00 |
| Base IRRF Exterior: | 0,00 |
| Valor IRRF Exterior: | 0,00 |
| Base IRRF 13º Salário: | 0,00 |
| Valor IRRF 13º Salário: | 0,00 |
| Valor Total do IRRF: | 663,11 |
| IRRF Aluguéis: | 0,00 |
| *IRRF contribuintes:* | 0,00 |
| Base do FGTS: | 22.169,83 |
| Valor do FGTS: | 1.773,56 |
| Base do FGTS Aprendiz: | 0,00 |
| Valor do FGTS Aprendiz: | 0,00 |
| Base FGTS - GRRF: | 0,00 |
| FGTS - GRRF: | 0,00 |
| Base FGTS mes ant. - GRRF: | 0,00 |
| FGTS mes ant. - GRRF: | 0,00 |
| Base PIS: | 0,00 |
| Valor PIS: | 0,00 |
| Base ISS: | 0,00 |
| Valor ISS: | 0,00 |

Líquido Geral: 16.679,29

Banrisul

**Recibo de Transferência**

Número: 01093474787/00000000194231/042815
Data: 30/11/2020
Hora: 15:29:21

| | |
|---|---|
| Canal: | Office Banking |
| Data Débito: | 30/11/2020 |
| Valor: | R$ 1329,00 |
| Tipo: | Folha de Pagamento |
| Conta do Remetente: | 0235-06.025232.0-4 |
| Nome do Remetente: | SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO |
| Conta do Destinatário: | 0235-35.030218.0-6 |
| Nome do Destinatário: | CARLOS RENATO DE LEON DA SILVA |
| Finalidade: | SAL NOVEMBRO 20 |

Atenciosamente

Banco do Estado do Rio Grande do Sul S.A.

034E961442DA2D5D1865DA2922875C66F750

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

Banrisul

**Recibo de Transferência**

Número: 01093476102/00000000195250/042820
Data: 30/11/2020
Hora: 15:30:10

| | |
|---|---|
| Canal: | Office Banking |
| Data Débito: | 30/11/2020 |
| Valor: | R$ 2701,62 |
| Tipo: | Folha de Pagamento |
| Conta do Remetente: | 0235-06.025232.0-4 |
| Nome do Remetente: | SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO |
| Conta do Destinatário: | 0235-35.030931.0-6 |
| Nome do Destinatário: | CRISLAINE CASA ACOSTA |
| Finalidade: | SAL NOVEMBRO 20 |

Atenciosamente

Banco do Estado do Rio Grande do Sul S.A.

03BB12922ECA35CA1F8C74FAAA30EC679018

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

SANTA CASA DE CARIDADE D JAGUARÃO
CNPJ: 88.413.661/0001-90

CC: SAMU
Mensalista

Folha Mensal
Novembro de 2020

| Código | Nome do Funcionário | CBO | Departamento | Filial |
|---|---|---|---|---|
| 434 | CRISLAINE CASA ACOSTA<br>TÉCNICO DE ENFERMAGEM | 322205 | 12 | 1 |

Admissão: 01/04/2011

| Código | Descrição | Referência | Vencimentos | Descontos |
|---|---|---|---|---|
| 1 | HORAS NORMAIS | 220,00 | 1.460,34 | |
| 93 | QUINQUENIO | 1,00 | 73,02 | |
| 854 | REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR | 0,00 | 63,73 | |
| 16 | INSALUBRIDADE 20% | 20,00 | 209,00 | |
| 25 | ADICIONAL NOTURNO | 192,00 | 254,90 | |
| 20 | GRATIFICACOES | 995,91 | 995,91 | |
| 202 | REFEISUL | 2,00 | | 2,00 |
| 998 | I.N.S.S. | 9,44 | | 288,45 |
| 999 | IMPOSTO DE RENDA | 7,50 | | 64,83 |

| Total de Vencimentos | Total de Descontos |
|---|---|
| 3.056,90 | 355,28 |
| Valor Líquido ⇨ | 2.701,62 |

BANRISUL 41
conta corrente: 350309310-6 Agência: 0235 - 23

| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Cálc. FGTS | F.G.T.S do Mês | Base Cálc. IRRF | Faixa IRRF |
|---|---|---|---|---|---|
| 1.460,34 | 3.056,90 | 3.056,90 | 244,55 | 2.768,45 | 7,50 |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data ___/___/___

Banrisul

**Recibo de Transferência**

Número: 01093473620/00000000193294/042806
Data: 30/11/2020
Hora: 15:28:36

| | |
|---|---|
| Canal: | Office Banking |
| Data Débito: | 30/11/2020 |
| Valor: | R$ 2275,88 |
| Tipo: | Folha de Pagamento |
| Conta do Remetente: | 0235-06.025232.0-4 |
| Nome do Remetente: | SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO |
| Conta do Destinatário: | 0235-35.030346.0-6 |
| Nome do Destinatário: | EDENILSON GONCALVES COSTA |
| Finalidade: | SAL NOVEMBRO 20 |

Atenciosamente

Banco do Estado do Rio Grande do Sul S.A.

03BDF8E7984A583934A265FA1735D6234729

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

SANTA CASA DE CARIDADE D JAGUARÃO
CNPJ: 88.413.661/0001-90

CC: SAMU
Mensalista

Folha Mensal
Novembro de 2020

| Código | Nome do Funcionário | CBO | Departamento | Filial |
|---|---|---|---|---|
| 323 | EDENILSON GONCALVES COSTA | 322205 | 12 | 1 |
| | TÉCNICO DE ENFERMAGEM | Admissão: | | 08/02/2007 |

| Código | Descrição | Referência | Vencimentos | Descontos |
|---|---|---|---|---|
| 1 | HORAS NORMAIS | 220,00 | 1.460,34 | |
| 93 | QUINQUENIO | 2,00 | 146,03 | |
| 854 | REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR | 0,00 | 63,73 | |
| 16 | INSALUBRIDADE 20% | 20,00 | 209,00 | |
| 25 | ADICIONAL NOTURNO | 192,00 | 254,90 | |
| 20 | GRATIFICACOES | 995,91 | 995,91 | |
| 202 | REFEISUL | 2,00 | | 2,00 |
| 998 | I.N.S.S. | 9,50 | | 297,21 |
| 999 | IMPOSTO DE RENDA | 7,50 | | 30,32 |
| 900 | PENSAO ALIMENTICIA | 524,50 | | 524,50 |

| Total de Vencimentos | Total de Descontos |
|---|---|
| 3.129,91 | 854,03 |
| Valor Líquido ⇨ | 2.275,88 |

BANRISUL 41
conta corrente: 350303460-6 Agência: 0235 - 23

| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Cálc. FGTS | F.G.T.S do Mês | Base Cálc. IRRF | Faixa IRRF |
|---|---|---|---|---|---|
| 1.460,34 | 3.129,91 | 3.129,91 | 250,39 | 2.308,20 | 7,50 |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Banrisul

**Recibo de Transferência**

Número: 01093476102/00000000195250/042820
Data: 30/11/2020
Hora: 15:30:10

| | |
|---|---|
| Canal: | Office Banking |
| Data Débito: | 30/11/2020 |
| Valor: | R$ 2701,62 |
| Tipo: | Folha de Pagamento |
| Conta do Remetente: | 0235-06.025232.0-4 |
| Nome do Remetente: | SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO |
| Conta do Destinatário: | 0235-35.030931.0-6 |
| Nome do Destinatário: | CRISLAINE CASA ACOSTA |
| Finalidade: | SAL NOVEMBRO 20 |

Atenciosamente

Banco do Estado do Rio Grande do Sul S.A.

03BB12922ECA35CA1F8C74FAAA30EC679018

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

SANTA CASA DE CARIDADE D JAGUARÃO
CNPJ: 88.413.661/0001-90

CC: SAMU
Mensalista

Folha Mensal
Novembro de 2020

| Código | Nome do Funcionário | CBO | Departamento | Filial |
|---|---|---|---|---|
| 434 | CRISLAINE CASA ACOSTA | 322205 | 12 | 1 |
| | TÉCNICO DE ENFERMAGEM | Admissão: | | 01/04/2011 |

| Código | Descrição | Referência | Vencimentos | Descontos |
|---|---|---|---|---|
| 1 | HORAS NORMAIS | 220,00 | 1.460,34 | |
| 93 | QUINQUENIO | 1,00 | 73,02 | |
| 854 | REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR | 0,00 | 63,73 | |
| 16 | INSALUBRIDADE 20% | 20,00 | 209,00 | |
| 25 | ADICIONAL NOTURNO | 192,00 | 254,90 | |
| 20 | GRATIFICACOES | 995,91 | 995,91 | |
| 202 | REFEISUL | 2,00 | | 2,00 |
| 998 | I.N.S.S. | 9,44 | | 288,45 |
| 999 | IMPOSTO DE RENDA | 7,50 | | 64,83 |

| Total de Vencimentos | Total de Descontos |
|---|---|
| 3.056,90 | 355,28 |
| Valor Líquido ⇨ | 2.701,62 |

BANRISUL 41
conta corrente: 350309310-6 Agência: 0235 - 23

| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Cálc. FGTS | F.G.T.S do Mês | Base Cálc. IRRF | Faixa IRRF |
|---|---|---|---|---|---|
| 1.460,34 | 3.056,90 | 3.056,90 | 244,55 | 2.768,45 | 7,50 |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Banrisul

**Recibo de Transferência**

Número: 01094683263/00000000360669/047529
Data: 02/12/2020
Hora: 11:34:47

| | |
|---|---|
| Canal: | Office Banking |
| Data Débito: | 02/12/2020 |
| Valor: | R$ 524,50 |
| Tipo: | Transferência de valor entre contas Banrisul |
| Conta do Remetente: | 0235-06.000544.0-1 |
| Nome do Remetente: | SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARAO |
| Conta do Destinatário: | 0772-35.195870.0-3 |
| Nome do Destinatário: | DAIANE VIDINHA VIEIRA |
| Finalidade: | PENSAO NOV 20 |

Atenciosamente

Banco do Estado do Rio Grande do Sul S.A.

03CB57CE04322CEE29D1F50508E77200D792

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

Banrisul

**Recibo de Transferência**

Número: 01093478883/00000000197451/042824
Data: 30/11/2020
Hora: 15:31:57

| | |
|---|---|
| Canal: | Office Banking |
| Data Débito: | 30/11/2020 |
| Valor: | R$ 4203,84 |
| Tipo: | Folha de Pagamento |
| Conta do Remetente: | 0235-06.025232.0-4 |
| Nome do Remetente: | SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO |
| Conta do Destinatário: | 0235-38.040462.0-7 |
| Nome do Destinatário: | GRACIELA MARTIRENE VIEIRA |
| Finalidade: | SAL NOVEMBRO 20 |

Atenciosamente

Banco do Estado do Rio Grande do Sul S.A.

03FD035582A16238284213380276FE7B9249

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

SANTA CASA DE CARIDADE D JAGUARÃO
CNPJ: 88.413.661/0001-90

CC: SAMU
Mensalista

Folha Mensal
Novembro de 2020

| Código | Nome do Funcionário | CBO | Departamento | Filial |
|---|---|---|---|---|
| 543 | GRACIELA MARTIRENE VIEIRA | 223505 | 12 | 1 |
| | ENFERMEIRA(O) | Admissão: | | 16/04/2015 |

| Código | Descrição | Referência | Vencimentos | Descontos |
|---|---|---|---|---|
| 1 | HORAS NORMAIS | 240,00 | 3.752,63 | |
| 93 | QUINQUENIO | 1,00 | 187,63 | |
| 16 | INSALUBRIDADE 20% | 20,00 | 209,00 | |
| 20 | GRATIFICACOES | 978,61 | 978,61 | |
| 202 | REFEISUL | 2,00 | | 2,00 |
| 998 | I.N.S.S. | 11,25 | | 576,83 |
| 999 | IMPOSTO DE RENDA | 22,50 | | 345,20 |

| Total de Vencimentos | Total de Descontos |
|---|---|
| 5.127,87 | 924,03 |

BANRISUL 41
conta corrente: 380404620-7 Agência: 0235 - 23

Valor Líquido ⇨ 4.203,84

| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Cálc. FGTS | F.G.T.S do Mês | Base Cálc. IRRF | Faixa IRRF |
|---|---|---|---|---|---|
| 3.752,63 | 5.127,87 | 5.127,87 | 410,22 | 4.361,45 | 22,50 |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo

Assinatura do Funcionário

Data ___/___/___

Banrisul

**Recibo de Transferência**

Número: 01093480619/00000000198873/042832
Data: 30/11/2020
Hora: 15:33:04

| | |
|---|---|
| Canal: | Office Banking |
| Data Débito: | 30/11/2020 |
| Valor: | R$ 3467,33 |
| Tipo: | Folha de Pagamento |
| Conta do Remetente: | 0235-06.025232.0-4 |
| Nome do Remetente: | SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO |
| Conta do Destinatário: | 0235-39.032394.0-9 |
| Nome do Destinatário: | KRICIE BUTTES MACHADO |
| Finalidade: | SAL NOVEMBRO 20 |

Atenciosamente

Banco do Estado do Rio Grande do Sul S.A.

032A02C3640F9A6F9659B17D1D0B0875F086

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

SANTA CASA DE CARIDADE D JAGUARÃO
CNPJ: 88.413.661/0001-90

CC: SAMU
Mensalista

Folha Mensal
Novembro de 2020

| Código | Nome do Funcionário | CBO | Departamento | Filial |
|---|---|---|---|---|
| 737 | KRICIE BUTTES MACHADO | 322205 | 12 | 1 |
| | TÉCNICO DE ENFERMAGEM | Admissão: | | 02/03/2020 |

| Código | Descrição | Referência | Vencimentos | Descontos |
|---|---|---|---|---|
| 1 | HORAS NORMAIS | 176,00 | 1.326,30 | |
| 201 | AUXÍLIO CRECHE | 1,00 | 132,63 | |
| 250 | REFLEXO EXTRAS DSR | 0,00 | 84,44 | |
| 854 | REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR | 0,00 | 1,60 | |
| 150 | HORAS EXTRAS | 16,00 | 337,76 | |
| 233 | HORAS EXTRAS 50% | 44,00 | 696,60 | |
| 16 | INSALUBRIDADE 20% | 20,00 | 209,00 | |
| 25 | ADICIONAL NOTURNO | 5,30 | 6,39 | |
| 20 | GRATIFICACOES | 995,91 | 995,91 | |
| 202 | REFEISUL | 2,00 | | 2,00 |
| 998 | I.N.S.S. | 9,35 | | 276,99 |
| 999 | IMPOSTO DE RENDA | 7,50 | | 44,31 |

| Total de Vencimentos | Total de Descontos |
|---|---|
| 3.790,63 | 323,30 |
| Valor Líquido ⇨ | 3.467,33 |

BANRISUL 41
conta corrente: 390323940-9 Agência: 0235 - 23

| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Cálc. FGTS | F.G.T.S do Mês | Base Cálc. IRRF | Faixa IRRF |
|---|---|---|---|---|---|
| 1.326,30 | 2.961,40 | 2.961,40 | 236,91 | 2.494,82 | 7,50 |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo

___/___/___

Banrisul

**Recibo de Transferência**

Número: 01093477722/00000000196526/042822
Data: 30/11/2020
Hora: 15:31:12

| | |
|---|---|
| Canal: | Office Banking |
| Data Débito: | 30/11/2020 |
| Valor: | R$ 2701,62 |
| Tipo: | Folha de Pagamento |
| Conta do Remetente: | 0235-06.025232.0-4 |
| Nome do Remetente: | SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO |
| Conta do Destinatário: | 0235-35.037732.0-8 |
| Nome do Destinatário: | LISIANE SOUZA SILVEIRA BOTELHO |
| Finalidade: | SAL NOVEMBRO 20 |

Atenciosamente

Banco do Estado do Rio Grande do Sul S.A.

039472451BD73486F0AE3832AAB75443FD85

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

SANTA CASA DE CARIDADE D JAGUARÃO
CNPJ: 88.413.661/0001-90 CC: SAMU Folha Mensal
Mensalista Novembro de 2020

| Código | Nome do Funcionário | CBO | Departamento | Filial |
|---|---|---|---|---|
| 502 | LISIANE DE SOUZA SILVEIRA BOTELHO | 322205 | 12 | 1 |
| | TÉCNICO DE ENFERMAGEM | Admissão: | 01/11/2013 | |

| Código | Descrição | Referência | Vencimentos | Descontos |
|---|---|---|---|---|
| 1 | HORAS NORMAIS | 220,00 | 1.460,34 | |
| 93 | QUINQUENIO | 1,00 | 73,02 | |
| 854 | REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR | 0,00 | 63,73 | |
| 16 | INSALUBRIDADE 20% | 20,00 | 209,00 | |
| 25 | ADICIONAL NOTURNO | 192,00 | 254,90 | |
| 20 | GRATIFICACOES | 995,91 | 995,91 | |
| 202 | REFEISUL | 2,00 | | 2,00 |
| 998 | I.N.S.S. | 9,44 | | 288,45 |
| 999 | IMPOSTO DE RENDA | 7,50 | | 64,83 |

| Total de Vencimentos | Total de Descontos |
|---|---|
| 3.056,90 | 355,28 |

BANRISUL 41
conta corrente: 350377320-8 Agência: 0235 - 23

Valor Líquido ⇨ 2.701,62

| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Cálc. FGTS | F.G.T.S do Mês | Base Cálc. IRRF | Faixa IRRF |
|---|---|---|---|---|---|
| 1.460,34 | 3.056,90 | 3.056,90 | 244,55 | 2.768,45 | 7,50 |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

__/__/__

# RECIBO DE FERIAS

Empresa: SANTA CASA DE CARIDADE D JAGUARÃO CNPJ: 88.413.661/0001-90

Empregado: 502 - LISIANE DE SOUZA SILVEIRA BOTELHO CPF: 010.114.760.02

Periodo de Aquisicao...: 01/11/2018 a 31/10/2019
Periodo das Férias.....: 01/12/2020 a 30/12/2020

Retorno ao Trabalho....: 31/12/2020
Pagamento do Recibo....: 27/11/2020
Salário Base.....: R$ 1.460,34

Série CTPS.: 0010
Número CTPS: 07427782
Dias Férias.: 30

Dias Abono..: 0

| Rubrica | Descricão | Referência | Proventos | Descontos |
|---|---|---|---|---|
| 230 | GRATIFICAÇÃO FÉRIAS | 0,00 | 995,91 | |
| 003 | HORAS FERIAS | 220,00 | 1.413,23 | |
| 805 | MEDIA VALOR FERIAS | 887,98 | 887,98 | |
| 807 | VANTAGENS FERIAS | 272,92 | 272,92 | |
| 931 | 1/3 DAS FERIAS | 33,33 | 858,04 | |
| 812 | INSS FERIAS | 9,89 | | 339,43 |
| 942 | IRRF FERIAS | 15,00 | | 109,11 |
| | | Totais.....: | 4.428,08 | 448,54 |
| | | Líquidos....: | 3.979,54 | |

Recebi a importância de (três mil novecentos e setenta e nove reais e cinqüenta e quatro centavos) referente quitação das férias.

JAGUARAO, 27 de Novembro de 2020

---

SANTA CASA DE CARIDADE D JAGUARÃO

---

LISIANE DE SOUZA SILVEIRA BOTELHO

Banrisul

COMPROVANTE DE RECOLHIMENTO / FGTS
**********
BANCO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL S.A.

| | |
|---|---|
| Conta Debitada | : 06.025232.0-4 |
| Nome | : SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO |
| Agência de Débito | : 0235 |
| Canal/Equip | : Office Banking/9998 |
| NSU de Pagamento | : 01097389725 |
| NSU de Autenticação | : 057844 |

Representação Numérica do Código de Barras
858300000793.763301792014.207647050889.841366100015

| | |
|---|---|
| Descrição Pagamento | : CAIXA FED FGTS GRF |
| CPF/CEI/CNPJ | : 88413661000190 |
| Código do Convênio | : 0179 |
| Data de Validade | : 07/12/2020 |
| Competência | : 11/2020 |
| Valor Total | : 7.976,33 |
| Pagamento Efetuado em | : 07/12/2020 |

Autenticação : 041023599980578440712202000000797633

Este Documento serve como Comprovante de Pagto.
Portanto, Deverá ser Guardado Junto a GUIA DO FGTS.
==========

034359434E5CD1016897585E9C1ED74C7978

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

Desta Guia o valor de R$ 1.773,56
refere-se a SAMU

FGTS
FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

GRF - GUIA DE RECOLHIMENTO DO FGTS
GERADA EM 03/12/2020 - 10:41:48

PO

GFIP - SEFIP 8.40

| 01-RAZÃO SOCIAL/NOME | 02-DDD/TELEFONE |
|---|---|
| SANTA CASA DE CARIDADE D JAGUARAO | (0053)32611088 |

| 03-FPAS | 04-SIMPLES | 05-REMUNERAÇÃO | 06-QTDE TRABALHADORES | 07-ALÍQUOTA FGTS |
|---|---|---|---|---|
| 639 | 1 | 99.704,18 | 31 | 8 |

| 08-CÓD RECOLHIMENTO | 09-ID RECOLHIMENTO | 10-INSCRIÇÃO/TIPO ( 8 ) | 11-COMPETÊNCIA | 12-DATA DE VALIDADE |
|---|---|---|---|---|
| 115 | 017980-9 | 88.413.661/0001-90 | 11/2020 | 07/12/2020 |

| 13-DEPÓSITO + CONTRIB SOCIAL | 14-ENCARGOS | 15-TOTAL A RECOLHER |
|---|---|---|
| 7.976,33 | 0,00 | 7.976,33 |

**VALOR FGTS A RECOLHER ATÉ O DIA 07/12/2020**

858300000793 763301792014 207647050889 841366100015

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA


FGTS
FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

GRF - GUIA DE RECOLHIMENTO DO FGTS
GERADA EM 03/12/2020 - 10:41:48

GFIP - SEFIP 8.40

| 01-RAZÃO SOCIAL/NOME | 02-DDD/TELEFONE |
|---|---|
| SANTA CASA DE CARIDADE D JAGUARAO | (0053)32611088 |

| 03-FPAS | 04-SIMPLES | 05-REMUNERAÇÃO | 06-QTDE TRABALHADORES | 07-ALÍQUOTA FGTS |
|---|---|---|---|---|
| 639 | 1 | 99.704,18 | 31 | 8 |

| 08-CÓD RECOLHIMENTO | 09-ID RECOLHIMENTO | 10-INSCRIÇÃO/TIPO ( 8 ) | 11-COMPETÊNCIA | 12-DATA DE VALIDADE |
|---|---|---|---|---|
| 115 | 017980-9 | 88.413.661/0001-90 | 11/2020 | 07/12/2020 |

| 13-DEPÓSITO + CONTRIB SOCIAL | 14-ENCARGOS | 15-TOTAL A RECOLHER |
|---|---|---|
| 7.976,33 | 0,00 | 7.976,33 |

**VALOR FGTS A RECOLHER ATÉ O DIA 07/12/2020**

858300000793 763301792014 207647050889 841366100015

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Banrisul

**Recibo de Pagamento**

Número: 01089378982/00000000179982/027672
Data: 19/11/2020
Hora: 10:30:39

| | |
|---|---|
| Canal: | Office Banking |
| Tipo Pagamento: | Títulos Banrisul / Outros Bancos |
| Cód. Barras: | 0419210109.00684273006.29958840034.1.84440000590000 |
| Emissor: | BANCO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL S.A. |
| Ag./Conta Débito: | 0235-06.025232.0-4-SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO |
| Valor: | R$ 5.900,00 |
| Data Débito: | 19/11/2020 |
| Data Vencimento: | 19/11/2020 |
| Pagador Final: | SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO |
| CPF/CNPJ Pagador Final: | 88.413.661/0001-90 |
| Pagador: | SANTA CASA DE CARIDADE DE JAG |
| CPF/CNPJ Pagador: | 88.413.661/0001-90 |
| Beneficiario Original: | BANRISUL CARTOES CDR PR |
| CPF/CNPJ Beneficiario Original: | 92.934.215/0001-06 |

Atenciosamente

Banco do Estado do Rio Grande do Sul S.A.

03D848921192B2F38B8FADA462CAA7B11046

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

Desta Guia o valor de R$ 1.000,00
referente a SAMU

LANÇADO

# Banrisul

## RECIBO DO PAGADOR

| Beneficiário: | Agência/Cód. Beneficiário | Nosso Número | Vencimento |
|---|---|---|---|
| BANRISUL CARTOES CDR PR - CNPJ: 92.934.215/0001-06<br>RUA CALDAS JUNIOR, 120 - CENTRO HISTORICO, PORTO ALEGRE - RS, 90018900 | 0100/06842736-8 | 0029958858 | 19/11/2020 |

Pagador

Multa:0,00%
Juros:0,00%

**SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARAO**
**CPF/CNPJ: 88413661000190**
**PC DR HERMES P AFFONSO SN**
**96300000 CENTRO - JAGUARÃO - RS**

Número do Cartão

Nº do Documento: **299588**

Demonstrativo das Transações

Esse boleto e referente a fatura: 589859
- Instruções para Agência/Código do Beneficiário 0100/06842743-0 (CLIENTE PÓS-PAGO):
APOS O VENCIMENTO, COBRAR JUROS 1% AO MES PRO RATA E COBRAR MULTA DE 2,00%.
PROTESTAR CASO IMPAGO 30 DIAS APOS VENCIMENTO
- Instruções para Agência/Código do Beneficiário 0100/06842736-8 (CLIENTE PRÉ-PAGO):
NÃO RECEBER APÓS O VENCIMENTO / SAC-0800 6461515 / OUVIDORIA - 0800 6442200

| Limite de Crédito | Disp. para compras em: | Valor mínimo a pagar: | Total desta Fatura |
|---|---|---|---|
| | | **0,00** | **5.900,00** |

Corte aqui

# Banrisul 041-8 | 04192.10109 00684.273006 29958.840034 1 84440000590000

Local de Pagamento

Até o vencimento, pagar preferencialmente nas agências do Banrisul.

Vencimento: **19/11/2020**

Beneficiário/CNPJ/CPF

BANRISUL CARTOES CDR PR - CNPJ: 92.934.215/0001-06

Agência / Código do Beneficiário: **0100/06842736-8**

| Data do Documento | Nº do Documento | Espécie Doc. | Aceite | Data do Processamento |
|---|---|---|---|---|
| 19/11/2020 | 299588 | DS | N | 19/11/2020 |

Nosso Número: **1/0029958858**

| Uso do Banco | Carteira | Espécie | Quantidade | Valor |
|---|---|---|---|---|
| | 1 | R$ | | |

(=) Valor do Documento: **5.900,00**

Instruções (Todas as informações deste BOLETO são de exclusiva responsabilidade do beneficiário)

Esse boleto e referente a fatura: 589859
- Instruções para Agência/Código do Beneficiário 0100/06842743-0 (CLIENTE PÓS-PAGO):
APOS O VENCIMENTO, COBRAR JUROS 1% AO MES PRO RATA E COBRAR MULTA DE 2,00%.
PROTESTAR CASO IMPAGO 10 DIAS APOS VENCIMENTO
- Instruções para Agência/Código do Beneficiário 0100/06842743-0 (CLIENTE PÓS-PAGO):
APOS O VENCIMENTO, COBRAR JUROS 1% AO MES PRO RATA E COBRAR MULTA DE 2,00%.
PROTESTAR CASO IMPAGO 30 DIAS APOS VENCIMENTO

(-) Desconto / Abatimento
(-) Outras Deduções
(+) Mora / Multa
(+) Outros Acréscimos
(=) Valor Cobrado

Pagador

**SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARAO**
**CPF/CNPJ: 88413661000190**
**PC DR HERMES P AFFONSO SN**
**96300000, CENTRO - JAGUARÃO - RS**

Código de Baixa:

Autenticação Mecânica/FICHA DE COMPENSAÇÃO

Banrisul

## Recibo de Pagamento - Guia da Previdência Social (GPS)

Número: 01103183888/00000000703932/078243
Data: 18/12/2020
Hora: 11:27:18

Prezado Cliente: SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO

Efetuamos em 18/12/2020, o seguinte pagamento de Guia de Previdência Social, conforme Resolução N.484, 16/09/1997.

| | |
|---|---|
| Correntista.....: | SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO |
| Conta de débito.....: | 06.025232.0-4 |
| Agência.....: | 0235 |
| Nome ou Razão Social.....: | SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARAO |
| Código de Pagamento.....: | 2305 - FILANTROPICAS COM ISENCAO - CNPJ |
| Mês/Ano Competência.....: | 11/2020 |
| Identificador.....: | 88413661000190 |
| Valor(6) do INSS.....: | R$ 14.201,23 |
| Valor(9) Outras Entidades..: | R$ 0,00 |
| Valor(10) Juros/Multas.....: | R$ 0,00 |
| Valor(11) Total Arrecadado.: | R$ 14.201,23 |

Autenticação.....: 041023599981838881812202000000000142012 3

Atenciosamente

Banco do Estado do Rio Grande do Sul S.A.

03A73B71794377501203808ACD44B0038002

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

2.26402

SAMU

70

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS
SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP

PREVIDÊNCIA SOCIAL

**GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO<br>**CNPJ 88.413.661/0001-90**<br>SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARAO<br>PC DR HERMES PINTO AFFONSO SN<br><br>JAGUARAO RS<br>CEP 96300-000 | | 3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO | 2305 |
| | | 4 - COMPETÊNCIA | 11/2020 |
| | | 5 - IDENTIFICADOR | 88.413.661/0001-90 |
| | | 6 - VALOR DO INSS | 14.201,23 |
| | | 7 - | |
| | | 8 - | |
| 2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS) | 18/12/2020 | 9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES | 0,00 |
| **ATENÇÃO:** É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado. | | 10 - ATM/MULTA E JUROS | 0,00 |
| | | 11 - TOTAL | 14.201,23 |

AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA

1ªVia-INSS -2ªVia CONTRIBUINTE

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS
SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP

PREVIDÊNCIA SOCIAL

GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO<br>CNPJ 88.413.661/0001-90<br>SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARAO<br>PC DR HERMES PINTO AFFONSO SN<br><br>JAGUARAO RS<br>CEP 96300-000 | | 3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO | 2305 |
| | | 4 - COMPETÊNCIA | 11/2020 |
| | | 5 - IDENTIFICADOR | 88.413.661/0001-90 |
| | | 6 - VALOR DO INSS | 14.201,23 |
| | | 7 - | |
| | | 8 - | |
| 2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS) | 18/12/2020 | 9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES | 0,00 |
| ATENÇÃO: É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado. | | 10 - ATM/MULTA E JUROS | 0,00 |
| | | 11 - TOTAL | 14.201,23 |

AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA

1ªVia-INSS -2ªVia CONTRIBUINTE

Po
fume, omari

1a. via

**MINISTÉRIO DA FAZENDA**
**SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL**
**Documento de Arrecadação de Receitas Federais**

# DARF

| | | |
|---|---|---|
| 02 | PERÍODO DE APURAÇÃO → | 30/11/2020 |
| 03 | NÚMERO DO CPF OU CNPJ → | 88.413.661/0001-90 |
| 04 | CÓDIGO DA RECEITA → | 0561 |
| 05 | NÚMERO DE REFERÊNCIA → | |
| 06 | DATA DE VENCIMENTO → | 18/12/2020 |
| 07 | VALOR DO PRINCIPAL → | 4.818,58 |
| 08 | VALOR DA MULTA → | 0,00 |
| 09 | VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69 → | 0,00 |
| 10 | VALOR TOTAL → | 4.818,58 |
| 11 | AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1a. e 2a. vias) | |

01 NOME / RAZÃO SOCIAL

SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARAO

Data limite para acolhimento: **18/12/2020**

Observações:

Sicalc Contribuinte - 8721 - RS

SENDA (Versão:4.9.6) 17/12/2020 16:29:31

---

2a. via


**MINISTÉRIO DA FAZENDA**
**SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL**
**Documento de Arrecadação de Receitas Federais**

# DARF

| | | |
|---|---|---|
| 02 | PERÍODO DE APURAÇÃO → | 30/11/2020 |
| 03 | NÚMERO DO CPF OU CNPJ → | 88.413.661/0001-90 |
| 04 | CÓDIGO DA RECEITA → | 0561 |
| 05 | NÚMERO DE REFERÊNCIA → | |
| 06 | DATA DE VENCIMENTO → | 18/12/2020 |
| 07 | VALOR DO PRINCIPAL → | 4.818,58 |
| 08 | VALOR DA MULTA → | 0,00 |
| 09 | VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69 → | 0,00 |
| 10 | VALOR TOTAL → | 4.818,58 |
| 11 | AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1a. e 2a. vias) | |

01 NOME / RAZÃO SOCIAL

SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARAO

Data limite para acolhimento: **18/12/2020**

Observações:

Sicalc Contribuinte - 8721 - RS

SENDA (Versão:4.9.6) 17/12/2020 16:29:31

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARÃO

PRESTAÇÃO DE CONTAS

ANEXO I

IDENTIFICAÇÃO:

1- NOME DA ENTIDADE: SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARÃO

2- CNPJ: 88.413661/0001-90

3- ENDEREÇO: PRÇ. DR. HERMES PINTOS AFFONSO S/N

4- NOME DO RESPONSÁVEL: GILCELLI SOARES MACHADO

5- CPF: 812.258.730-53

6- ASSINATURA DO RESPONSÁVEL:

7- VALOR DA SUBVENÇÃO RECEBIDA: R$ 15.000,00
(QUINZE MIL REAIS)

8- DATA DO RECEBIMENTO DA SUBVENÇÃO:04/12/2020

Juliana da S. Figueiredo
Contadora CRC SP 269868/O-2 RS
CPF 350.268.028-00

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARÃO

PRESTAÇÃO DE CONTAS

PLANO OPERATIVO - NOVEMBRO /2020

ANEXO II

| 1- RECEITA | | 2- DESPESA | |
|---|---|---|---|
| 1.1 DISCRIMINAÇÃO | 1.2 VALOR R$ | 2.1 DISCRIMINAÇÃO | 2.2 VALOR R$ |
| PROGRAMA TRAUMATOLOGIA | 15.000,00 | PROGRAMA TRAUMATOLOGIA | 15.000,00 |
| | | | |
| | | | |
| TOTAL | **15.000,00** | | **15.000,00** |

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARÃO

PRESTAÇÃO DE CONTAS

ANEXO III

| 1.4 | 1.5 | 1.6 | 1.7 |
|---|---|---|---|
| DOCUMENTO | DATA | FAVORECIDO | VALOR R$ |
| NF 103 | 09/12/20 | TRAUMA CLIN. DE TRAUMATO E ORTOPEDIA | 15.000,00 |
| | | | |
| TOTAL | | | **15.000,00** |

# DANFSE - Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Serviço Eletrônica

**TRAUMA CLINICA DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA LTDA - ME**
PC.DR. HERMES PINTO AFFONSO, 0
CEP: 96300-000 - Bairro: SEDE
Município: Jaguarão - RS
E-mail: ativa@ativacont.com.br
Fone: (00) 0000-0000

| CNPJ / CPF | Inscrição Estadual | Inscrição Municipal |
|---|---|---|
| 00.705.064/0001-98 | **** | 361455 |

| Número da NFS-e | |
|---|---|
| 202000000000103 | |
| Data do Serviço | Código Verificador |
| 08/12/2020 | 00e77890f |

**PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARÃO/RS**
**Secretaria Municipal da Fazenda**
Fone: (53) 3261-1999 - sistemas.jaguarao.rs.gov.br/NFSe.Portal

| Dt. de Emissão | Exigibilidade ISS | Tributado no Município |
|---|---|---|
| 08/12/2020 | Exigível | Jaguarão/RS |

## TOMADOR DO SERVIÇO

Nome / Razão Social: SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARAO
Endereço: RUA DR. HERMES P. AFFONSO,0
Cidade: Jaguarão | UF: RS | Fone: (53) 3261-1088 | CEP: 96300-000
Bairro: CENTRO
CNPJ / CPF: 88.413.661/0001-90 | Inscrição Municipal: 3072 | Inscrição Estadual:
E-mail: santacasajaguarao_financeiro@hotmail.com

**Município de Prestação do Serviço**
Jaguarão/RS

## INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO

Nome / Razão Social: ***** | CNPJ / CPF: ***** | Inscrição Municipal: *****
E-mail: | Fone: | Cidade: *****

| DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS | VALOR TOTAL | ALIQ. | VALOR IMPOSTO | RETIDO |
|---|---|---|---|---|
| Serviços Prestados referente ao mês de Novembro de 2020 - Traumatologia. | 15.000,00 | 3,00 | 450,00 | Não |

Código do Serviço: 04.01 - Medicina e biomedicina
Código NBS: *********

| CIDE | COFINS | COFINS Importação | ICMS | IOF | IPI | PIS/PASEP | PIS/PASEP Importação |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

| Base Cálculo ISSQN Próprio | Valor do ISSQN Próprio | Base Cálculo ISSQN Retido | Valor do ISSQN Retido | Valor Total do ISSQN | Valor Dedução/Descontos |
|---|---|---|---|---|---|
| 15.000,00 | 450,00 | 0,00 | 0,00 | 450,00 | 0,00 |

**Valor Total da NFS-e:** 15.000,00 | **Valor Líquido da NFS-e:** 15.000,00

Informações Adicionais

Lei 12741/2012: Mun: R$313,50; Est: R$0,00; Fed: R$2017,50; Total Aprox: R$2331,00. Fonte: IBPT.

Consulta realizada em 08/12/2020 às 14:02:45.
**Para consultar a autenticidade acesse: sistemas.jaguarao.rs.gov.br/NFSe.Portal**

2020000000001030 0e77890f00705064000198

---

| Recebi(emos) de | 202000000000103 Número da NFS-e | Número de Controle do Município |
|---|---|---|
| TRAUMA CLINICA DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA LTDA - ME | Competência 08/12/2020 | |
| os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado. | NFS-e 00e77890f | |
| / / | | |

Consulta realizada em 08/12/2020 às 14:02:45.
**Para consultar a autenticidade acesse: sistemas.jaguarao.rs.gov.br/NFSe.Portal**

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARÃO

PRESTAÇÃO DE CONTAS

ANEXO I

IDENTIFICAÇÃO:

1- NOME DA ENTIDADE: SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARÃO

2- CNPJ: 88.413661/0001-90

3- ENDEREÇO: PR.Ç. DR. HERMES PINTOS AFFONSO S/N

4- NOME DO RESPONSÁVEL: GILCELLI SOARES MACHADO

5- CPF: 812.258.730-53

6- ASSINATURA DO RESPONSÁVEL:

7- VALOR DA SUBVENÇÃO RECEBIDA: R$ 27.000,00
(VINTE E SETE MIL REAIS)

8- DATA DO RECEBIMENTO DA SUBVENÇÃO: 04/12/20

Juliana da S. Figueiredo
Contadora CRC SP 269868/O-2 RS
CPF 350.268.028-00

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARÃO

PRESTAÇÃO DE CONTAS

PLANO OPERATIVO - NOVEMBRO /2020

ANEXO II

| 1- RECEITA | | 2- DESPESA | |
|---|---|---|---|
| 1.1 DISCRIMINAÇÃO | 1.2 VALOR R$ | 2.1 DISCRIMINAÇÃO | 2.2 VALOR R$ |
| PROGRAMA SAUDE MATERNO INFANTIL PEDIATRAS | 27.000,00 | PROGRAMA SAUDE MATERNA INFANTIL PEDIATRAS | 27.000,00 |
| | | | |
| | | | |
| TOTAL | 27.000,00 | | 27.000,00 |

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARÃO

PRESTAÇÃO DE CONTAS

ANEXO III

| 1.4 | 1.5 | 1.6 | 1.7 |
|---|---|---|---|
| DOCUMENTO | | FAVORECIDO | VALOR R$ |
| NF 91 | 09/12/20 | CLINICA DE FISIOTERAPIA E PEDIATRIA LTDA. | 13.125,00 |
| NF 36 | 09/12/20 | JORGE DAMIAN | 11.288,00 |
| NF 31 | 09/12/20 | LIANE | 2.587,00 |
| TOTAL | | | 27.000,00 |

Banrisul

**Recibo de Transferência**

Número: 01098826953/00000000140168/063455
Data: 09/12/2020
Hora: 15:19:51

| | |
|---|---|
| Canal: | Office Banking |
| Data Débito: | 09/12/2020 |
| Valor: | R$ 11.288,00 |
| Tipo: | Transferência de valor entre contas Banrisul |
| Conta do Remetente: | 0235-06.025232.0-4 |
| Nome do Remetente: | SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO |
| Conta do Destinatário: | 0235-35.042486.0-3 |
| Nome do Destinatário: | JORGE DAMIAN FONSECA MAUCIONE |
| Finalidade: | PGTO PEDIATRIA NOV 20 |

Atenciosamente

Banco do Estado do Rio Grande do Sul S.A.

034AA38DB8645F97E97F9BF9C2C6DA2A4361

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

LANCAD

# DANFSE - Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Serviço Eletrônica

**JORGE DAMIAN FONSECA MAUCIONE**
RUA JOÃO AZEVEDO, 1068 - APT 02
CEP: 96300-000 - Bairro: CENTRO
Município: Jaguarão - RS
E-mail: jdfm015@gmail.com
Fone: (53) 9945-5237

| CNPJ / CPF | Inscrição Estadual | Inscrição Municipal |
|---|---|---|
| 30.254.123/0001-10 | **** | 362024 |

| Número da NFS-e | |
|---|---|
| 202000000000036 | |
| Data do Serviço | Código Verificador |
| 08/12/2020 | efd40007a |

**PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARÃO/RS**
**Secretaria Municipal da Fazenda**
Fone: (53) 3261-1999 - sistemas.jaguarao.rs.gov.br/NFSe.Portal

| Dt. de Emissão | Exigibilidade ISS | Tributado no Município |
|---|---|---|
| 08/12/2020 | Exigível | Jaguarão/RS |

## TOMADOR DO SERVIÇO

Nome / Razão Social: SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARAO
Endereço: RUA DR. HERMES P. AFFONSO,0
Cidade: Jaguarão | UF: RS | Fone: (53) 3261-1088 | CEP: 96300-000
Bairro: CENTRO
CNPJ / CPF: 88.413.661/0001-90 | Inscrição Municipal: 3072 | Inscrição Estadual:
E-mail: santacasajaguarao_financeiro@hotmail.com

## Município de Prestação do Serviço

Jaguarão/RS

## INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO

Nome / Razão Social: ***** | CNPJ / CPF: ***** | Inscrição Municipal: *****
E-mail: | Fone: | Cidade: *****

| DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS | VALOR TOTAL | ALIQ. | VALOR IMPOSTO | RETIDO |
|---|---|---|---|---|
| PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS PLANO OPERATIVO COMP.11.2020 -PEDIATRIA | 11.288,00 | 0,00 | 0,00 | Não |

Código do Serviço: 04.01 - Medicina e biomedicina.
Código NBS: *********

| CIDE | COFINS | COFINS Importação | ICMS | IOF | IPI | PIS/PASEP | PIS/PASEP Importação |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

| Base Cálculo ISSQN Próprio | Valor do ISSQN Próprio | Base Cálculo ISSQN Retido | Valor do ISSQN Retido | Valor Total do ISSQN | Valor Dedução/Descontos |
|---|---|---|---|---|---|
| 11.288,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

| Valor Total da NFS-e | 11.288,00 | Valor Líquido da NFS-e | 11.288,00 |
|---|---|---|---|

Informações Adicionais

NOTA EMITIDA POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL
NÃO GERA DIREITO A CRÉDITO FISCAL DE IPI
Lei 12741/2012: Mun: R$235,92; Est: R$0,00; Fed: R$1518,24; Total Aprox: R$1754,16. Fonte: IBPT.

Consulta realizada em 08/12/2020 às 11:08:08.
**Para consultar a autenticidade acesse: sistemas.jaguarao.rs.gov.br/NFSe.Portal**

202000000000036efd40007a30254123000110

---

| Recebi(emos) de | 202000000000036 | Número de Controle do Município |
|---|---|---|
| JORGE DAMIAN FONSECA MAUCIONE | Número da NFS-e | |
| os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado. | Competência 08/12/2020 | |
| / / | NFS-e efd40007a | |

Consulta realizada em 08/12/2020 às 11:08:08.
**Para consultar a autenticidade acesse: sistemas.jaguarao.rs.gov.br/NFSe.Portal**

Banrisul

**Recibo de Transferência**

Número: 01098815555/00000000131913/063422
Data: 09/12/2020
Hora: 15:09:15

| | |
|---|---|
| Canal: | Office Banking |
| Data Débito: | 09/12/2020 |
| Valor: | R$ 13.125,00 |
| Tipo: | Transferência de valor entre contas Banrisul |
| Conta do Remetente: | 0235-06.025232.0-4 |
| Nome do Remetente: | SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO |
| Conta do Destinatário: | 0235-06.039133.0-8 |
| Nome do Destinatário: | CLINICA DE FISIOTERAPIA E PEDIATRIA |
| Finalidade: | PGTO PEDIATRIA NOV 20 |

Atenciosamente

Banco do Estado do Rio Grande do Sul S.A.

03C18F4B076DE8E25E27F97CCB4974066468

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

LANÇADO

# DANFSE - Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Serviço Eletrônica

**CLINICA DE FISIOTERAPIA E PEDIATRIA LTDA**
RUA DOS ANDRADAS, 1315
CEP: 96300-000 - Bairro: CENTRO
Município: Jaguarão - RS
E-mail: elisandro@escritoriofariars.com.br
Fone: (53) 3261-2163

| CNPJ / CPF | Inscrição Estadual | Inscrição Municipal |
|---|---|---|
| 08.040.063/0001-83 | **** | 359559 |

| Número da NFS-e | |
|---|---|
| 202000000000091 | |
| Data do Serviço | Código Verificador |
| 09/12/2020 | 33de7e1c0 |

## PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARÃO/RS

**Secretaria Municipal da Fazenda**
Fone: (53) 3261-1999 - sistemas.jaguarao.rs.gov.br/NFSe.Portal

| Dt. de Emissão | Exigibilidade ISS | Tributado no Município |
|---|---|---|
| 09/12/2020 | Exigível | Jaguarão/RS |

### TOMADOR DO SERVIÇO

Nome / Razão Social: SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARAO
Endereço: RUA DR. HERMES P. AFFONSO,0
Cidade: Jaguarão | UF: RS | Fone: (53) 3261-1088 | CEP: 96300-000
Bairro: CENTRO
CNPJ / CPF: 88.413.661/0001-90 | Inscrição Municipal: 3072 | Inscrição Estadual:
E-mail: santacasajaguarao_financeiro@hotmail.com

### Município de Prestação do Serviço

Jaguarão/RS

### INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO

Nome / Razão Social: ***** | CNPJ / CPF: ***** | Inscrição Municipal: *****
E-mail: | Fone: | Cidade: *****

| DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS | VALOR TOTAL | ALIQ. | VALOR IMPOSTO | RETIDO |
|---|---|---|---|---|
| Serviços pretados Pediatria nov/20 | 13.125,00 | 3,00 | 393,75 | Não |

Código do Serviço
04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.

Código NBS
*********

| CIDE | COFINS | COFINS Importação | ICMS | IOF | IPI | PIS/PASEP | PIS/PASEP Importação |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

| Base Cálculo ISSQN Próprio | Valor do ISSQN Próprio | Base Cálculo ISSQN Retido | Valor do ISSQN Retido | Valor Total do ISSQN | Valor Dedução/Descontos |
|---|---|---|---|---|---|
| 13.125,00 | 393,75 | 0,00 | 0,00 | 393,75 | 0,00 |

| Valor Total da NFS-e | 13.125,00 | Valor Líquido da NFS-e | 13.125,00 |
|---|---|---|---|

Informações Adicionais

Lei 12741/2012: Mun: R$274,31; Est: R$0,00; Fed: R$1765,31; Total Aprox: R$2039,62. Fonte: IBPT.

Consulta realizada em 09/12/2020 às 11:05:07.
**Para consultar a autenticidade acesse: sistemas.jaguarao.rs.gov.br/NFSe.Portal**

2020000000000913 3de7e1c008040063000183

---

| Recebi(emos) de | 202000000000091 Número da NFS-e | Número de Controle do Município |
|---|---|---|
| CLINICA DE FISIOTERAPIA E PEDIATRIA LTDA | Competência 09/12/2020 | |
| os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado. | NFS-e 33de7e1c0 | |
| / / | | |

Consulta realizada em 09/12/2020 às 11:05:07.
**Para consultar a autenticidade acesse: sistemas.jaguarao.rs.gov.br/NFSe.Portal**

Banrisul

**Recibo de Transferência**

Número: 01098819125/00000000134563/063430
Data: 09/12/2020
Hora: 15:12:38

| | |
|---|---|
| Canal: | Office Banking |
| Data Débito: | 09/12/2020 |
| Valor: | R$ 2.587,00 |
| Tipo: | Transferência de valor entre contas Banrisul |
| Conta do Remetente: | 0235-06.025232.0-4 |
| Nome do Remetente: | SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO |
| Conta do Destinatário: | 0690-06.020139.0-7 |
| Nome do Destinatário: | TAMARA DIAZ ROMERO |
| Finalidade: | PGTO PEDIATRIA NOV 20 |

Atenciosamente

Banco do Estado do Rio Grande do Sul S.A.

037319DA24DEA4C15537B4F9C17B29A8B898

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

LANÇADO

**PREFEITURA MUNICIPAL DE HERVAL**

**NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NF-E**

| NÚMERO DA NOTA | DATA E HORA DE EMISSÃO | CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO |
|---|---|---|
| **31** | **07/12/2020 15:54** | **JQCP-QFIZ** |

## PRESTADOR DE SERVIÇOS

CNPJ/CPF: **37.018.598/0001-56**
NOME: **TAMARA DIAZ ROMERO**
RAZÃO SOCIAL: **TAMARA DIAZ ROMERO**
ENDEREÇO: **PINTO BANDEIRA, 959**
MUNICÍPIO: **HERVAL**

INSCRIÇÃO ESTADUAL: ----
INSCRIÇÃO MUNICIPAL: ----
PIS/PASEP: ----
UF: **RS**

## TOMADOR DE SERVIÇOS

NOME/RAZÃO SOCIAL: **SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARÃO**
CPF/CNPJ: **88.413.661/0001-90**
ENDEREÇO: **RUA DR. HERMES P. AFFONSO**
MUNICÍPIO: **JAGUARÃO**
E-MAIL: **SANTACASAJAGUARAO_FINANCEIRO@HOTMAIL.COM**

INSCRIÇÃO ESTADUAL: ----
INSCRIÇÃO MUNICIPAL: **3072**
CEP: **96300-000**
UF: **RS**

## DISCRIMINAÇÃO DE SERVIÇOS E DEDUÇÕES

| CÓDIGO | SERVIÇO | ALÍQUOTA (%) | BASE DE CALCULO (R$) | ISS RETIDO (R$) | ISS (R$) |
|---|---|---|---|---|---|
| 668 | ATIVIDADES DE ATENDIMENTOS EM PRONTO-SOCORRO E UNIDADES HOSPITALARES PARA ATENDIMENTO A URGÊNCIAS | 4,00 | 2.587,00 | 0,00 | 103,48 |

**DISCRIMINAÇÃO**

SERVIÇOS PRESTADOS EM PEDIATRIA - NOVEMBRO 2020

## DISCRIMINAÇÃO DA NOTA

SERVIÇOS PRESTADOS EM PEDIATRIA NOVEMBRO 2020

## OBSERVAÇÕES DA NOTA

SERVIÇOS PRESTADOS EM PEDIATRIA NOVEMBRO 2020

**VALOR TOTAL DA NOTA = R$ 2.587,00** | **VALOR LÍQUIDO DA NOTA = R$ 2.587,00**

| VALOR TOTAL DAS DEDUÇÕES (R$) | BASE DE CÁLCULO (R$) | ISSQN RETIDO (R$) | VALOR DO ISS (R$) |
|---|---|---|---|
| **0,00** | **2.587,00** | **0,00** | **103,48** |

## OUTRAS INFORMAÇÕES

- Esta NF-e foi emitida com respaldo na Lei nº e no Decreto nº

EMPRESA OPTANTE DO SIMPLES NACIONAL

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARÃO

PRESTAÇÃO DE CONTAS

ANEXO I

IDENTIFICAÇÃO:

1- NOME DA ENTIDADE: SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARÃO

2- CNPJ: 88.413661/0001-90

3- ENDEREÇO: PRÇ. DR. HERMES PINTOS AFFONSO S/N

4- NOME DO RESPONSÁVEL: GILCELLI SOARES MACHADO

5- CPF: 812.258.730-53

6- ASSINATURA DO RESPONSÁVEL:

7- VALOR DA SUBVENÇÃO RECEBIDA: R$ 2.000,00
(DOIS MIL REAIS)

8- DATA DO RECEBIMENTO DA SUBVENÇÃO: 04/12/2020

Juliana da S. Figueiredo
Contadora CRC SP 269868/O-2 RS
CPF 350.268.028-00

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARÃO

PRESTAÇÃO DE CONTAS

PLANO OPERATIVO - NOVEMBRO/2020

ANEXO II

| 1- RECEITA | | 2- DESPESA | |
|---|---|---|---|
| 1.1 DISCRIMINAÇÃO | 1.2 VALOR R$ | 2.1 DISCRIMINAÇÃO | 2.2 VALOR R$ |
| PROGRAMA PREV. COLO DE UTERO | 2.000,00 | PROGRAMA PREV. COLO DO UTERO | 2.000,00 |
| | | | |
| TOTAL | 2.000,00 | | 2.000,00 |

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARÃO

PRESTAÇÃO DE CONTAS

ANEXO III

| 1.4 | 1.5 | 1.6 | 1.7 |
|---|---|---|---|
| DOCUMENTO | DATA | FAVORECIDO | VALOR R$ |
| FOLHA DE PGTº | 04/12/20 | NEREU J. E. ARAUJO | 2.000,00 |
| | | | |
| TOTAL | | | 2.000,00 |

Banrisul

**Recibo de Transferência**

Número: 01096072963/00000000634417/053083
Data: 04/12/2020
Hora: 14:19:09

| | |
|---|---|
| Canal: | Office Banking |
| Data Débito: | 04/12/2020 |
| Valor: | R$ 2.000,00 |
| Tipo: | Transferência de valor entre contas Banrisul |
| Conta do Remetente: | 0235-06.025232.0-4 |
| Nome do Remetente: | SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO |
| Conta do Destinatário: | 0235-35.012818.0-4 |
| Nome do Destinatário: | NEREU JOAQUIM EUGENIO ARAUJO |
| Finalidade: | PGTO COLO DO UTERO NOVEMBRO 20 |

Atenciosamente

Banco do Estado do Rio Grande do Sul S.A.

038AC2255C89A08C5A2023CEF78005C80227

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

SANTA CASA DE CARIDADE D JAGUARÃO
CNPJ: 88.413.661/0001-90

CC: PRONTO SOCORRO
Mensalista

Folha Mensal
Novembro de 2020

| Código | Nome do Funcionário | CBO | Departamento | Filial |
|---|---|---|---|---|
| 5 | NEREU JOAQUIM EUGENIO ARAUJO | 225125 | 16 | 1 |
| | MEDICO | Admissão: | 01/03/2006 | |

| Código | Descrição | Referência | Vencimentos | Descontos |
|---|---|---|---|---|
| 212 | PGTO OBSTETRA SALA DE PARTO | 22.404,15 | 22.404,15 | |
| 213 | PROGRAMA PREV. COLO DO ÚTERO | 2.000,00 | 2.000,00 | |
| 857 | IRRF AUTONOMO | 27,50 | | 5.841,78 |

Matrícula INSS:

BANRISUL 41
conta corrente: 35012818-04 Agência: 0235 - 23

| Total de Vencimentos | Total de Descontos |
|---|---|
| 24.404,15 | 5.841,78 |
| Valor Líquido ⇨ | 18.562,37 |

| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Cálc. FGTS | F.G.T.S do Mês | Base Cálc. IRRF | Faixa IRRF |
|---|---|---|---|---|---|
| 0,00 | 6.101,06 | 0,00 | 0,00 | 24.404,15 | 27,50 |

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARÃO

PRESTAÇÃO DE CONTAS

ANEXO I

IDENTIFICAÇÃO:

1- NOME DA ENTIDADE: SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARÃO

2- CNPJ: 88.413661/0001-90

3- ENDEREÇO: PRÇ. DR. HERMES PINTOS AFFONSO S/N

4- NOME DO RESPONSÁVEL: GILCELLI SOARES MACHADO

5- CPF: 812.258.730-53

6- ASSINATURA DO RESPONSÁVEL:

7- VALOR DA SUBVENÇÃO RECEBIDA: R$7.800,00
(SETE MIL E OITOCENTOS REAIS )

8- DATA DO RECEBIMENTO DA SUBVENÇÃO: 04/12/20

Juliana da S. Figueiredo
Contadora CRC SP 269868/O-2 RS
CPF 350.268.028-00

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARÃO

PRESTAÇÃO DE CONTAS

PLANO OPERATIVO -NOVEMBRO/2020

ANEXO II

| 1- RECEITA | | 2- DESPESA | |
|---|---|---|---|
| 1.1 DISCRIMINAÇÃO | 1.2 VALOR R$ | 2.1 DISCRIMINAÇÃO | 2.2 VALOR R$ |
| PROGRAMA CARDIOLOGIA | 7.800,00 | PROGRAMA CARDIOLOGIA | 6.000,00 |
| TRANSPORTADO | 16,44 | INSTITUTO HERMES PARDINI | 1.100,00 |
| | | A TRANSPORTAR | 716,44 |
| | | | |
| | | | |
| TOTAL | 7.816,44 | | 7.816,44 |

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARÃO

PRESTAÇÃO DE CONTAS

ANEXO III

| 1.4 | 1.5 | 1.6 | 1.7 |
|---|---|---|---|
| DOCUMENTO | DATA | FAVORECIDO | VALOR R$ |
| NF 128 | 09/12/20 | CLIN. DE CARD. PASSOS | 6.000,00 |
| NF 166510 | 08/12/20 | INSTITUTO HERMES PARDINI | 1.032,35 |
| N D | 18/12/20 | DARF /IRF | 67,65 |
| | | | |
| | | | |
| TOTAL | | | 7.100,00 |

Banrisul

**Recibo de Transferência**

Número: 01098854533/00000000160958/063523
Data: 09/12/2020
Hora: 15:46:12

| | |
|---|---|
| Canal: | Office Banking |
| Data Débito: | 09/12/2020 |
| Valor: | R$ 6.000,00 |
| Tipo: | Transferência de valor entre contas Banrisul |
| Conta do Remetente: | 0235-06.025232.0-4 |
| Nome do Remetente: | SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO |
| Conta do Destinatário: | 0235-06.042201.0-1 |
| Nome do Destinatário: | CLINICA DE CARDIOLOGIA PASSOS LTDA |
| Finalidade: | PGTO CARDIOLOGIA NOV 20 |

Atenciosamente

Banco do Estado do Rio Grande do Sul S.A.

03D0B3759A127F5665A22144E8FF63946156

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

LANÇADO

# DANFSE - Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Serviço Eletrônica

**CLINICA DE CARDIOLOGIA PASSOS LTDA**
RUA DR. CARLOS BARBOSA, 520
CEP: 96300-000 - Bairro: CENTRO
Município: Jaguarão - RS
E-mail: elisandro@escritoriofariars.com.br
Fone: (53) 98427-8909

| CNPJ / CPF | Inscrição Estadual | Inscrição Municipal |
|---|---|---|
| 08.646.512/0001-31 | **** | 359692 |

| Número da NFS-e | |
|---|---|
| 202000000000128 | |
| Data do Serviço | Código Verificador |
| 09/12/2020 | 497338880 |

## PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARÃO/RS

**Secretaria Municipal da Fazenda**
Fone: (53) 3261-1999 - sistemas.jaguarao.rs.gov.br/NFSe.Portal

| Dt. de Emissão | Exigibilidade ISS | Tributado no Município |
|---|---|---|
| 09/12/2020 | Exigível | Jaguarão/RS |

### TOMADOR DO SERVIÇO

Nome / Razão Social: SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARAO
Endereço: RUA DR. HERMES P. AFFONSO,0
Cidade: Jaguarão | UF: RS | Fone: (53) 3261-1088 | CEP: 96300-000
Bairro: CENTRO
CNPJ / CPF: 88.413.661/0001-90 | Inscrição Municipal: 3072 | Inscrição Estadual:
E-mail: santacasajaguarao_financeiro@hotmail.com

### Município de Prestação do Serviço

Jaguarão/RS

### INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO

Nome / Razão Social: ***** | CNPJ / CPF: ***** | Inscrição Municipal: *****
E-mail: | Fone: | Cidade: *****

| DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS | VALOR TOTAL | ALIQ. | VALOR IMPOSTO | RETIDO |
|---|---|---|---|---|
| Serviços prestados Cardiologia nov/20 | 6.000,00 | 3,00 | 180,00 | Não |

Código do Serviço
04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.

Código NBS
*********

| CIDE | COFINS | COFINS Importação | ICMS | IOF | IPI | PIS/PASEP | PIS/PASEP Importação |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

| Base Cálculo ISSQN Próprio | Valor do ISSQN Próprio | Base Cálculo ISSQN Retido | Valor do ISSQN Retido | Valor Total do ISSQN | Valor Dedução/Descontos |
|---|---|---|---|---|---|
| 6.000,00 | 180,00 | 0,00 | 0,00 | 180,00 | 0,00 |

| Valor Total da NFS-e | 6.000,00 | Valor Líquido da NFS-e | 6.000,00 |
|---|---|---|---|

Informações Adicionais
Lei 12741/2012: Mun: R$125,40; Est: R$0,00; Fed: R$807,00; Total Aprox: R$932,40. Fonte: IBPT.

Consulta realizada em 09/12/2020 às 11:04:13.
**Para consultar a autenticidade acesse: sistemas.jaguarao.rs.gov.br/NFSe.Portal**

2020000000001284973388800864651200013 1

| Recebi(emos) de | 202000000000128 Número da NFS-e | Número de Controle do Município |
|---|---|---|
| CLINICA DE CARDIOLOGIA PASSOS LTDA | Competência 09/12/2020 | |
| os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado. | NFS-e 497338880 | |
| / / | | |

Consulta realizada em 09/12/2020 às 11:04:13.
**Para consultar a autenticidade acesse: sistemas.jaguarao.rs.gov.br/NFSe.Portal**

Banrisul

**Recibo de Pagamento**

Número: 01103560370/00000000084752/079435
Data: 18/12/2020
Hora: 17:30:52

| | |
|---|---|
| Canal: | Office Banking |
| Tipo Pagamento: | Títulos Banrisul / Outros Bancos |
| Cód. Barras: | 0339929879.43000000000.51671601014.1.84870000103235 |
| Emissor: | BANCO SANTANDER (BRASIL) S. A. |
| Ag./Conta Débito: | 0235-06.025232.0-4-SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO |
| Valor: | R$ 1.032,35 |
| Data Débito: | 18/12/2020 |
| Data Vencimento: | 01/01/2021 |
| Pagador Final: | SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO |
| CPF/CNPJ Pagador Final: | 88.413.661/0001-90 |
| Pagador: | SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGU |
| CPF/CNPJ Pagador: | 88.413.661/0001-90 |
| Beneficiario Original: | INSTITUTO HERMES PARDINI SA |
| CPF/CNPJ Beneficiario Original: | 19.378.769/0001-76 |
| Razão Social Beneficiario Original: | INSTITUTO HERMES PARDINI SA |

Atenciosamente

Banco do Estado do Rio Grande do Sul S.A.

03326FBC146DCBE9C74AB5D2D8EA4C6A2168

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

LANÇADO

18/12/20

# NFS-e - NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA

| Nº:2020/166510 | Emitida em: | Competência: | Código de Verificação: |
|---|---|---|---|
| | 24/11/2020 às ;22:40:00 | 24/11/2020 | ca6e5c8c |

HERMES PARDINI

**INSTITUTO HERMES PARDINI S/A**
**CPF/CNPJ: ;19.378.769/0001-76** **Inscrição Municipal: ;0344118/001-3**
RUA DOS AIMORES, 66, Funcionários - Cep: 30140-920
Belo Horizonte MG
Telefone: ;(31)3629-4687 Email: ;atendimento@hermespardini.com.br

**Tomador do(s) Serviço(s)**

**CPF/CNPJ: ;88.413.661/0001-90** **Inscrição Municipal: ;Não Informado**
**SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARAO**
PCA.DR.HERMES PINTO AFFONSO, SN, CENTRO - Cep: 96300-000
Jaguarao RS
Telefone: ;(11)11111-1111 Email: ;SANTACASAJAGUARAO@GMAIL.COM

**Discriminação do(s) Serviço(s)**
SERVICOS PRESTADOS EXAMES DE IMAGEM

Cond.Pagto.(Vencimento/Valor Liquido):01-01-2021 - R$ 1.032,35 PERIODO DE FATURAMENTO: 11/2020. 24/10/2020 A 23/11/2020. CLIENTE: 15135 Cobranca Bancaria: Se o boleto nao chegar ate o vencimento favor contactar: (31)3228-1800. O protesto e bloqueio ocorrem 10 (dez) dias apos o vencimento. Apos o vencimento, serao cobrados juros de 0,07% ao dia.

**Código de Tributação do Município (CTISS)**
0402-0/03-88 / Radiologia, endoscopia, ultrassonografia, ressonância magnética, radiologia, tomografia, eletricidade médica, audiometria e congêneres.

**Subitem Lista de Serviços LC 116/03 / Descrição:**
4.02 / Analises clinicas, patologia, eletricidade medica, radioterapia, quimioterapia, ultra-sonografia, ressonancia magnetica, radiologia, tomografia e congeneres.

**Cod/Município da incidência do ISSQN:**
3106200 / Belo Horizonte

**Natureza da Operação:**
Tributação no município

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Valor dos serviços:** | **R$ 1.100,00** | **Valor dos serviços:** | **R$ 1.100,00** |
| (-) Descontos: | R$ 0,00 | (-) Deduções: | R$ 0,00 |
| (-) Retenções Federais: | R$ 67,65 | (-) Desconto Incondicionado: | R$ 0,00 |
| (-) ISS Retido na Fonte: | R$ 0,00 | **(=) Base de Cálculo:** | **R$ 1.100,00** |
| **Valor Líquido:** | **R$ 1.032,35** | (x) Alíquota: | 3% |
| | | **(=)Valor do ISS:** | **R$ 33,00** |

**Retenções Federais:**
**PIS:** R$ 7,15 **COFINS:** R$ 33,00 **IR:** R$ 16,50 **CSLL:** R$ 11,00

**Prefeitura de Belo Horizonte - Secretaria Municipal de Fazenda**
Rua Espírito Santo, 605 - 3º andar - Centro - CEP: 30160-919 - Belo Horizonte MG.
Duvidas: SIGESP

BH NOTA 10

Santander | 033-7

**RECIBO DO PAGADOR**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Local de Pagamento<br>**PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NO SANTANDER** | | | | | Vencimento<br>**01/01/2021** |
| Beneficiário<br>**INSTITUTO HERMES PARDINI SA - CNPJ: 19.378.769/0001-76**<br>**R DOS AIMORES, 66 - FUNCIONARIOS - BELO HORIZONTE - MG - CEP: 30140920** | | | | | Agência/Cód. do Beneficiário<br>**0002091 / 002987430** |
| Data do Documento<br>**24/11/2020** | No. do Documento<br>**0801899 01** | Espécie Doc<br>**DM** | Aceite<br>**NAO ACEITO** | Data de Processamento<br>**18/12/2020** | Nosso Número<br>**0000000516716** |
| Uso do Banco | Carteira<br>**RAPIDA C/REG** | Espécie Moeda<br>**REAL** | Quantidade | (x) Valor | (=) Valor do Documento<br>**1.032,35** |

Pagador: SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARAO CNPJ: 88.413.661/0001-90
PCA.DR.HERMES PINTO AFFONSO,SN CENTRO
96300-000 - JAGUARAO - RS

Beneficiário Final — Código de Baixa

Mensagem:
COMISSAO DE PERMANENCIA AO DIA R$ 0,72

Autenticação Mecânica

Corte na linha Pontilhada

Santander | 033-7

**03399298794300000000051671601014184870000103235**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Local de Pagamento<br>**PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NO SANTANDER** | | | | | Vencimento<br>**01/01/2021** |
| Beneficiário<br>**INSTITUTO HERMES PARDINI SA - CNPJ: 19.378.769/0001-76**<br>**R DOS AIMORES, 66 - FUNCIONARIOS - BELO HORIZONTE - MG - CEP: 30140920** | | | | | Agência/Cód. do Beneficiário<br>**0002091 / 002987430** |
| Data do Documento<br>**24/11/2020** | No. do Documento<br>**0801899 01** | Espécie Doc.<br>**DM** | Aceite<br>**NAO ACEITO** | Data de Processamento<br>**18/12/2020** | Nosso Número<br>**0000000516716** |
| Uso do Banco | Carteira<br>**RAPIDA C/REG** | Espécie Moeda<br>**REAL** | Quantidade | (x) Valor | (=) Valor do Documento<br>**1.032,35** |

Instruções
COMISSAO DE PERMANENCIA AO DIA R$ 0,72

(-) Descontos/Abatimentos

(+) Mora/Multa

(=) Valor Cobrado
**1.032,35**

Pagador: SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARAO CNPJ: 88.413.661/0001-90
PCA.DR.HERMES PINTO AFFONSO,SN CENTRO
96300-000 - JAGUARAO - RS

Beneficiário Final — Código de Baixa

Autenticação Mecânica

| | |
|---|---|
| Banco | : 041 - Banrisul |
| Canal/Equip | : Office Banking/9998 |
| Ag./Conta Débito | : 0235-06.025232.0-4 |
| Correntista | : SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO |
| Data/Hora Operação | : 18/12/2020 -16:46:18 |
| NSU | : 01103518590/00000000044196/079320 |
| Tipo Pagamento | : DARF Preto |

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE DARF

| | |
|---|---|
| Agente arrecadador | : CNC 041 BANCO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL S A |
| Data de Pagamento | : 18/12/2020 |
| Periodo de Apuração | : 30/11/2020 |
| Número do CPF ou CNPJ | : 88413661000190 |
| Código da Receita | : 1708 - IRRF - REMUNER. SERV. PRESTADOS POR PJ |
| Número de Referência | : 00000000000000000 |
| Data do Vencimento | : 18/12/2020 |
| Valor do Principal | : 16,50 |
| Valor Total | : 16,50 |
| Autenticação | : 04102359998793201812202000000001650 |

Modelo aprovado pela SRF-ADE Conjunto Corat/Cotec nº 001, de 2006.

037324101AB13916890E44422BBE7E49FD31

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

Aprovado pela IN/RFB nº 736/2007

1ª Via

**MINISTÉRIO DA FAZENDA**

SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL

Documento de Arrecadação de Receitas Federais

**DARF**

| | |
|---|---|
| **02** PERÍODO DE APURAÇÃO | 30/11/2020 |
| **03** NÚMERO DO CPF OU CNPJ | 88.413.661/0001-90 |
| **04** CÓDIGO DA RECEITA | 1708 |
| **05** NÚMERO DE REFERÊNCIA | |
| **06** DATA DE VENCIMENTO | 18/12/2020 |
| **07** VALOR DO PRINCIPAL | 16,50 |
| **08** VALOR DA MULTA | 0,00 |
| **09** VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69 | 0,00 |
| **10** VALOR TOTAL | 16,50 |

**01** NOME / TELEFONE

SANTA CASA DE CARIDADE DE 53

IRRF

**DARF válido para pagamento até** 18/12/2020

Domicílio tributário do contribuinte:

JAGUARAO

**NÃO RECEBER COM RASURAS**

Auto Atendimento Versão 4.79.59.4123 - opção 1 - DLL versão 1.3

**11** AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente 1ª e 2ª vias)

cortar nesta linha


Aprovado pela IN/RFB nº 736/2007

2ª Via

**MINISTÉRIO DA FAZENDA**

SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL

Documento de Arrecadação de Receitas Federais

**DARF**

| | |
|---|---|
| **02** PERÍODO DE APURAÇÃO | 30/11/2020 |
| **03** NÚMERO DO CPF OU CNPJ | 88.413.661/0001-90 |
| **04** CÓDIGO DA RECEITA | 1708 |
| **05** NÚMERO DE REFERÊNCIA | |
| **06** DATA DE VENCIMENTO | 18/12/2020 |
| **07** VALOR DO PRINCIPAL | 16,50 |
| **08** VALOR DA MULTA | 0,00 |
| **09** VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69 | 0,00 |
| **10** VALOR TOTAL | 16,50 |

**01** NOME / TELEFONE

SANTA CASA DE CARIDADE DE 53

IRRF

**DARF válido para pagamento até** 18/12/2020

Domicílio tributário do contribuinte:

JAGUARAO

**NÃO RECEBER COM RASURAS**

Auto Atendimento Versão 4.79.59.4123 - opção 1 - DLL versão 1.3

**11** AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente 1ª e 2ª vias)

cortar nesta linha


DARF emitido em duas vias. Recorte nas linhas pontilhadas e efetue o pagamento na rede bancária autorizada.

| | |
|---|---|
| Banco | : 041 - Banrisul |
| Canal/Equip | : Office Banking/9998 |
| Ag./Conta Débito | : 0235-06.025232.0-4 |
| Correntista | : SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO |
| Data/Hora Operação | : 18/12/2020 -16:47:20 |
| NSU | : 01103519632/00000000045229/079322 |
| Tipo Pagamento | : DARF Preto |

## COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE DARF

| | |
|---|---|
| Agente arrecadador | : CNC 041 BANCO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL S A |
| Data de Pagamento | : 18/12/2020 |
| Periodo de Apuração | : 31/01/2021 |
| Número do CPF ou CNPJ | : 88413661000190 |
| Código da Receita | : 5952 - RETENCOES PJ DIREITO PRIVADO |
| Número de Referência | : 00000000000000000 |
| Data do Vencimento | : 19/02/2021 |
| Valor do Principal | : 51,15 |
| Valor Total | : 51,15 |

Autenticação : 041023599987932218122020000000005115

Modelo aprovado pela SRF-ADE Conjunto Corat/Cotec nº 001, de 2006.

0322F437BA7943A6C53386F84A28A6B53503

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

Aprovado pela IN/RFB nº 736/2007

1ª Via

**MINISTÉRIO DA FAZENDA**

SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL

Documento de Arrecadação de Receitas Federais

**DARF**

| | |
|---|---|
| **02** PERÍODO DE APURAÇÃO | 31/01/2021 |
| **03** NÚMERO DO CPF OU CNPJ | 88.413.661/0001-90 |
| **04** CÓDIGO DA RECEITA | 5952 |
| **05** NÚMERO DE REFERÊNCIA | |
| **06** DATA DE VENCIMENTO | 19/02/2021 |
| **07** VALOR DO PRINCIPAL | 51,15 |
| **08** VALOR DA MULTA | 0,00 |
| **09** VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69 | 0,00 |
| **10** VALOR TOTAL | 51,15 |

**01** NOME / TELEFONE

SANTA CASA DE CARIDADE DE 53

IRRF

**DARF válido para pagamento até** 19/02/2021

Domicílio tributário do contribuinte:

JAGUARAO

**NÃO RECEBER COM RASURAS**

Auto Atendimento Versão 4.79.59.4123 - opção 1 - DLL versão 1.3

**11** AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente 1ª e 2ª vias)

cortar nesta linha


Aprovado pela IN/RFB nº 736/2007

2ª Via

**MINISTÉRIO DA FAZENDA**

SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL

Documento de Arrecadação de Receitas Federais

**DARF**

| | |
|---|---|
| **02** PERÍODO DE APURAÇÃO | 31/01/2021 |
| **03** NÚMERO DO CPF OU CNPJ | 88.413.661/0001-90 |
| **04** CÓDIGO DA RECEITA | 5952 |
| **05** NÚMERO DE REFERÊNCIA | |
| **06** DATA DE VENCIMENTO | 19/02/2021 |
| **07** VALOR DO PRINCIPAL | 51,15 |
| **08** VALOR DA MULTA | 0,00 |
| **09** VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69 | 0,00 |
| **10** VALOR TOTAL | 51,15 |

**01** NOME / TELEFONE

SANTA CASA DE CARIDADE DE 53

IRRF

**DARF válido para pagamento até** 19/02/2021

Domicílio tributário do contribuinte:

JAGUARAO

**NÃO RECEBER COM RASURAS**

Auto Atendimento Versão 4.79.59.4123 - opção 1 - DLL versão 1.3

**11** AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente 1ª e 2ª vias)


cortar nesta linha

DARF emitido em duas vias. Recorte nas linhas pontilhadas e efetue o pagamento na rede bancária autorizada.

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARÃO

PRESTAÇÃO DE CONTAS

ANEXO I

IDENTIFICAÇÃO:

1- NOME DA ENTIDADE: SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARÃO

2- CNPJ: 88.413661/0001-90

3- ENDEREÇO: PRÇ. DR. HERMES PINTOS AFFONSO S/N

4- NOME DO RESPONSÁVEL: GILCELLI SOARES MACHADO

5- CPF: 812.258.730-53

6- ASSINATURA DO RESPONSÁVEL:

7- VALOR DA SUBVENÇÃO RECEBIDA: R$ 15.327,00
(QUINZE MIL E TREZENTOS E VINTE SETE REAIS)

8- DATA DO RECEBIMENTO DA SUBVENÇÃO: 30/11/2020

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARÃO

PRESTAÇÃO DE CONTAS

Juliana da S. Figueiredo
Contadora CRC SP 269668/O-2 RS
CPF 350.268.028-00

PLANO OPERATIVO NOVEMBRO/ 2020

ANEXO II

| 1- RECEITA | | 2- DESPESA | |
|---|---|---|---|
| 1.1 DISCRIMINAÇÃO | 1.2 VALOR R$ | 2.1 DISCRIMINAÇÃO | 2.2 VALOR R$ |
| PROGRAMA AÇÕES EM SAUDE | 15.327,00 | PROGRAMA AÇÕES EM SAUDE | 11.356,49 |
| | | INSS | 2.440,42 |
| | | IRRF | 1.530,09 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| TOTAL | 15.327,00 | | 15.327,00 |

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARÃO

PRESTAÇÃO DE CONTAS

ANEXO III

| 1.4 | 1.5 | 1.6 | 1.7 |
|---|---|---|---|
| DOCUMENTO | DATA | FAVORECIDO | VALOR R$ |
| FOLHA DE PGTº | 04/12/20 | LILIA BUSTAMANTE | 6.422,21 |
| FOLHA DE PGTº | 04/12/20 | WILSON SILVA FILHO | 4.934,28 |
| | | | |
| TOTAL | | | 11.356,49 |

| 1.4 | 1.5 | 1.6 | 1.7 |
|---|---|---|---|
| DOCUMENTO | DATA | FAVORECIDO | VALOR R$ |
| COMP.PGTO | | INSS | 2.440,42 |
| COMP.PGTO | | IRRF | 1.530,09 |
| | | | |
| TOTAL | | | |
| | | | 3.970,51 |

Banrisul

**Recibo de Transferência**

Número: 01096086835/00000000645163/053151
Data: 04/12/2020
Hora: 14:29:53

| | |
|---|---|
| Canal: | Office Banking |
| Data Débito: | 04/12/2020 |
| Valor: | R$ 4.934,28 |
| Tipo: | Transferência de valor entre contas Banrisul |
| Conta do Remetente: | 0235-06.025232.0-4 |
| Nome do Remetente: | SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO |
| Conta do Destinatário: | 0235-35.010897.0-9 |
| Nome do Destinatário: | WILSON BURCH SILVA FILHO |
| Finalidade: | PGTO NOVEMBRO 20 |

Atenciosamente

Banco do Estado do Rio Grande do Sul S.A.

03852686334E616D2EB41745D388158A7985

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

1 SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARAO

Praça PC HERMES PINTOS AFFONSO 999999 (53)32611088 — 88.413.661/0001-90

96300-000 CENTRO JAGUARAO - RS — **Período:** 01/11/2020 **Até** 30/11/2020

| Cód/Contr: | Nome: | CI: | CBO: | C/Custo: | Dpto: | Setor: | Seção: | Admissão: |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 460 / 460 | **WILSON BURCH DA SILVA FILHO** | 10988419448 | 225125 | 19 | | | | 01/03/2012 |
| | | **Cargo:** Médico | | | | | | |

## Recibo de Pagamento

| Cod. | Descrição | Referência | Vencimentos | Descontos |
|---|---|---|---|---|
| 577 | PAGTO PLANTÃO CLINICA MEDICA | | 6.827,00 | |
| 939 | Desconto INSS Autônomo | 20,00 % | | 1.220,21 |
| 943 | % Desconto IRF Autônomo | 27,50 % | | 672,51 |

| | Total dos Vencimentos | Total dos Descontos |
|---|---|---|
| | **6.827,00** | **1.892,72** |
| **Valor Líquido ->** | | **4.934,28** |

| Salário Base | Base INSS | Base Cálc. FGTS | FGTS do Mês | Base Cálc. IRRF |
|---|---|---|---|---|
| 2.400,00 /M | 6.827,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

Processado por: SANTA CASA DE CARIDADE JAGUARAO

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo:

____/____/____ Data

_____ Assinatura

Banrisul

**Recibo de Transferência**

Número: 01096078570/00000000638738/053120
Data: 04/12/2020
Hora: 14:23:29

| | |
|---|---|
| Canal: | Office Banking |
| Data Débito: | 04/12/2020 |
| Valor: | R$ 5.422,21 |
| Tipo: | Transferência de valor entre contas Banrisul |
| Conta do Remetente: | 0235-06.025232.0-4 |
| Nome do Remetente: | SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO |
| Conta do Destinatário: | 0235-35.037404.0-7 |
| Nome do Destinatário: | LILIA NATHALY BUSTAMANTE SCHWENDENW |
| Finalidade: | PGTO NOVEMBRO 20 |

Atenciosamente

Banco do Estado do Rio Grande do Sul S.A.

03F491357B428F82AA8C44795EADD73CD688

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

SANTA CASA DE CARIDADE D JAGUARÃO
CNPJ: 88.413.661/0001-90

CC: AÇÕES EM SAÚDE
Mensalista

Folha Mensal
Novembro de 2020

| Código | Nome do Funcionário | CBO | Departamento | Filial |
|---|---|---|---|---|
| 9 | LILIA NATHALY BUSTAMANTE SCHWENDENWEIN | 225125 | 2 | 1 |
| | MEDICO | Admissão: | | 01/04/2014 |

| Código | Descrição | Referência | Vencimentos | Descontos |
|---|---|---|---|---|
| 207 | AJUDA DE CUSTO | 1.000,00 | 1.000,00 | |
| 214 | OUTROS SERVIÇOS PROFISSIONAIS | 0,00 | 7.500,00 | |
| 858 | INSS AUTONOMO | 20,00 | | 1.220,21 |
| 857 | IRRF AUTONOMO | 27,50 | | 857,58 |

Matrícula INSS:

BANRISUL 41
conta corrente: 35037404-07 Agência: 0235 - 23

| Total de Vencimentos | Total de Descontos |
|---|---|
| 8.500,00 | 2.077,79 |
| Valor Líquido ⇨ | 6.422,21 |

| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Cálc. FGTS | F.G.T.S do Mês | Base Cálc. IRRF | Faixa IRRF |
|---|---|---|---|---|---|
| 7.500,00 | 6.101,06 | 0,00 | 0,00 | 6.279,79 | 27,50 |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__
Data

Banrisul

**Recibo de Transferência**

Número: 01103133526/00000000649227/078043
Data: 18/12/2020
Hora: 10:47:43

| | |
|---|---|
| Canal: | Office Banking |
| Data Débito: | 18/12/2020 |
| Valor: | R$ 1.000,00 |
| Tipo: | Transferência de valor entre contas Banrisul |
| Conta do Remetente: | 0235-06.025232.0-4 |
| Nome do Remetente: | SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO |
| Conta do Destinatário: | 0235-35.037404.0-7 |
| Nome do Destinatário: | LILIA NATHALY BUSTAMANTE SCHWENDENW |
| Finalidade: | DIF SAL NOV 20 |

Atenciosamente

Banco do Estado do Rio Grande do Sul S.A.

032928CDB5ED3EE170798AB420813C67BA62

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

| | |
|---|---|
| Banco | : 041 - Banrisul |
| Canal/Equip | : Office Banking/9998 |
| Ag./Conta Débito | : 0235-06.025232.0-4 |
| Correntista | : SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO |
| Data/Hora Operação | : 18/12/2020 -10:53:58 |
| NSU | : 01103141631/00000000657771/078073 |
| Tipo Pagamento | : DARF Preto |

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE DARF

| | |
|---|---|
| Agente arrecadador | : CNC 041 BANCO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL S A |
| Data de Pagamento | : 18/12/2020 |
| Periodo de Apuração | : 30/11/2020 |
| Número do CPF ou CNPJ | : 88413661000190 |
| Código da Receita | : 0588 - IRRF - REND. TRAB. S/VINC. EMPREGATICIO |
| Número de Referência | : 00000000000000000 |
| Data do Vencimento | : 18/12/2020 |
| Valor do Principal | : 8.561,31 |
| Valor Total | : 8.561,31 |

Autenticação : 04102359998780731812202000000856131

Modelo aprovado pela SRF-ADE Conjunto Corat/Cotec nº 001, de 2006.

035C2FA93BC600DDCA36C1A1524CE2940B61

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

153009
Ações em Saúde

Pro Médicos

1a. via

**MINISTÉRIO DA FAZENDA**
**SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL**
**Documento de Arrecadação de Receitas Federais**

# DARF

| | | |
|---|---|---|
| 02 PERÍODO DE APURAÇÃO → | 30/11/2020 |
| 03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ → | 88.413.661/0001-90 |
| 04 CÓDIGO DA RECEITA → | 0588 |
| 05 NÚMERO DE REFERÊNCIA → | |
| 06 DATA DE VENCIMENTO → | 18/12/2020 |
| 07 VALOR DO PRINCIPAL → | 8.561,31 |
| 08 VALOR DA MULTA → | 0,00 |
| 09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69 → | 0,00 |
| 10 VALOR TOTAL → | 8.561,31 |

01 NOME / RAZÃO SOCIAL
SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARAO

Data limite para acolhimento: **18/12/2020**

Observações:

Sicalc Contribuinte - 8721 - RS

SENDA (Versão:4.9.6) 17/12/2020 16:23:12

11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1a. e 2a. vias)

---

2a. via


**MINISTÉRIO DA FAZENDA**
**SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL**
**Documento de Arrecadação de Receitas Federais**

# DARF

| | | |
|---|---|---|
| 02 PERÍODO DE APURAÇÃO → | 30/11/2020 |
| 03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ → | 88.413.661/0001-90 |
| 04 CÓDIGO DA RECEITA → | 0588 |
| 05 NÚMERO DE REFERÊNCIA → | |
| 06 DATA DE VENCIMENTO → | 18/12/2020 |
| 07 VALOR DO PRINCIPAL → | 8.561,31 |
| 08 VALOR DA MULTA → | 0,00 |
| 09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69 → | 0,00 |
| 10 VALOR TOTAL → | 8.561,31 |

01 NOME / RAZÃO SOCIAL
SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARAO

Data limite para acolhimento: **18/12/2020**

Observações:

Sicalc Contribuinte - 8721 - RS

SENDA (Versão:4.9.6) 17/12/2020 16:23:12

11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1a. e 2a. vias)


---

Banrisul

## Recibo de Pagamento - Guia da Previdência Social (GPS)

Número: 01103183888/00000000703932/078243
Data: 18/12/2020
Hora: 11:27:18

Prezado Cliente: SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO

Efetuamos em 18/12/2020, o seguinte pagamento de Guia de Previdência Social, conforme Resolução N.484, 16/09/1997.

| | |
|---|---|
| Correntista.....: | SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO |
| Conta de débito.....: | 06.025232.0-4 |
| Agência.....: | 0235 |
| Nome ou Razão Social.....: | SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARAO |
| Código de Pagamento.....: | 2305 - FILANTROPICAS COM ISENCAO - CNPJ |
| Mês/Ano Competência.....: | 11/2020 |
| Identificador.....: | 88413661000190 |
| Valor(6) do INSS.....: | R$ 14.201,23 |
| Valor(9) Outras Entidades..: | R$ 0,00 |
| Valor(10) Juros/Multas.....: | R$ 0,00 |
| Valor(11) Total Arrecadado.: | R$ 14.201,23 |

Autenticação.....: 041023599981838881812202000000000142012 3

Atenciosamente

Banco do Estado do Rio Grande do Sul S.A.

03A73B71794377501203808ACD44B0038002

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

Desta Guia o valor de R$ 2.440,42 refere-se a Ações em Saúde

70

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS
SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP

PREVIDÊNCIA SOCIAL

**GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS**

| | |
|---|---|
| 3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO | 2305 |
| 4 - COMPETÊNCIA | 11/2020 |
| 5 - IDENTIFICADOR | 88.413.661/0001-90 |
| 6 - VALOR DO INSS | 14.201,23 |
| 7 - | |
| 8 - | |
| 9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES | 0,00 |
| 10 - ATM/MULTA E JUROS | 0,00 |
| 11 - TOTAL | 14.201,23 |

1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO
**CNPJ 88.413.661/0001-90**
SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARAO
PC DR HERMES PINTO AFFONSO SN

JAGUARAO RS
CEP 96300-000

2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS): 18/12/2020

**ATENÇÃO:** É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.

AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA

1ªVia-INSS -2ªVia CONTRIBUINTE

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS
SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP

PREVIDÊNCIA SOCIAL

**GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS**

| | |
|---|---|
| 3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO | 2305 |
| 4 - COMPETÊNCIA | 11/2020 |
| 5 - IDENTIFICADOR | 88.413.661/0001-90 |
| 6 - VALOR DO INSS | 14.201,23 |
| 7 - | |
| 8 - | |
| 9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES | 0,00 |
| 10 - ATM/MULTA E JUROS | 0,00 |
| 11 - TOTAL | 14.201,23 |

1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO
**CNPJ 88.413.661/0001-90**
SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARAO
PC DR HERMES PINTO AFFONSO SN

JAGUARAO RS
CEP 96300-000

2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS): 18/12/2020

**ATENÇÃO:** É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.

AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA

1ªVia-INSS -2ªVia CONTRIBUINTE