



Prefeitura Municipal de Jaguarão
Rua. 27 de Janeiro, 422
CEP 96300 000 - Jaguarão - RS
Fone. (53) 32611999



PARECER DA CONTADORIA

PRESTAÇÃO DE CONTAS

Conveniada: SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARÃO

Projeto: PLANO OPERATIVO.

Competência: OUTUBRO de 2020

Aprovada: 

Claudinei Martins Rocha
Téc. em Contabilidade
RS 38793
CPF: 921.460.780-42

Data: 04/07/2022

Reprovada: _____

Data: _____

Motivo: _____

Revisão: _____

Data: _____

Motivo: _____

Conferido: _____



BANRISUL
 AGENCIA: 0235 - JAGUARAO
 CONTA...: 06.02523210-4
 NOME...: SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO
 PERIODO: OUTUBRO/2020
 IDENTIFICACAO: 07202206070134475622

| ----- PARA SIMPLES CONFERENCIA ----- | | |
|--|---------------------------|-------------------|
| DIA HISTORICO | DOCUMENTO | V A L O R |
| ----- MOVIMENTOS DA CONTA CORRENTE ----- | | |
| | SALDO ANT EM 30/09/2020 | 0,30 |
| ++ | MOVIMENTOS OUT/2020 | |
| 01 | CREDITO TRANSFERENCIA | 850389 910,34 |
| | PAGAMENTO TITULO | 850482 910,34- |
| | SALDO NA DATA | 0,30 |
| 02 | CREDITO TRANSFERENCIA | 852142 870,00 |
| | CREDITO TRANSFERENCIA | 852175 11,00 |
| | CREDITO TRANSFERENCIA | 852298 10,00 |
| | TARIFA DOC/TED | 852305 10,00- |
| | DEBITO TRANSFERENCIA | 852161 524,50- |
| | TED | 852305 325,19- |
| | TRANSFERENCIA DE RECURSOS | 008000 30,80- |
| | SALDO NA DATA | 0,81 |
| 05 | CREDITO TRANSFERENCIA | 855172 55,00 |
| | CREDITO TRANSFERENCIA | 857444 1.707,25 |
| | DEBITO FOLHA PAGAMENTO | 857468 1.707,25- |
| | MENSALIDADE PACOTE | 008000 55,00- |
| | SALDO NA DATA | 0,81 |
| 06 | CREDITO TRANSFERENCIA | 859563 39.075,00 |
| | CREDITO TRANSFERENCIA | 861268 57.070,00 |
| | CREDITO TRANSFERENCIA | 861527 61.583,00 |
| | CREDITO TRANSFERENCIA | 861666 10,00 |
| | TARIFA DOC/TED | 861301 10,00- |
| | TARIFA DOC/TED | 861378 10,00- |
| | TARIFA DOC/TED | 861535 10,00- |
| | DEBITO TRANSFERENCIA | 859940 5.422,21- |
| | DEBITO TRANSFERENCIA | 859966 4.108,13- |
| | DEBITO TRANSFERENCIA | 859984 7.597,21- |
| | DEBITO TRANSFERENCIA | 859993 15.012,21- |
| | DEBITO TRANSFERENCIA | 859999 2.000,00- |
| | DEBITO TRANSFERENCIA | 860021 4.934,28- |
| | DEBITO TRANSFERENCIA | 861412 22.000,00- |
| | DEBITO TRANSFERENCIA | 861434 18.000,00- |
| | DEBITO TRANSFERENCIA | 861465 1.300,00- |
| | DEBITO TRANSFERENCIA | 861481 6.000,00- |
| | DEBITO TRANSFERENCIA | 861624 4.000,00- |
| | DEBITO TRANSFERENCIA | 861637 24.083,32- |
| | DEBITO TRANSFERENCIA | 861650 17.250,00- |
| | DEBITO TRANSFERENCIA | 861673 15.000,00- |
| | TED | 861301 2.815,50- |
| | TED | 861378 2.815,50- |
| | TED | 861535 5.000,00- |
| | PAGAMENTO DARF | 861314 139,50- |
| | PAGAMENTO DARF | 861329 45,00- |
| | PAGAMENTO DARF | 861355 139,50- |
| | PAGAMENTO DARF | 861364 45,00- |
| | SALDO NA DATA | 1,45 |
| 07 | CREDITO TRANSFERENCIA | 863172 8.217,75 |
| | CREDITO TRANSFERENCIA | 864444 27.020,00 |
| | CREDITO TRANSFERENCIA | 864633 93.400,00 |
| | TARIFA DOC/TED | 864452 10,00- |
| | DEBITO TRANSFERENCIA | 864640 3.000,00- |
| | DEBITO TRANSFERENCIA | 864643 6.300,00- |
| | DEBITO TRANSFERENCIA | 864653 12.200,00- |
| | DEBITO TRANSFERENCIA | 864668 14.616,45- |
| | DEBITO TRANSFERENCIA | 864674 6.533,20- |
| | DEBITO TRANSFERENCIA | 864682 32.000,00- |
| | DEBITO TRANSFERENCIA | 864691 9.750,00- |
| | DEBITO TRANSFERENCIA | 864698 2.066,70- |
| | DEBITO TRANSFERENCIA | 864717 600,00- |
| | DEBITO TRANSFERENCIA | 864720 300,00- |
| | DEBITO TRANSFERENCIA | 864724 150,00- |
| | TED | 864452 25.800,00- |
| | PAGAMENTO FGTS | 863175 8.217,75- |
| | SALDO NA DATA | 7.095,10 |
| 08 | CREDITO TRANSFERENCIA | 865685 36.145,00 |
| | TARIFA DOC/TED | 865786 10,00- |
| | TARIFA DOC/TED | 865821 10,00- |
| | TARIFA DOC/TED | 865903 10,00- |
| | DEBITO TRANSFERENCIA | 865759 1.000,00- |
| | DEBITO TRANSFERENCIA | 865854 1.800,00- |
| | DEBITO TRANSFERENCIA | 866052 2.800,00- |
| | DEBITO TRANSFERENCIA | 866063 6.066,60- |
| | DEBITO TRANSFERENCIA | 866076 5.400,00- |
| | DEBITO TRANSFERENCIA | 867048 7.085,00- |
| | TED | 865786 4.083,25- |
| | TED | 865821 11.975,00- |
| | TED | 865903 3.000,00- |
| | SALDO NA DATA | 0,25 |

| | | | |
|----|---------------------------|--------|-------------|
| 09 | CREDITO TRANSFERENCIA | 869028 | 4.000,00 |
| | CHEQUE EMITENTE POR CAIXA | 000447 | 4.000,00- |
| | SALDO NA DATA | | 0,25 |
| 13 | CREDITO TRANSFERENCIA | 871017 | 11.811,45 |
| | TARIFA DOC/TED | 871056 | 10,00- |
| | DEBITO TRANSFERENCIA | 871120 | 801,44- |
| | TED | 871056 | 11.000,00- |
| | SALDO NA DATA | | 0,26 |
| 19 | CREDITO TRANSFERENCIA | 880629 | 5.600,00 |
| | PAGAMENTO TITULO | 880667 | 5.600,00- |
| | SALDO NA DATA | | 0,26 |
| 20 | CREDITO TRANSFERENCIA | 883350 | 24.337,83 |
| | CREDITO TRANSFERENCIA | 883386 | 7.332,00- |
| | PAGAMENTO G.P.S. | 883370 | 16.215,63- |
| | PAGAMENTO DARF | 883377 | 6.845,17- |
| | PAGAMENTO DARF | 883387 | 8.608,52- |
| | SALDO NA DATA | | 0,77 |
| 28 | CREDITO TRANSFERENCIA | 891365 | 135.000,00 |
| | CREDITO TRANSFERENCIA | 891367 | 23.403,06 |
| | CREDITO TRANSFERENCIA | 891368 | 17.327,00 |
| | TED - SPB | 022743 | 23.966,75 |
| | TED - SPB | 022744 | 50.049,97 |
| | DEBITO TRANSFERENCIA | 892262 | 3.986,05- |
| | DEBITO TRANSFERENCIA | 892330 | 2.764,00- |
| | DEBITO TRANSFERENCIA | 892124 | 178,16- |
| | DEBITO TRANSFERENCIA | 892128 | 211,57- |
| | DEBITO TRANSFERENCIA | 892335 | 155.549,19- |
| | DEBITO FOLHA PAGAMENTO | 891398 | 4.158,85- |
| | DEBITO FOLHA PAGAMENTO | 891408 | 3.416,16- |
| | DEBITO FOLHA PAGAMENTO | 891419 | 3.805,74- |
| | DEBITO FOLHA PAGAMENTO | 891427 | 3.713,28- |
| | DEBITO FOLHA PAGAMENTO | 891443 | 3.228,45- |
| | DEBITO FOLHA PAGAMENTO | 891448 | 2.823,96- |
| | DEBITO FOLHA PAGAMENTO | 891482 | 3.258,57- |
| | DEBITO FOLHA PAGAMENTO | 891496 | 2.749,07- |
| | DEBITO FOLHA PAGAMENTO | 891501 | 2.689,64- |
| | DEBITO FOLHA PAGAMENTO | 891517 | 2.232,97- |
| | DEBITO FOLHA PAGAMENTO | 891523 | 4.203,84- |
| | DEBITO FOLHA PAGAMENTO | 891527 | 2.937,12- |
| | DEBITO FOLHA PAGAMENTO | 891531 | 2.689,64- |
| | DEBITO FOLHA PAGAMENTO | 891540 | 2.256,13- |
| | DEBITO FOLHA PAGAMENTO | 891545 | 6.391,69- |
| | DEBITO FOLHA PAGAMENTO | 891548 | 1.355,59- |
| | DEBITO FOLHA PAGAMENTO | 891551 | 2.481,31- |
| | DEBITO FOLHA PAGAMENTO | 891552 | 1.355,59- |
| | DEBITO FOLHA PAGAMENTO | 891554 | 1.355,59- |
| | DEBITO FOLHA PAGAMENTO | 891557 | 4.061,22- |
| | DEBITO FOLHA PAGAMENTO | 891559 | 3.876,55- |
| | DEBITO FOLHA PAGAMENTO | 891563 | 6.111,22- |
| | DEBITO FOLHA PAGAMENTO | 891794 | 1.705,44- |
| | DEBITO FOLHA PAGAMENTO | 891828 | 3.140,95- |
| | DEBITO FOLHA PAGAMENTO | 891834 | 1.590,20- |
| | DEBITO FOLHA PAGAMENTO | 891843 | 1.528,34- |
| | DEBITO FOLHA PAGAMENTO | 891863 | 1.512,58- |
| | DEBITO FOLHA PAGAMENTO | 891865 | 2.321,49- |
| | DEBITO FOLHA PAGAMENTO | 891866 | 2.133,57- |
| | DEBITO FOLHA PAGAMENTO | 891943 | 1.628,59- |
| | DEBITO FOLHA PAGAMENTO | 892094 | 345,24- |
| | SALDO NA DATA | | 0,00 |
| 29 | CREDITO TRANSFERENCIA | 893875 | 1.128,00 |
| | DEBITO FOLHA PAGAMENTO | 893879 | 277,33- |
| | DEBITO FOLHA PAGAMENTO | 893882 | 73,71- |
| | DEBITO FOLHA PAGAMENTO | 893886 | 190,76- |
| | DEBITO FOLHA PAGAMENTO | 893892 | 85,80- |
| | DEBITO FOLHA PAGAMENTO | 893896 | 474,96- |
| | TRANSFERENCIA DE RECURSOS | 008000 | 25,20- |
| | SALDO NA DATA | | 0,24 |
| 30 | CREDITO TRANSFERENCIA | 895326 | 802,00 |
| | CREDITO TRANSFERENCIA | 896059 | 860,00 |
| | PAGAMENTO TITULO | 895342 | 441,24- |
| | PAGAMENTO TITULO | 895350 | 358,40- |
| | TARIFA DOC/TED | 896070 | 10,00- |
| | DEBITO TRANSFERENCIA | 896063 | 524,50- |
| | TED | 896070 | 325,19- |
| | SALDO NA DATA | | 2,91 |

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


SAC 0800 646 1515
OUVIDORIA 0800 644 2200

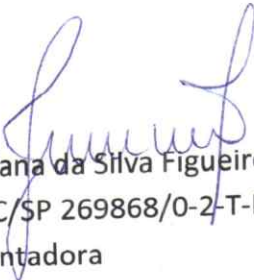
Jaguarão, 16 de dezembro de 2020.

Protocolo

Encontra se neste envelope a documentação referente a plano operativo comp.
OUTUBRO/2020.

Atenciosamente,


Gilcelli Soares Machado
Gestor Presidente
Decreto Municipal nº 056/2020


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

Recebido em
23/12/2020


Bárbara Silva Rolim Rondan
Agente Administrativo
Matricula nº 4903-4

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\$ 135.000,00
(CENTRO E TRINTA E CINCO MIL REAIS)

8- DATA DO RECEBIMENTO DA SUBVENÇÃO: 28/10/2020

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARÃO



Juliana da S. Figueiredo
Contadora CRC SP 26986810-2 RS
CPF 350.268.023-00



PRESTAÇÃO DE CONTAS

PLANO OPERATIVO - OUTUBRO/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 | 131.689,14 |
| A PORTE STA CASA | 5.393,05 | INSS | 2.169,68 |
| | | IRRF | 2.978,15 |
| | | FGTS | 1.830,89 |
| | | PENS. ALIMENTICIA | 325,19 |
| | | REFEISUL | 1.400,00 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| TOTAL | 140.393,05 | | 140.393,05 |

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARÃO

PRESTAÇÃO DE CONTAS

ANEXO III

PRONTO SOCORRO

| | | | |
|-------------|---------|---------------------------|-----------|
| FOLHA PAGT° | 06/1/20 | MAURO L. P. SOARES | 6.582,21 |
| FOLHA PAGT° | 06/1/20 | ANA PAULA T.GONZALEZ | 4.108,13 |
| NF 04 | 10/1/20 | MARIA VITORIA H.GARCIA | 13.333,28 |
| NF441 | 10/1/20 | IVETTE YSLA VIUSAT | 7.583,30 |
| NF402 | 10/1/20 | FROMETA E BALGA | 9.800,00 |
| NF 401 | 10/1/20 | KENIA CABRERA LIMA | 1.000,00 |
| NF 25 | 06/1/20 | LIANNE E. DIAZ | 4.500,00 |
| NF44 | 10/1/20 | RAUL JESUS C. MARTINEZ | 2.800,00 |
| NF 05 | 10/1/20 | YAYDELING CRESPO | 12.500,00 |
| NF 24 | 10/1/20 | MADLIM PENA | 6.533,28 |

| | | | |
|--------------|----------|----------------|-----------|
| NF 403 | 10/11/20 | YUDEYKI | 14.100,00 |
| RECIBO CAIXA | 13/11/20 | MOHAMMAD NAWAZ | 5.000,00 |
| NF 04 | 10/11/20 | MARIA SOFIA | 8.166,60 |
| TOTAL | | | 96.006,80 |

| | | | |
|-------------|----------|---------------------|-----------|
| FOLHA PAGT° | 28/10/20 | ADAO JESUS BERNEIRA | 4.158,85 |
| FOLHA PAGT° | 28/10/20 | MARCELO MARINHO | 3.228,45 |
| FOLHA PAGT° | 28/10/20 | UBIRATAM BIELEMANN | 3.258,57 |
| TOTAL | | | 10.645,87 |

| | | | |
|-------------|----------|------------------|-----------|
| FOLHA PAGT° | 28/10/20 | THIAGO K. BUENO | 3.101,29 |
| FOLHA PAGT° | 28/10/20 | CRISTINA FISCHER | 3.416,16 |
| FOLHA PAGT° | 28/10/20 | LETICIA TEIXEIRA | 3.805,74 |
| FOLHA PAGT° | 28/10/20 | LUCIANA JESKE | 3.713,28 |
| TOTAL | | | 14.036,47 |

| 1.4 | 1.5 | 1.6 | 1.7 |
|-----------|----------|-------------------|-----------|
| DOCUMENTO | DATA | FAVORECIDO | VALOR R\$ |
| COMP.PGTO | 20/11/20 | INSS | 2.169,68 |
| COMP.PGTO | 20/11/20 | IRRF 0561 | 654,35 |
| COMP.PGTO | 20/11/20 | IRRF 0588 | 2.323,80 |
| COMP.PGTO | 20/11/20 | FGTS | 1.830,89 |
| COMP.PGTO | 30/10/20 | PENS. ALIMENTICIA | 325,19 |
| COMP.PGTO | 20/10/20 | REFEISUL | 1.400,00 |
| TOTAL | | | 8.703,91 |

CUSTEIO

| 1.4 | 1.5 | 1.6 | 1.7 |
|-----------|----------|-----------------------------|-----------|
| DOCUMENTO | DATA | FAVORECIDO | VALOR R\$ |
| NF 47 | 10/11/20 | CLINICA MEDICA ALTO URUGUAI | 11.000,00 |
| TOTAL | | | 11.000,00 |

Empresa: **1 - SANTA CASA DE CARIDADE D JAGUARÃO**
 CNPJ: 88.413.661/0001-90
 Cálculo: Folha Mensal
 Competência: 10/2020

Página: 1/3
 Emissão: 30/10/2020
 Horas: 17:06:34

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 | 227,33 | 879,53 P | 202 | REFEISUL | 2,00 | 2,00 D |
| 204 DIARIAS | 0,00 | 1.978,02 P | 998 | I.N.S.S. | 8,76 | 211,68 D |
| 250 REFLEXO EXTRAS DSR | 0,00 | 121,98 P | 999 | IMPOSTO DE RENDA | 7,50 | 22,61 D |
| 150 HORAS EXTRAS | 42,00 | 634,28 P | | | | |
| 20 GRATIFICACOES | 781,33 | 781,33 P | | | | |

ND: 0 Proventos: 4.395,14 Descontos: 236,29 Informativa: 193,36 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 4.158,85
 NF: 0 Base INSS: 2.417,12 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.417,12 Valor FGTS: 193,36 Base IRRF: 2.205,44

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 | 227,33 | 3.739,80 P | 202 | REFEISUL | 2,00 | 2,00 D |
| 16 INSALUBRIDADE 20% | 20,00 | 209,00 P | 998 | I.N.S.S. | 10,43 | 411,76 D |
| | | | 999 | IMPOSTO DE RENDA | 15,00 | 118,88 D |

ND: 2 Proventos: 3.948,80 Descontos: 532,64 Informativa: 315,90 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 3.416,16
 NF: 2 Base INSS: 3.948,80 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 3.948,80 Valor FGTS: 315,90 Base IRRF: 3.157,86

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 | 227,33 | 3.739,80 P | 202 | REFEISUL | 2,00 | 2,00 D |
| 93 QUINQUENIO | 2,00 | 366,64 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 | 194,61 D |
| 16 INSALUBRIDADE 20% | 20,00 | 209,00 P | | | | |

ND: 1 Proventos: 4.465,44 Descontos: 659,70 Informativa: 345,23 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 3.805,74
 NF: 1 Base INSS: 4.315,44 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 4.315,44 Valor FGTS: 345,23 Base IRRF: 3.662,76

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 | 227,33 | 3.739,80 P | 202 | REFEISUL | 2,00 | 2,00 D |
| 93 QUINQUENIO | 2,00 | 373,98 P | 206 | CAMISETAS OUTUBRO ROSA | 25,00 | 25,00 D |
| 854 REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR | 0,00 | 27,51 P | 998 | I.N.S.S. | 10,86 | 488,00 D |
| 16 INSALUBRIDADE 20% | 20,00 | 209,00 P | 999 | IMPOSTO DE RENDA | 22,50 | 265,07 D |
| 25 ADICIONAL NOTURNO | 42,08 | 143,06 P | | | | |

ND: 0 Proventos: 4.493,35 Descontos: 780,07 Informativa: 359,46 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 3.713,28
 NF: 0 Base INSS: 4.493,35 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 4.493,35 Valor FGTS: 359,46 Base IRRF: 4.005,35

Empresa: 1 - SANTA CASA DE CARIDADE D JAGUARÃO
CNPJ: 88.413.661/0001-90
Cálculo: Folha Mensal
Competência: 10/2020

Página: 2/3
Emissão: 30/10/2020
Horas: 17:06:34

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 | 372,00 | 879,53 P | 202 | REFEISUL | 2,00 | 2,00 D |
| 204 DIARIAS | 0,00 | 1.540,40 P | 998 | I.N.S.S. | 8,44 | 185,74 D |
| 250 REFLEXO EXTRAS DSR | 0,00 | 87,12 P | 900 | PENSAO ALIMENTICIA | 325,19 | 325,19 D |
| 150 HORAS EXTRAS | 30,00 | 453,00 P | | | | |
| 20 GRATIFICACOES | 781,33 | 781,33 P | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|-------|------------|----------|-----------------|--------|--------------|----------|-----------------------|--------|------------|----------|
| ND: 0 | Proventos: | 3.741,38 | Descontos: | 512,93 | Informativa: | 176,07 | Informativa Dedutora: | 0 | Líquido: | 3.228,45 |
| NF: 0 | Base INSS: | 2.200,98 | Excedente INSS: | 0,00 | Base FGTS: | 2.200,98 | Valor FGTS: | 176,07 | Base IRRF: | 1.690,05 |

| | | | | | | | |
|--------|------------------------|-----------|-------------|---------|----------------|-------------|----------------|
| 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 | 372,00 | 2.363,45 P | 202 | REFEISUL | 2,00 | 2,00 D |
| 19 DIFERENCA DE SALARIOS | 0,00 | 277,33 P | 206 | CAMISSETAS OUTUBRO ROSA | 25,00 | 25,00 D |
| 854 REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR | 0,00 | 51,00 P | 998 | I.N.S.S. | 9,86 | 236,63 D |
| 16 INSALUBRIDADE 20% | 20,00 | 209,00 P | 999 | IMPOSTO DE RENDA | 7,50 | 53,18 D |
| 26 ADICIONAL NOTURNO | 108,00 | 517,32 P | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|-------|------------|----------|-----------------|--------|--------------|----------|-----------------------|--------|------------|----------|
| ND: 3 | Proventos: | 3.418,10 | Descontos: | 316,81 | Informativa: | 273,44 | Informativa Dedutora: | 0 | Líquido: | 3.101,29 |
| NF: 3 | Base INSS: | 3.418,10 | Excedente INSS: | 0,00 | Base FGTS: | 3.418,10 | Valor FGTS: | 273,44 | Base IRRF: | 2.612,70 |

| | | | | | | | |
|--------|--------------------------------------|-----------|-------------|---------|----------------|-------------|----------------|
| 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 | 227,33 | 879,53 P | 202 | REFEISUL | 2,00 | 2,00 D |
| 204 DIARIAS | 1.340,40 | 1.340,40 P | 998 | I.N.S.S. | 8,26 | 172,78 D |
| 250 REFLEXO EXTRAS DSR | 0,00 | 69,69 P | | | | |
| 150 HORAS EXTRAS | 24,00 | 362,40 P | | | | |
| 20 GRATIFICACOES | 781,33 | 781,33 P | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|-------|------------|----------|-----------------|--------|--------------|----------|-----------------------|--------|------------|----------|
| ND: 0 | Proventos: | 3.433,35 | Descontos: | 174,78 | Informativa: | 167,43 | Informativa Dedutora: | 0 | Líquido: | 3.258,57 |
| NF: 0 | Base INSS: | 2.092,95 | Excedente INSS: | 0,00 | Base FGTS: | 2.092,95 | Valor FGTS: | 167,43 | Base IRRF: | 1.920,17 |

| Totais por Centro de Custos | Proventos | Descontos | Líquido |
|-----------------------------|-----------|-----------|-----------|
| 16 PRONTO SOCORRO | 27.895,56 | 3.213,22 | 24.682,34 |
| Total: | 27.895,56 | 3.213,22 | 24.682,34 |

| | | | |
|------------------------|-----------|------------------------|-----------|
| Total Geral Proventos: | 27.895,56 | Total Geral Descontos: | 3.213,22 |
| | | Líquido Geral: | 24.682,34 |

Empresa: 1 - SANTA CASA DE CARIDADE D JAGUARÃO
CNPJ: 88.413.661/0001-90
Cálculo: Folha Mensal
Competência: 10/2020

Página: 3/3
Emissão: 30/10/2020
Horas: 17:06:34

C. Custos: 16

EXTRATO MENSAL

Situações

| | | | | | |
|---|---|-------------------------------------|-----------|----------------------------|-----------|
| Número de empregados: | 7 | Salário contribuição empregados: | 22.886,74 | Base IRRF Mensal: | 19.254,33 |
| Numero de estagiários: | 0 | Salário contribuição contribuintes: | 0,00 | Valor IRRF Mensal: | 654,35 |
| Trabalhando: | 7 | Excedente: | 0,00 | Base IRRF Férias: | 0,00 |
| Afastado direitos integrais: | 0 | Base total: | 22.886,74 | Valor IRRF Férias: | 0,00 |
| Afastado acidente de trabalho: | 0 | Segurados: | 2.169,68 | Base IRRF Partic. Lucros: | 0,00 |
| Afastado serviço militar: | 0 | Empresa: | 0,00 | Valor IRRF Partic. Lucros: | 0,00 |
| Salário maternidade: | 0 | RAT: | 0,00 | Base IRRF Exterior: | 0,00 |
| Salário maternidade INSS: | 0 | Contribuintes: | 0,00 | Valor IRRF Exterior: | 0,00 |
| Doença: | 0 | Sub-Total: | 2.169,68 | Base IRRF 13º Salário: | 0,00 |
| Doença Profissional: | 0 | Retenções: | 0,00 | Valor IRRF 13º Salário: | 0,00 |
| Licença sem vencimento: | 0 | (-) Salário família/maternidade: | 739,91 | Valor Total do IRRF: | 654,35 |
| Demitido: | 0 | Compensações: | 0,00 | IRRF Aluguéis: | 0,00 |
| Transferido: | 0 | Valores pagos a Cooperativas: | 0,00 | IRRF contribuintes: | 0,00 |
| Férias: | 0 | Outras Compensações: | 0,00 | Base do FGTS: | 22.886,74 |
| Mandato sindical: | 0 | Total: | 1.429,77 | Valor do FGTS: | 1.830,89 |
| Aposentadoria: | 0 | Terceiros: | 0,00 | Base do FGTS Aprendiz: | 0,00 |
| Partic. curso/programa de qualificação: | 0 | Total INSS: | 1.429,77 | Valor do FGTS Aprendiz: | 0,00 |
| Ausência justificada: | 0 | | | Base FGTS - GRRF: | 0,00 |
| Outros motivos de afastamento: | 0 | | | FGTS - GRRF: | 0,00 |
| Admissões: | 0 | | | Base FGTS mes ant. - GRRF: | 0,00 |
| Número de contribuintes: | 0 | | | FGTS mes ant. - GRRF: | 0,00 |
| | | | | Base PIS: | 0,00 |
| | | | | Valor PIS: | 0,00 |
| | | | | Base ISS: | 0,00 |
| | | | | Valor ISS: | 0,00 |
| | | | | Líquido Geral: | 24.682,34 |



Recibo de Transferência

Número: 01078939518/00000000821395/891398

Data: 28/10/2020

Hora: 11:26:11

Canal: Office Banking
Data Débito: 28/10/2020
Valor: R\$ 4158,85
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: PGTO SAL OUT 20



Atenciosamente

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

0363910BC92FE69060923AA2F6D07C74D522

SAC: 0800 6461515 OUIDORIA: 0800 6442200

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

CC: PRONTO SOCORRO
 Mensalista

Folha Mensal
 Outubro de 2020

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

| Código | Descrição | Referência | Vencimentos | Descontos | |
|--|--------------------|----------------|-----------------------------|---------------------------|------------|
| 1 | HORAS NORMAIS | 227,33 | 879,53 | | |
| 204 | DIARIAS | 0,00 | 1.978,02 | | |
| 250 | REFLEXO EXTRAS DSR | 0,00 | 121,98 | | |
| 150 | HORAS EXTRAS | 42,00 | 634,28 | | |
| 20 | GRATIFICACOES | 781,33 | 781,33 | | |
| 202 | REFEISUL | 2,00 | | 2,00 | |
| 998 | I.N.S.S. | 8,76 | | 211,68 | |
| 999 | IMPOSTO DE RENDA | 7,50 | | 22,61 | |
| | | | Total de Vencimentos | Total de Descontos | |
| | | | 4.395,14 | 236,29 | |
| BANRISUL 41 conta corrente: 350434760-1 | | | Valor Líquido → | 4.158,85 | |
| Agência: 0235 - 23 | | | | | |
| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Cál. FGTS | FGTS do Mês | Base Cál. IRRF | Faixa IRRF |
| 879,53 | 2.417,12 | 2.417,12 | 193,36 | 2.205,44 | 7,50 |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

**Recibo de Transferência**

Número: 01078940709/00000000822507/891408

Data: 28/10/2020

Hora: 11:27:56

Canal: Office Banking
Data Débito: 28/10/2020
Valor: R\$ 3416,16
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: PGTO SAL OUT 20

Atenciosamente

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

03B8E7D256BC9D99776BBABEC94C0DA7FF80

SAC: 0800 6461515 OUIDORIA: 0800 6442200



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

CC: PRONTO SOCORRO
Mensalista

Folha Mensal
Outubro de 2020

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

| Código | Descrição | Referência | Vencimentos | Descontos |
|--------|-------------------|------------|-------------|-----------|
| 1 | HORAS NORMAIS | 227,33 | 3.739,80 | |
| 16 | INSALUBRIDADE 20% | 20,00 | 209,00 | |
| 202 | REFEISUL | 2,00 | | 2,00 |
| 998 | I.N.S.S. | 10,43 | | 411,76 |
| 999 | IMPOSTO DE RENDA | 15,00 | | 118,88 |

| | | | |
|--|--------------------|----------------------|--------------------|
| BANRISUL 41 conta corrente: 350393600-6 | Agência: 0235 - 23 | Total de Vencimentos | Total de Descontos |
| | | 3.948,80 | 532,64 |
| | | Valor Líquido → | 3.416,16 |

| | | | | | |
|--------------|------------------|----------------|-------------|----------------|------------|
| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Cál. FGTS | FGTS do Mês | Base Cál. IRRF | Faixa IRRF |
| 3.739,80 | 3.948,80 | 3.948,80 | 315,90 | 3.157,86 | 15,00 |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo

Assinatura do Funcionário

Data

**Recibo de Transferência**

Número: 01078942101/00000000823852/891419

Data: 28/10/2020

Hora: 11:30:07

Canal: Office Banking
Data Débito: 28/10/2020
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: PGTO SAL OUT 20

Atenciosamente

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

03B416E92B231477E9E26B07644D1B4B9909

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

SANTA CASA DE CARIDADE D JAGUARÃO

CNPJ: 88.413.661/0001-90

CC: PRONTO SOCORRO

Folha Mensal

Mensalista

Outubro de 2020

| | | | | |
|--------|---|-----------|--------------|--------|
| Código | Nome do Funcionário | CBO | Departamento | Filial |
| 390 | LETICIA RODRIGUES MARTINS TEIXEIRA ENFERMEIRA(O) | 223505 | 4 | 1 |
| | | Admissão: | 17/02/2009 | |

| Código | Descrição | Referência | Vencimentos | Descontos | |
|--|-------------------|----------------|-----------------------------|---------------------------|------------|
| 1 | HORAS NORMAIS | 227,33 | 3.739,80 | | |
| 93 | QUINQUENIO | 2,00 | 366,64 | | |
| 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 | | 194,61 | |
| | | | Total de Vencimentos | Total de Descontos | |
| | | | 4.465,44 | 659,70 | |
| BANRISUL 41 conta corrente: 350303400-6 | | | Valor Líquido → | 3.805,74 | |
| Agência: 0235 - 23 | | | | | |
| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Cál. FGTS | FGTS do Mês | Base Cál. IRRF | Faixa IRRF |
| 3.666,47 | 4.315,44 | 4.315,44 | 345,23 | 3.662,76 | 15,00 |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

**Recibo de Transferência**

Número: 01078943060/00000000824706/891427

Data: 28/10/2020

Hora: 11:31:40

Canal: Office Banking
Data Débito: 28/10/2020
Valor: R\$ 3713,28
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: PGTO SAL OUT 20

Atenciosamente

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

039F3DAFA23690A4CB105F6C458098808778

SAC: 0800 6461515 OUIDORIA: 0800 6442200



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

CC: PRONTO SOCORRO
Mensalista

Folha Mensal
Outubro de 2020

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

| Código | Descrição | Referência | Vencimentos | Descontos | |
|--|---------------------------|----------------|----------------------|--------------------|------------|
| 1 | HORAS NORMAIS | 227,33 | 3.739,80 | | |
| 93 | QUINQUENIO | 2,00 | 373,98 | | |
| 854 | REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR | 0,00 | 27,51 | | |
| 16 | INSALUBRIDADE 20% | 20,00 | 209,00 | | |
| 25 | ADICIONAL NOTURNO | 42,08 | 143,06 | | |
| 202 | REFEISUL | 2,00 | | 2,00 | |
| 206 | CAMISSETAS OUTUBRO ROSA | 25,00 | | 25,00 | |
| 998 | I.N.S.S. | 10,86 | | 488,00 | |
| 999 | IMPOSTO DE RENDA | 22,50 | | 265,07 | |
| | | | Total de Vencimentos | Total de Descontos | |
| | | | 4.493,35 | 780,07 | |
| BANRISUL 41 conta corrente: 350474540-2 Agência: 0235 - 23 | | | Valor Líquido → | 3.713,28 | |
| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Cál. FGTS | F.G.T.S do Mês | Base Cál. IRRF | Faixa IRRF |
| 3.739,80 | 4.493,35 | 4.493,35 | 359,46 | 4.005,35 | 22,50 |

*** PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 23 DE NOVEMBRO ***

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

**Recibo de Transferência**

Número: 01078944002/00000000825539/891443

Data: 28/10/2020

Hora: 11:33:06

Canal: Office Banking
Data Débito: 28/10/2020
Valor: R\$ 3228,45
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: PGTO SAL OUT 20

Atenciosamente

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

034C20A101C6EEBFF3CB3DAF5B5EA504DA43

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

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

CC: PRONTO SOCORRO
 Mensalista

Folha Mensal
 Outubro de 2020

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

| Código | Descrição | Referência | Vencimentos | Descontos | |
|--|-------------------------|-----------------------|-----------------------------|---------------------------|-------------------|
| 1 | HORAS NORMAIS | 372,00 | 879,53 | | |
| 204 | DIARIAS | 0,00 | 1.540,40 | | |
| 250 | REFLEXO EXTRAS DSR | 0,00 | 87,12 | | |
| 150 | HORAS EXTRAS | 30,00 | 453,00 | | |
| 20 | GRATIFICACOES | 781,33 | 781,33 | | |
| 202 | REFEISUL | 2,00 | | 2,00 | |
| 998 | I.N.S.S. | 8,44 | | 185,74 | |
| 900 | PENSAO ALIMENTICIA | 325,19 | | 325,19 | |
| | | | Total de Vencimentos | Total de Descontos | |
| | | | 3.741,38 | 512,93 | |
| BANRISUL 41 conta corrente: 350434740-7 | | | Valor Líquido → | 3.228,45 | |
| Agência: 0235 - 23 | | | | | |
| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Cál. FGTS | FGTS do Mês | Base Cál. IRRF | Faixa IRRF |
| 879,53 | 2.200,98 | 2.200,98 | 176,07 | 1.690,05 | 0,00 |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

**Recibo de Transferência**

Número: 01080062469/00000000874755/896070

Data: 30/10/2020

Hora: 14:49:37

| | |
|------------------------------|--|
| Canal: | Office Banking |
| Data Débito: | 30/10/2020 |
| Valor: | 325,19 |
| 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: | 7986-3 |
| Correntista de Crédito: | 012.260.780-52 - JOICE AZAMBUJA BOTELHO |
| Finalidade: | 00101 - PENSÃO ALIMENTICIA |
| Identificador: | PENSÃO OUT 20 |

Atenciosamente

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

03C6C7A0EBB4F32E9F57EBC90BF2B4AF9188

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

**Recibo de Transferência**

Número: 01078945094/00000000826517/891448

Data: 28/10/2020

Hora: 11:34:49

Canal: Office Banking
Data Débito: 28/10/2020
Valor: R\$ 2823,96
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: PGTO SAL OUT 20

Atenciosamente

Banco do Estado do Rio Grande do Sul S.A.
037F22427A7DBEE3408F0F85148874246700
SAC: 0800 6461515 OUIDORIA: 0800 6442200



**Recibo de Transferência**

Número: 01079462861/00000000305158/893879

Data: 29/10/2020

Hora: 14:38:20

Canal: Office Banking
Data Débito: 29/10/2020
Valor: R\$ 277,33
Tipo: Folha de Pagamento
Conta do Remetente: 0235-06.025232.0-4
Nome do Remetente: SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO
Conta do Destinatário: 0235-35.030158.0-6
Nome do Destinatário: THIAGO KNORR BUENO
Finalidade: DIF SAL OUT 20

Atenciosamente

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

034C148996AE05093E79180125D1DDBDDD01

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200



SANTA CASA DE CARIDADE D JAGUARÃO

CNPJ: 88.413.661/0001-90

CC: PRONTO SOCORRO

Folha Mensal

Mensalista

Outubro de 2020

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

| Código | Descrição | Referência | Vencimentos | Descontos | |
|--|---------------------------|----------------|----------------------|--------------------|------------|
| 1 | HORAS NORMAIS | 372,00 | 2.363,45 | | |
| 19 | DIFERENÇA DE SALARIOS | 0,00 | 277,33 | | |
| 854 | REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR | 0,00 | 51,00 | | |
| 16 | INSALUBRIDADE 20% | 20,00 | 209,00 | | |
| 26 | ADICIONAL NOTURNO | 108,00 | 517,32 | | |
| 202 | REFEISUL | 2,00 | | 2,00 | |
| 206 | CAMISETAS OUTUBRO ROSA | 25,00 | | 25,00 | |
| 998 | I.N.S.S. | 9,86 | | 236,63 | |
| 999 | IMPOSTO DE RENDA | 7,50 | | 53,18 | |
| | | | Total de Vencimentos | Total de Descontos | |
| | | | 3.418,10 | 316,81 | |
| BANRISUL 41 conta corrente: 350301580-6 Agência: 0235 - 23 | | | Valor Líquido → | 3.101,29 | |
| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Cál. FGTS | FG.T.S do Mês | Base Cál. IRRF | Faixa IRRF |
| 2.363,45 | 3.418,10 | 3.418,10 | 273,44 | 2.612,70 | 7,50 |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

**Recibo de Transferência**

Número: 01078949124/00000000830140/891482

Data: 28/10/2020

Hora: 11:41:19

Canal: Office Banking
Data Débito: 28/10/2020
Valor: R\$ 3258,57
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: PGTO SAL OUT 20

Atenciosamente

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

03C6753BCB754D6584277686C45871990E65


SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

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

CC: PRONTO SOCORRO
Mensalista

Folha Mensal
Outubro de 2020

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

| Código | Descrição | Referência | Vencimentos | Descontos | |
|--|--------------------|----------------|---|--------------------|------------|
| 1 | HORAS NORMAIS | 227,33 | 879,53 | | |
| 204 | DIARIAS | 1.340,40 | 1.340,40 | | |
| 250 | REFLEXO EXTRAS DSR | 0,00 | 69,69 | | |
| 150 | HORAS EXTRAS | 24,00 | 362,40 | | |
| 20 | GRATIFICACOES | 781,33 | 781,33 | | |
| 202 | REFEISUL | 2,00 | | 2,00 | |
| 998 | I.N.S.S. | 8,26 | | 172,78 | |
| | | | Total de Vencimentos | Total de Descontos | |
| | | | 3.433,35 | 174,78 | |
| BANRISUL 41 conta corrente: 350434770-9 Agência: 0235 - 23 | | | Valor Líquido  | 3.258,57 | |
| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Cál. FGTS | F.G.T.S do Mês | Base Cál. IRRF | Faixa IRRF |
| 879,53 | 2.092,95 | 2.092,95 | 167,43 | 1.920,17 | 7,50 |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



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 : 01083084639
NSU de Autenticação : 006154

Representação Numérica do Código de Barras
858900000778.241901792012.107646050889.841366100015

Descrição Pagamento : CAIXA FED FGTS GRF
CPF/CEI/CNPJ : 88413661000190
Código do Convênio : 0179
Data de Validade : 07/11/2020
Competência : 10/2020
Valor Total : 7.724,19
Pagamento Efetuado em : 06/11/2020

Autenticação : 041023599980061540611202000000772419

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

=====

03B890B5C4DC38835E77563AAD655C10D513

SAC: 0800 6461515 OUIDORIA: 0800 6442200

Pronto Socorro
1.830.89



FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

GFIP - SEFIP 8.40

90

GRF - GUIA DE RECOLHIMENTO DO FGTS

GERADA EM 06/11/2020 - 08:50:13

| | | | | |
|---|--------------------------------|---|-----------------------------|-----------------------------------|
| 01-RAZÃO SOCIAL/NOME SANTA CASA DE CARIDADE D JAGUARAO | | | | 02-DDD/TELEFONE (0053)32611088 |
| 03-FPAS 639 | 04-SIMPLES 1 | 05-REMUNERAÇÃO 96.552,46 | 06-QTDE TRABALHADORES 31 | 07-ALÍQUOTA FGTS 8 |
| 08-CÓD RECOLHIMENTO 115 | 09-ID RECOLHIMENTO 017980-9 | 10-INSCRIÇÃO/TIPO (8) 88.413.661/0001-90 | 11-COMPETÊNCIA 10/2020 | 12-DATA DE VALIDADE 07/11/2020 |

| | | |
|--|---------------------|---------------------------------|
| 13-DEPÓSITO + CONTRIB SOCIAL 7.724,19 | 14-ENCARGOS 0,00 | 15-TOTAL A RECOLHER 7.724,19 |
|--|---------------------|---------------------------------|

VALOR FGTS A RECOLHER ATÉ O DIA 07/11/2020

858900000778 241901792012 107646050889 841366100015

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

GFIP - SEFIP 8.40

GRF - GUIA DE RECOLHIMENTO DO FGTS

GERADA EM 06/11/2020 - 08:50:13

| | | | | |
|---|--------------------------------|---|-----------------------------|-----------------------------------|
| 01-RAZÃO SOCIAL/NOME SANTA CASA DE CARIDADE D JAGUARAO | | | | 02-DDD/TELEFONE (0053)32611088 |
| 03-FPAS 639 | 04-SIMPLES 1 | 05-REMUNERAÇÃO 96.552,46 | 06-QTDE TRABALHADORES 31 | 07-ALÍQUOTA FGTS 8 |
| 08-CÓD RECOLHIMENTO 115 | 09-ID RECOLHIMENTO 017980-9 | 10-INSCRIÇÃO/TIPO (8) 88.413.661/0001-90 | 11-COMPETÊNCIA 10/2020 | 12-DATA DE VALIDADE 07/11/2020 |

| | | |
|--|---------------------|---------------------------------|
| 13-DEPÓSITO + CONTRIB SOCIAL 7.724,19 | 14-ENCARGOS 0,00 | 15-TOTAL A RECOLHER 7.724,19 |
|--|---------------------|---------------------------------|

VALOR FGTS A RECOLHER ATÉ O DIA 07/11/2020

858900000778 241901792012 107646050889 841366100015

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





Recibo de Pagamento - Guia da Previdência Social (GPS)

Número: 01089910086/00000000695866/029620

Data: 20/11/2020

Hora: 11:54:17

Prezado Cliente: SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO

Efetuamos em 20/11/2020, 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.....: | 10/2020 |
| Identificador.....: | 88413661000190 |
| Valor(6) do INSS.....: | R\$ 13.428,26 |
| Valor(9) Outras Entidades..: | R\$ 0,00 |
| Valor(10) Juros/Multas.....: | R\$ 0,00 |
| Valor(11) Total Arrecadado.: | R\$ 13.428,26 |
| | |
| Autenticação.....: | 0410235999891008620112020000000001342826 |

Atenciosamente

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


0325C7DF7A293B2DDC2BF71A8F2C7671B287

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200


Handwritten: 2.169,68
Stamp: Banco do Estado do Rio Grande do Sul S.A.
Stamp: Agência Banco Socorro



1ª Via - INSS - 2ª Via - CONTRIBUINTE

| | | | | |
|---|---|--|----------------------------|--------------------|
|  PREVIDÊNCIA SOCIAL | 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 | 10/2020 |
| | | | 5 - IDENTIFICADOR | 88.413.661/0001-90 |
| 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 | | | 6 - VALOR DO INSS | 13.428,26 |
| | | | 7 - | |
| | | | 8 - | |
| 2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS) | 20/11/2020 | | 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 | 13.428,26 |
| AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA | | | | |

1ª Via - INSS - 2ª Via - CONTRIBUINTE

| | | | | |
|---|---|--|----------------------------|--------------------|
|  PREVIDÊNCIA SOCIAL | 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 | 10/2020 |
| | | | 5 - IDENTIFICADOR | 88.413.661/0001-90 |
| 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 | | | 6 - VALOR DO INSS | 13.428,26 |
| | | | 7 - | |
| | | | 8 - | |
| 2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS) | 20/11/2020 | | 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 | 13.428,26 |
| AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA | | | | |

**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

1.400,00
Pronto socorro ✓

LANÇADO



FD

RECIBO DO PAGADOR

| | | | | |
|---|------------------------|---|-----------------------------------|----------------------------------|
| Beneficiário: BANRISUL CARTOES CDR PR - CNPJ: 92.934.215/0001-06 RUA CALDAS JUNIOR, 120 - CENTRO HISTORICO, PORTO ALEGRE - RS, 90019000 | | Agência/Cód. Beneficiário 0100/06842736-8 | Nosso Número 0029958858 | Vencimento 19/11/2020 |
| Pagador 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 |
| Multa:0,00% | | | | |
| Juros:0,00% | | | | |
| 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 APOS 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



041-8 | 04192.10109 00684.273006 29958.840034 1 84440000590000

| | | | | | |
|--|----------------------------------|---------------------------|--------------------|--|--|
| Local de Pagamento | | | | | Vencimento 19/11/2020 |
| Até o vencimento, pagar preferencialmente nas agências do Banrisul. | | | | | |
| Beneficiário/CNPJ/CPF BANRISUL CARTOES CDR PR - CNPJ: 92.934.215/0001-06 | | | | | Agência / Código do Beneficiário 0100/06842736-8 |
| Data do Documento 19/11/2020 | Nº do Documento 299588 | Espécie Doc. DS | Aceite N | Data do Processamento 19/11/2020 | Nosso Número 1/0029958858 |
| Uso do Banco Carteira | 1 | Espécie R\$ | Quantidade | Valor | (=) Valor do Documento 5.900,00 |
| Instruções (Todas as informações deste BOLETO são de exclusiva responsabilidade do beneficiário) | | | | | (-) Desconto / Abatimento |
| 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 | | | | | (-) 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



Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFSe

Número NFSE/RPS

202000000112039 / 1390631

Data e Hora de Emissão

23/11/2020 01:24:03

Data da Competência

20/11/2020

Código de Verificação

bd3406bb

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

BANRISUL CARTOES S/A

CNPJ: 92934215000106

Inscrição Municipal: 00233722

R SIQUEIRA CAMPOS, 832 - CENTRO HISTORICO CEP: 90010000

Porto Alegre - RS

Telefone:

Email:

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: 88413661000190

Inscrição Municipal:

SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARAO

PC DR HERMES P AFFONSO, SN, -- CENTRO CEP: 96300000

Jaguarão - RS

Telefone:

Email: santacasajaguarao_financeiro@hotmail.com

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOSCARGA CARTAO ALIMENTACAO CDR Qtd: 1 Valor Unitario R\$ 5.800,00 Valor do Serviço R\$ 5.800,00
VALOR DE CORRETAGEM ZERO CARTAO ALIMENTACAO CDR Qtd: 1**Código de Tributação Municipal:**

100100400 - Agenciamento, corretagem e intermediação de cartões de crédito ou débito

Subitem Lista de Serviços LC 116/03 - Descrição:

10.01 - Agenciamento, corretagem ou intermediação de câmbio, de seguros, de cartões de crédito, de planos de saúde e de planos de previdência privada

Cod/Município da incidência do ISSQN:

4314902 - Porto Alegre

Natureza da Operação

Tributação no município

Valor dos serviços R\$ 5.800,00

(-)Descontos R\$ 0,00

(-)Retenções Federais R\$ 0,00

(-)ISS Retido: R\$ 0,00

Valor dos serviços R\$ 5.800,00

(-)Deduções R\$ 5.800,00

(-)Desconto Incondicionado: R\$ 0,00

(=)Base de Cálculo: R\$ 0,00

(x)Alíquota: 5%

Valor Líquido: R\$ 5.800,00

(=)Valor do ISS: R\$ 0,00

Retenções Federais

Pis R\$ 0,00 Cofins R\$ 0,00 IR R\$ 0,00 CSLL: R\$ 0,00 INSS: R\$ 0,00 Outras Retenções R\$ 0,00

Outras Informações:

PREFEITURA DE PORTO ALEGRE/RS - Secretaria Municipal da Fazenda

Rua Siqueira Campos, 1300/4º andar Centro Histórico Porto Alegre/RS CEP: 90.010-907

Telefone 156 ou (51) 3289-0140 para chamadas de outras cidades

Email: nfse@smf.prefpoa.com.br

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 : 20/11/2020 -11:45:09
NSU : 01089902536/00000000688846/029594
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 : 20/11/2020
Período de Apuração : 31/10/2020
Número do CPF ou CNPJ : 88413661000190
Código da Receita : 0588 - IRRF - REND. TRAB. S/VINC. EMPREGATICIO
Número de Referência : 000000000000000000
Data do Vencimento : 20/11/2020
Valor do Principal : 8.749,57
Valor Total : 8.749,57


Autenticação : 04102359998295942011202000000874957


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

038F8F1CD4BB12C802C882B5E876763B4552

SAC: 0800 6461515 OUIDORIA: 0800 6442200

Pronto sacado
2.978,15

| | | |
|---|--|--------------------|
|  MINISTÉRIO DA FAZENDA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL Documento de Arrecadação de Receitas Federais DARF | 02 PERÍODO DE APURAÇÃO → | 31/10/2020 |
| | 03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ → | 88.413.661/0001-90 |
| | 04 CÓDIGO DA RECEITA → | 0588 |
| | 05 NÚMERO DE REFERÊNCIA → | |
| | 06 DATA DE VENCIMENTO → | 20/11/2020 |
| 01 NOME / RAZÃO SOCIAL SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARAO | 07 VALOR DO PRINCIPAL → | 8.749,57 |
| Data limite para acolhimento: 20/11/2020 Observações: | 08 VALOR DA MULTA → | 0,00 |
| Sicalc Contribuinte - 8721 - RS | 09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69 → | 0,00 |
| SEDA (Versão:4.9.3) | 10 VALOR TOTAL → | 8.749,57 |
| 20/11/2020 10:26:32 | 11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1a. e 2a. vias) | |

| | | |
|--|--|--------------------|
|  MINISTÉRIO DA FAZENDA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL Documento de Arrecadação de Receitas Federais DARF | 02 PERÍODO DE APURAÇÃO → | 31/10/2020 |
| | 03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ → | 88.413.661/0001-90 |
| | 04 CÓDIGO DA RECEITA → | 0588 |
| | 05 NÚMERO DE REFERÊNCIA → | |
| | 06 DATA DE VENCIMENTO → | 20/11/2020 |
| 01 NOME / RAZÃO SOCIAL SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARAO | 07 VALOR DO PRINCIPAL → | 8.749,57 |
| Data limite para acolhimento: 20/11/2020 Observações: | 08 VALOR DA MULTA → | 0,00 |
| Sicalc Contribuinte - 8721 - RS | 09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69 → | 0,00 |
| SEDA (Versão:4.9.3) | 10 VALOR TOTAL → | 8.749,57 |
| 20/11/2020 10:26:32 | 11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1a. e 2a. vias) | |

**Recibo de Transferência**

Número: 01085872076/00000000857103/015810

Data: 10/11/2020

Hora: 17:48:46

Canal: Office Banking
Data Débito: 10/11/2020
Valor: R\$ 2.800,00
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: 0235-35.047718.0-2
Nome do Destinatário: YUNIER FROMETA FROMETA
Finalidade: PGTO PS RAUL OUT 20

Atenciosamente

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

03B7014FB0369FB19AED1ED308A5B2D64357

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



Número da NFS-e

202000000000044

Data do Serviço

10/11/2020

Código Verificador

571d25479

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

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARÃO/RS

Secretaria Municipal da Fazenda

Fone: (53) 3261-1999 - sistemas.jaguarao.rs.gov.br/NFSe.Portal

Dt. de Emissão

10/11/2020

Exigibilidade ISS

Exigível

Tributado no Município

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.10.2020 PS

10.383,30

3,00

311,50

Não

Código do Serviço

04.01 - Medicina e biomedicina.

Código NBS

CIDE

0,00

COFINS

0,00

COFINS Importação

0,00

ICMS

0,00

IOF

0,00

IPI

0,00

PIS/PASEP

0,00

PIS/PASEP Importação

0,00

Base Cálculo ISSQN Próprio

10.383,30

Valor do ISSQN Próprio

311,50

Base Cálculo ISSQN Retido

0,00

Valor do ISSQN Retido

0,00

Valor Total do ISSQN

311,50

Valor Dedução/Descontos

0,00

Valor Total da NFS e

10.383,30

Valor Líquido da NFS e

10.383,30

Informações Adicionais

Lei 12741/2012: Mun: R\$217,01; Est: R\$0,00; Fed: R\$1396,55; Total Aprox: R\$1613,56. Fonte: IBPT.



Consulta realizada em 10/11/2020 às 16:00:42.

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



202000000000044571d2547936584435000178

Recebi(emos) de

FROMETA E BALGA LTDA.

os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado.

202000000000044

Número da NFS-e

Competência

10/11/2020

NFS-e

571d25479

Número de Controle do Município

Consulta realizada em 10/11/2020 às 16:00:42.

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

**Recibo de Transferência**

Número: 01085872740/00000000857582/015812

Data: 10/11/2020

Hora: 17:49:24

Canal: Office Banking
Data Débito: 10/11/2020
Valor: R\$ 7583,30
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: 0235-35.047718.0-2
Nome do Destinatário: YUNIER FROMETA FROMETA
Finalidade: PGTO PS IVETE OUT 20

Atenciosamente

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

03D399CD8FE970BF4150410A0E78E1151B80

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



Número da NFS-e
202000000000441

Data do Serviço
10/11/2020

Código Verificador
571d25479

CNPJ / CPF
 36.584.435/0001-78

Inscrição Estadual

Inscrição Municipal
 362889

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

Dt. de Emissão
 10/11/2020

Exigibilidade ISS
 Exigível

Tributado no Município
 Jaguarão/RS

TOMADOR DO SERVIÇO Município de Prestação 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.10.2020 PS | 10.383,30 | 3,00 | 311,50 | Não |

| | | | | | | | |
|--|-------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|-------------------|------------------------------|
| Código do Serviço 04.01 - Medicina e biomedicina. | Código NBS ***** | | | | | | |
| CIDE 0,00 | COFINS 0,00 | COFINS Importação 0,00 | ICMS 0,00 | IOF 0,00 | IPI 0,00 | PIS/PASEP 0,00 | PIS/PASEP Importação 0,00 |
| Base Cálculo ISSQN Próprio 10.383,30 | Valor do ISSQN Próprio 311,50 | Base Cálculo ISSQN Retido 0,00 | Valor do ISSQN Retido 0,00 | Valor Total do ISSQN 311,50 | Valor Dedução/Descontos 0,00 | | |
| Valor Total da NFS-e 10.383,30 | Valor Líquido da NFS-e 10.383,30 | | | | | | |

Informações Adicionais
 Lei 12741/2012: Mun: R\$217,01; Est: R\$0,00; Fed: R\$1396,55; Total Aprox: R\$1613,56. Fonte: IBPT.



Consulta realizada em 10/11/2020 às 16:00:42.

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



20200000000044571d2547936584435000178

| | | |
|---|--|---------------------------------|
| Recebi(emos) de FROMETA E BALGA LTDA. os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado. / / | 20200000000044 Número da NFS-e Competência 10/11/2020 NFS-e 571d25479 | Número de Controle do Município |
|---|--|---------------------------------|

Consulta realizada em 10/11/2020 às 16:00:42.

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

**Recibo de Transferência**

Número: 01085868489/00000000854535/015790

Data: 10/11/2020

Hora: 17:45:09

Canal: Office Banking
Data Débito: 10/11/2020
Valor: R\$ 14.100,00
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: 0235-35.047717.0-5
Nome do Destinatário: CLARA ILEANA PORRO BALGA
Finalidade: PGTO PS YUDEYKI OUT 20

Atenciosamente

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

03DAB4BEF9AA75A0F661A3C6C157F7020710

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 |  | Número da NFS-e | |
| | | 2020000000000403 | |
| CNPJ / CPF Inscrição Estadual Inscrição Municipal 36.584.435/0001-78 **** 362889 | | Data do Serviço | Código Verificador |
| | | 10/11/2020 | ca8b6ef2a |

| | | | |
|---|----------------|-------------------|------------------------|
| 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 |
| | 10/11/2020 | Exigível | Jaguarão/RS |

| | | | | | | | |
|--|----|----------------|-----------|---------------------|--|--------------------|--|
| Nome / Razão Social | | | | Jaguarão/RS | | | |
| SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARAO | | | | | | | |
| Endereço | | | | | | | |
| RUA DR. HERMES P. AFFONSO,0 | | | | | | | |
| Cidade | | | | | | | |
| Jaguarão | UF | Fone | CEP | | | | |
| | 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 | | | | | | | |

| | | | | | |
|---------------------|--|------------|------|---------------------|--------|
| 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.10.2020 PS | 24.900,00 | 3,00 | 747,00 | 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 | | |
| 24.900,00 | 747,00 | 0,00 | 0,00 | 747,00 | 0,00 | | |
| Valor Total da NFS-e | | | | Valor Líquido da NFS-e | | | |
| 24.900,00 | | | | 24.900,00 | | | |

| | |
|--|---|
| Informações Adicionais |  |
| Lei 12741/2012: Mun: R\$520,41; Est: R\$0,00; Fed: R\$3349,05; Total Aprox: R\$3869,46. Fonte: IBPT. | |

Consulta realizada em 10/11/2020 às 14:09:08.
 Para consultar a autenticidade acesse: sistemas.jaguarao.rs.gov.br/NFSe.Portal



202000000000040ca8b6ef2a36584435000178

| | | |
|--|---|---------------------------------|
| Recebi(emos) de FROMETA E BALGA LTDA. os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado. | 202000000000040 Número da NFS-e Competência 10/11/2020 NFS-e ca8b6ef2a | Número de Controle do Município |
|--|---|---------------------------------|

Consulta realizada em 10/11/2020 às 14:09:08.
 Para consultar a autenticidade acesse: sistemas.jaguarao.rs.gov.br/NFSe.Portal

**Recibo de Transferência**

Número: 01085838352/00000000833482/015686

Data: 10/11/2020

Hora: 17:16:32

Canal: Office Banking
Data Débito: 10/11/2020
Valor: R\$ 3.500,00
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: 0235-35.047717.0-5
Nome do Destinatário: CLARA ILEANA PORRO BALGA
Finalidade: PGTO PS OUT 20

Atenciosamente

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

03F4B1EC7F9557EADA048BF39BB5D358F805

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 |  | Número da NFS-e 202000000000402 | |
| | | Data do Serviço 10/11/2020 | Código Verificador ca8b6ef2a |
| CNPJ / CPF 36.584.435/0001-78 | Inscrição Estadual **** | Inscrição Municipal 362889 | |

| | | | |
|---|------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|
| PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARÃO/RS Secretaria Municipal da Fazenda Fone: (53) 3261-1999 - sistemas.jaguarao.rs.gov.br/NFSe.Portal | Dt. de Emissão 10/11/2020 | Exigibilidade ISS Exigível | Tributado no Município Jaguarão/RS |
|---|------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|


| | | | | | |
|--|----------|-----------------------------|--------------------|-------------|--|
| Nome / Razão Social SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARAO | | | | Jaguarão/RS | |
| 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 | | | | | |

| | | |
|------------------------------|---------------------|------------------------------|
| 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.10.2020 PS | 24.900,00 | 3,00 | 747,00 | Não |

| | | | |
|--|----------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|
| Código do Serviço 04.01 - Medicina e biomedicina. | | Código NBS ***** | |
| CIDE 0,00 | COFINS 0,00 | COFINS Importação 0,00 | ICMS 0,00 |
| IOF 0,00 | IPI 0,00 | PIS/PASEP 0,00 | PIS/PASEP Importação 0,00 |
| Base Cálculo ISSQN Próprio 24.900,00 | Valor do ISSQN Próprio 747,00 | Base Cálculo ISSQN Retido 0,00 | Valor do ISSQN Retido 0,00 |
| Valor Total do ISSQN 24.900,00 | | Valor Total do ISSQN 747,00 | |
| Valor Total da NFS-e 24.900,00 | | Valor Total da NFS-e 24.900,00 | |

Informações Adicionais
Lei 12741/2012: Mun: R\$520,41; Est: R\$0,00; Fed: R\$3349,05; Total Aprox: R\$3869,46. Fonte: IBPT.



Consulta realizada em 10/11/2020 às 14:09:08.
Para consultar a autenticidade acesse: sistemas.jaguarao.rs.gov.br/NFSe.Portal



20200000000040ca8b6ef2a36584435000178

| | | |
|--|--|---------------------------------|
| Recebi(emos) de FROMETA E BALGA LTDA. os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado. | 20200000000040 Número da NFS-e Competência 10/11/2020 NFS-e ca8b6ef2a | Número de Controle do Município |
|--|--|---------------------------------|

Consulta realizada em 10/11/2020 às 14:09:08.
Para consultar a autenticidade acesse: sistemas.jaguarao.rs.gov.br/NFSe.Portal

**Recibo de Transferência**

Número: 01085837195/00000000832646/015683

Data: 10/11/2020

Hora: 17:15:27

Canal: Office Banking
Data Débito: 10/11/2020
Valor: R\$ 1.000,00
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: 0235-35.047717.0-5
Nome do Destinatário: CLARA ILEANA PORRO BALGA
Finalidade: PGTO PS KENIA OUT 20

Atenciosamente

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

0375B356B99F07B1F3BD21B28C2EA6F70016

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 |  | Número da NFS-e | | |
| | | 202000000000040 L | | |
| CNPJ / CPF 36.584.435/0001-78 | Inscrição Estadual **** | Inscrição Municipal 362889 | Data do Serviço 10/11/2020 | Código Verificador ca8b6ef2a |


| | | | |
|---|----------------|-------------------|------------------------|
| 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 |
| | 10/11/2020 | Exigível | Jaguarão/RS |

| | | | | | | | |
|--|---------------------|----------------|--------------------|-------------|--|--|--|
| Nome / Razão Social | | | | Jaguarão/RS | | | |
| 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 | | | | | | | |

| | | | |
|---------------------|--|------------|---------------------|
| 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.10.2020 PS | 24.900,00 | 3,00 | 747,00 | Não |

| | | | |
|---------------------------------|------------------------|---------------------------|-----------------------|
| Código do Serviço | | Código NBS | |
| 04.01 - Medicina e biomedicina. | | ***** | |
| CIDE | COFINS | COFINS Importação | ICMS |
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| IOF | IPI | PIS/PASEP | PIS/PASEP Importação |
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Base Cálculo ISSQN Próprio | Valor do ISSQN Próprio | Base Cálculo ISSQN Retido | Valor do ISSQN Retido |
| 24.900,00 | 747,00 | 0,00 | 0,00 |
| Valor Total da NFS-e | 24.900,00 | Valor Líquido da NFS-e | 24.900,00 |

| | |
|--|---|
| Informações Adicionais |  |
| Lei 12741/2012: Mun: R\$520,41; Est: R\$0,00; Fed: R\$3349,05; Total Aprox: R\$3869,46. Fonte: IBPT. | |

Consulta realizada em 10/11/2020 às 14:09:08.

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



| | | |
|--|---|---------------------------------|
| Recebi(emos) de FROMETA E BALGA LTDA. os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado. | 202000000000040 Número da NFS-e Competência 10/11/2020 NFS-e ca8b6ef2a | Número de Controle do Município |
|--|---|---------------------------------|

Consulta realizada em 10/11/2020 às 14:09:08.

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

**Recibo de Transferência**

Número: 01085849428/00000000841211/015716

Data: 10/11/2020

Hora: 17:26:47

Canal: Office Banking
Data Débito: 10/11/2020
Valor: R\$ 6.300,00
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: 0235-35.047718.0-2
Nome do Destinatário: YUNIER FROMETA FROMETA
Finalidade: PGTO PS OUT 20

Atenciosamente

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

03D49AEA4A685A8B30C5AF0F525B93DDC996

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



Número da NFS-e

202000000000404

Data do Serviço
10/11/2020

Código Verificador
ca8b6ef2a

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

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARÃO/RS

Secretaria Municipal da Fazenda

Fone: (53) 3261-1999 - sistemas.jaguarao.rs.gov.br/NFSe.Portal

Dt. de Emissão

10/11/2020

Exigibilidade ISS

Exigível

Tributado no Município

Jaguarão/RS

TOMADOR DO SERVIÇO

Município de Prestação 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

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.10.2020 PS

24.900,00

3,00

747,00

Não

Código do Serviço

04.01 - Medicina e biomedicina.

Código NBS

CIDE

0,00

COFINS

0,00

COFINS Importação

0,00

ICMS

0,00

IOP

0,00

IPI

0,00

PIS/PASEP

0,00

PIS/PASEP Importação

0,00

Base Cálculo ISSQN Próprio

24.900,00

Valor do ISSQN Próprio

747,00

Base Cálculo ISSQN Retido

0,00

Valor do ISSQN Retido

0,00

Valor Total do ISSQN

747,00

Valor Dedução/Descontos

0,00

Valor Total da NFS-e

24.900,00

Valor Líquido da NFS-e

24.900,00

Informações Adicionais

Lei 12741/2012: Mun: R\$520,41; Est: R\$0,00; Fed: R\$3349,05; Total Aprox: R\$3869,46. Fonte: IBPT.



Consulta realizada em 10/11/2020 às 14:09:08.

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



20200000000040ca8b6ef2a36584435000178

Recebi(emos) de

FROMETA E BALGA LTDA.

os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado.

20200000000040

Número da NFS-e

Competência

10/11/2020

NFS-e

ca8b6ef2a

Número de Controle do Município

Consulta realizada em 10/11/2020 às 14:09:08.

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

**Recibo de Transferência**

Número: 01085731061/00000000759482/015495

Data: 10/11/2020

Hora: 15:50:03

Canal: Office Banking
Data Débito: 10/11/2020
Valor: 12.500,00
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: 00004 - PAGAMENTO DE SALARIOS
Identificador: PGTO PS OUT 20

Atenciosamente

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

03B19CEC05C7961C7BC59B63A19E6F0F8703

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



Número da NFS-e

202000000000005

Data do Serviço

10/11/2020

Código Verificador

95c53e7ce

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

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARÃO/RS

Secretaria Municipal da Fazenda

Fone: (53) 3261-1999 - sistemas.jaguarao.rs.gov.br/NFSe.Portal

Dt. de Emissão

10/11/2020

Exigibilidade
ISS

Exigível

Tributado no Município

Jaguarão/RS

TOMADOR DO SERVIÇO

Município de Prestação do Serviço

Nome / Razão Social

SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARAO

Jaguarão/RS

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

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.10.2020 PS

12.500,00

3,00

375,00

Não

Código do Serviço

04.01 - Medicina e biomedicina.

Código NBS

CIDE

0,00

COFINS

0,00

COFINS Importação

0,00

ICMS

0,00

IOF

0,00

IPI

0,00

PIS/PASEP

0,00

PIS/PASEP Importação

0,00

Base Cálculo ISSQN Próprio

12.500,00

Valor do ISSQN Próprio

375,00

Base Cálculo ISSQN Retido

0,00

Valor do ISSQN Retido

0,00

Valor Total do ISSQN

375,00

Valor Dedução/Descontos

0,00

Valor Total da NFS-e

12.500,00

Valor Líquido da NFS-e

12.500,00

Informações Adicionais

Lei 12741/2012: Mun: R\$261,25; Est: R\$0,00; Fed: R\$1681,25; Total Aprox: R\$1942,50. Fonte: IBPT.



Consulta realizada em 10/11/2020 às 15:00:00.

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



20200000000000595c53e7ce37503311000183

Recebi(emos) de

YAYDELING CAMERO CRESPO - ME

os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado.

202000000000005

Número da NFS-e

Competência

10/11/2020

NFS-e

95c53e7ce

Número de Controle do Município

Consulta realizada em 10/11/2020 às 15:00:00.

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

**Recibo de Transferência**

Número: 01083602412/00000000999573/008309

Data: 06/11/2020

Hora: 16:18:30

Canal: Office Banking
Data Débito: 06/11/2020
Valor: R\$ 4.500,00
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 LIANNE PS OUT 20

Atenciosamente

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

0385B527BBEB0D32FA7A730FFED279BE3009

SAC: 0800 6461515 OUIDORIA: 0800 6442200

LANÇADO

A large, handwritten checkmark in black ink, positioned on the right side of the page.



PREFEITURA MUNICIPAL DE HERVAL

NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NF-E

NÚMERO DA NOTA

25

DATA E HORA DE EMISSÃO

06/11/2020 15:27

CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO

GYZJ-LYHX

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 CÁLCULO (R\$) | ISS RETIDO (R\$) | ISS (R\$) |
|--------|---|--------------|-----------------------|------------------|-----------|
| 668 | ATIVIDADES DE ATENDIMENTOS EM PRONTO-SOCORRO E UNIDADES HOSPITALARES PARA ATENDIMENTO A URGÊNCIAS | 4,00 | 4.500,00 | 0,00 | 180,00 |

DISCRIMINAÇÃO

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

DISCRIMINAÇÃO DA NOTA

SERVIÇOS MÉDICOS PS OUTUBRO/2020

OBSERVAÇÕES DA NOTA

SERVIÇOS MÉDICOS PS OUTUBRO/2020

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 4.500,00

VALOR LÍQUIDO DA NOTA = R\$ 4.500,00

VALOR TOTAL DAS DEDUÇÕES (R\$)

0,00

BASE DE CÁLCULO (R\$)

4.500,00

ISSQN RETIDO (R\$)

0,00

VALOR DO ISS (R\$)

180,00

OUTRAS INFORMAÇÕES

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

EMPRESA OPTANTE DO SIMPLES NACIONAL

**Recibo de Transferência**

Número: 01085744049/00000000768290/015527

Data: 10/11/2020

Hora: 15:59:23

Canal: Office Banking
Data Débito: 10/11/2020
Valor: 6.533,28
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: 00004 - PAGAMENTO DE SALARIOS
Identificador: PGTO PS OUT 20

Atenciosamente

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

035D19574EB2E243E76FB1AB9592FB8F4398

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

LANÇADO

DANFSE - Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Serviço Eletrônica

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



| | |
|---|--|
| Número da NFS-e 202000000000024 | |
| Data do Serviço 10/11/2020 | Código Verificador 3d92c4743 |

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

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

| | | |
|------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|
| Dt. de Emissão 10/11/2020 | Exigibilidade ISS Exigível | Tributado no Município 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: *****
 Fone: _____
 Cidade: *****

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

| DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS | VALOR TOTAL | ALIQ. | VALOR IMPOSTO | RETIDO |
|---|-------------|-------|---------------|--------|
| PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS PLANO OPERATIVO COMP.10.2020 PS | 6.533,28 | 0,00 | 0,00 | Não |

Código do Serviço: **04.01 - Medicina e biomedicina.** Código NBS: *****
 CIDE: 0,00 COFINS: 0,00 COFINS Importação: 0,00 ICMS: 0,00 IOF: 0,00 IPI: 0,00 PIS/PASEP: 0,00 PIS/PASEP Importação: 0,00
 Base Cálculo ISSQN Próprio: 6.533,28 Valor do ISSQN Próprio: 0,00 Base Cálculo ISSQN Retido: 0,00 Valor do ISSQN Retido: 0,00 Valor Total do ISSQN: 0,00 Valor Dedução/Descontos: 0,00
 Valor Total da NFS-e: **6.533,28** Valor Líquido da NFS-e: **6.533,28**

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\$136,55; Est: R\$0,00; Fed: R\$878,73; Total Aprox: R\$1015,28. Fonte: IBPT.



Consulta realizada em 10/11/2020 às 14:18:26.

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



2020000000000243d92c474332656658000142

| | | |
|---|---|---------------------------------|
| Recebi(emos) de MADÉLIN PENA CHIRINO os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado. / / | 202000000000024 Número da NFS-e Competência 10/11/2020 NFS-e 3d92c4743 | Número de Controle do Município |
|---|---|---------------------------------|

Consulta realizada em 10/11/2020 às 14:18:26.

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

**Recibo de Transferência**

Número: 01085723655/00000000754282/015475

Data: 10/11/2020

Hora: 15:44:40

Canal: Office Banking
Data Débito: 10/11/2020
Valor: R\$ 13.333,28
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: 0235-35.047709.0-3
Nome do Destinatário: MARIA VICTORIA HERNANDEZ GARCIA
Finalidade: PGTO PS OUT 20

Atenciosamente

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

0324D63FF1268EB00180311BD5FAE9E28411

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

LANÇADO

A large, handwritten checkmark in blue ink, located in the lower right quadrant of the page.

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 |  | Número da NFS-e | |
| | | 202000000000004 | |
| CNPJ / CPF Inscrição Estadual Inscrição Municipal 37.724.337/0001-51 **** 363017 | | Data do Serviço | Código Verificador |
| | | 10/11/2020 | 810e4f90f |

| | | | |
|---|----------------|-------------------|------------------------|
| 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 |
| | 10/11/2020 | Exigível | Jaguarão/RS |

| TOMADOR DO SERVIÇO | | | | Município de Prestação do Serviço | |
|--|----|---------------------|--------------------|-----------------------------------|--|
| Nome / Razão Social | | | | Jaguarão/RS | |
| 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 | | | | | |

| 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.10.2020 PS | 21.499,88 | 3,00 | 645,00 | 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 | | |
| 21.499,88 | 645,00 | 0,00 | 0,00 | 645,00 | 0,00 | | |
| Valor Total da NFS-e | | Valor Líquido da NFS-e | | | | | |
| 21.499,88 | | 21.499,88 | | | | | |

| | |
|--|---|
| Informações Adicionais |  |
| Lei 12741/2012: Mun: R\$449,35; Est: R\$0,00; Fed: R\$2891,73; Total Aprox: R\$3341,08. Fonte: IBPT. | |

Consulta realizada em 10/11/2020 às 14:23:10.
 Para consultar a autenticidade acesse: sistemas.jaguarao.rs.gov.br/NFSe.Portal



202000000000004810e4f90f37724337000151

| | | |
|--|---|---------------------------------|
| Recebi(emos) de MARIA VICTORIA HERNANDEZ GARCIA - ME os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado. / / | 202000000000004 Número da NFS-e Competência 10/11/2020 NFS-e 810e4f90f | Número de Controle do Município |
|--|---|---------------------------------|

Consulta realizada em 10/11/2020 às 14:23:10.
 Para consultar a autenticidade acesse: sistemas.jaguarao.rs.gov.br/NFSe.Portal

**Recibo de Transferência**

Número: 01083621745/00000000013671/008360

Data: 06/11/2020

Hora: 16:34:32

Canal: Office Banking
Data Débito: 06/11/2020
Valor: R\$ 6.582,21
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: 0235-35.033768.0-2
Nome do Destinatário: MAURO LUIZ PASSOS SOARES
Finalidade: PGTO PS PS OUT 20

Atenciosamente

Banco do Estado do Rio Grande do Sul S.A.
0390F3B4798E4ECF5E3F5532DB67E83E3649
SAC: 0800 6461515 OUIDORIA: 0800 6442200

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

CC: PRONTO SOCORRO
Mensalista

Folha Mensal
Outubro de 2020

| | | | | |
|--------|------------------------------------|-----------|--------------|--------|
| Código | Nome do Funcionário | CBO | Departamento | Filial |
| 4 | MAURO LUIZ PASSOS SOARES MEDICO | 225125 | 15 | 1 |
| | | Admissão: | 01/04/2011 | |

| Código | Descrição | Referência | Vencimentos | Descontos |
|--------|---------------------|------------|-------------|-----------|
| 209 | PGTO PRONTO SOCORRO | 9.100,00 | 9.100,00 | |
| 858 | INSS AUTONOMO | 20,00 | | 1.220,21 |
| 857 | IRRF AUTONOMO | 27,50 | | 1.297,58 |

| | | |
|---|----------------------|--------------------|
| Matrícula INSS: BANRISUL 41 conta corrente: 35033768-02 Agência: 0235 - 23 | Total de Vencimentos | Total de Descontos |
| | 9.100,00 | 2.517,79 |
| | Valor Líquido → | 6.582,21 |

| | | | | | |
|--------------|------------------|----------------|-------------|----------------|------------|
| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Cál. FGTS | FGTS do Mês | Base Cál. IRRF | Faixa IRRF |
| 0,00 | 6.101,06 | 0,00 | 0,00 | 7.879,79 | 27,50 |

*** PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 05 DE NOVEMBRO ***

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

**Recibo de Transferência**

Número: 01083620493/00000000012781/008356

Data: 06/11/2020

Hora: 16:33:27

Canal: Office Banking
Data Débito: 06/11/2020
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 OUT 20

Atenciosamente

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

03F66C9D1219C9E0E11FBA881343CA8BED98

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

SANTA CASA DE CARIDADE D JAGUARÃO

CNPJ: 88.413.661/0001-90

CC: PRONTO SOCORRO

Folha Mensal

Mensalista

Outubro de 2020

| | | | | |
|--------|------------------------------------|-----------|--------------|--------|
| Código | Nome do Funcionário | CBO | Departamento | Filial |
| 1 | ANA PAULA TERRA GONZALEZ MEDICO | 225125 | 15 | 1 |
| | | 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: | Total de Vencimentos | Total de Descontos | | | |
| BANRISUL 41 | 5.600,00 | 1.491,87 | | | |
| conta corrente: 35037143-09 | Valor Líquido → | 4.108,13 | | | |
| Agência: 0235 - 23 | | | | | |
| 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

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 : 20/11/2020 -11:48:14
NSU : 01089905237/00000000691413/029602
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 : 20/11/2020
Período de Apuração : 31/10/2020
Número do CPF ou CNPJ : 88413661000190
Código da Receita : 0561 - IRRF - REND. DO TRABALHO ASSALARIADO
Número de Referência : 000000000000000000
Data do Vencimento : 20/11/2020
Valor do Principal : 5.315,27
Valor Total : 5.315,27


Autenticação : 04102359998296022011202000000531527

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

031405833AEAB671A94A9243CA30BDC3DB93

SAC: 0800 6461515 OUIDORIA: 0800 6442200

| | | |
|---|---|---------------------|
|  MINISTÉRIO DA FAZENDA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL Documento de Arrecadação de Receitas Federais DARF | 02 PERÍODO DE APURAÇÃO → | 31/10/2020 |
| | 03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ → | 88.413.661/0001-90 |
| | 04 CÓDIGO DA RECEITA → | 0561 |
| | 05 NÚMERO DE REFERÊNCIA → | |
| | 06 DATA DE VENCIMENTO → | 20/11/2020 |
| | 07 VALOR DO PRINCIPAL → | 5.315,27 |
| | 08 VALOR DA MULTA → | 0,00 |
| | 09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69 → | 0,00 |
| | 10 VALOR TOTAL → | 5.315,27 |
| | 11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1a. e 2a. vias) | |
| | 01 NOME / RAZÃO SOCIAL SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARAO Data limite para acolhimento: 20/11/2020 Observações: Sicalc Contribuinte - 8721 - RS SENDA (Versão:4.9.3) | 20/11/2020 10:38:24 |

| | | |
|---|---|---------------------|
|  MINISTÉRIO DA FAZENDA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL Documento de Arrecadação de Receitas Federais DARF | 02 PERÍODO DE APURAÇÃO → | 31/10/2020 |
| | 03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ → | 88.413.661/0001-90 |
| | 04 CÓDIGO DA RECEITA → | 0561 |
| | 05 NÚMERO DE REFERÊNCIA → | |
| | 06 DATA DE VENCIMENTO → | 20/11/2020 |
| | 07 VALOR DO PRINCIPAL → | 5.315,27 |
| | 08 VALOR DA MULTA → | 0,00 |
| | 09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69 → | 0,00 |
| | 10 VALOR TOTAL → | 5.315,27 |
| | 11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1a. e 2a. vias) | |
| | 01 NOME / RAZÃO SOCIAL SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARAO Data limite para acolhimento: 20/11/2020 Observações: Sicalc Contribuinte - 8721 - RS SENDA (Versão:4.9.3) | 20/11/2020 10:38:24 |

**Recibo de Transferência**

Número: 01085593956/00000000667937/015003

Data: 10/11/2020

Hora: 14:18:52

Canal: Office Banking
Data Débito: 10/11/2020
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 47

Atenciosamente

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

03C58671FE82E7E35B637A91E2245A45DB79

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

LANÇADO

**PREFEITURA MUNICIPAL DE PELOTAS****SECRETARIA MUNICIPAL DE RECEITA****Nota Fiscal Eletrônica de Serviços**

Número / Série: 47 / NFS-e **Emissão:** 09/11/2020 10:46:26 **Retenção ISS:** Tributado
Data Prestação Serviço: 09/11/2020 **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; Clínicas; Laboratórios; Sanatórios; Manicomios; Casas de Saude; Prontos-Socorros;
Local da Prestação dos Serviços: PELOTAS (RS)
Discriminação dos Serviços Prestados:
Valor referente serviços radiológicos Outubro/2020

RETENÇÕES DE IMPOSTOS

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

DETALHAMENTO DE VALORES

| | | | | | |
|---|---|---|---------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| Valor Total da Nota R\$ 11.000,00 | Deduções Permitidas em Lei R\$ 0,00 | Base de Cálculo R\$ 11.000,00 | Alíquota 5,00 % | ISS R\$ 550,00 | Totais Retenções 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: D5FE.D45B.BDB2.6533.2AFB.B5F0.E969.0EC9



—
cinco mil reais

5.000,00

Jaguarião

13 Novembro 20

cópia de cheque nº

000448 - 0

Visado

Cruzado

Do Banco

025

Utilizado para

Pgto Mohamed, Sup. Cx

| Vistos | | Contador | Caixa | Cheque assinado por: |
|--------|--|----------|------------|----------------------|
| | | | C/Corrente | |
| | | Talão | | |

tilibra

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



Número da NFS-e
202000000000002

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

Data do Serviço Código Verificador
10/11/2020 **7af712d55**

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 |
| 10/11/2020 | 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 Fone CEP
RS **(53) 3261-1088** **96300-000**
 Bairro
CENTRO
 CNPJ / CPF
88.413.661/0001-90 Inscrição Municipal Inscrição Estadual
3072
 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

| DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS | VALOR TOTAL | ALIQ. | VALOR IMPOSTO | RETIDO |
|---|-------------|-------|---------------|--------|
| PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS PLANO OPERATIVO COMP.10.2020 PS | 5.000,00 | 3,00 | 150,00 | Não |

| | | | | | | | |
|--|----------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|------------------------------|
| Código do Serviço 04.01 - Medicina e biomedicina. | Código NBS ***** | | | | | | |
| CIDE 0,00 | COFINS 0,00 | COFINS Importação 0,00 | ICMS 0,00 | IOF 0,00 | IPI 0,00 | PIS/PASEP 0,00 | PIS/PASEP Importação 0,00 |
| Base Cálculo ISSQN Próprio 5.000,00 | Valor do ISSQN Próprio 150,00 | Base Cálculo ISSQN Retido 0,00 | Valor do ISSQN Retido 0,00 | Valor Total do ISSQN 150,00 | Valor Dedução/Descontos 0,00 | Valor Total da NFS-e 5.000,00 | |
| Valor Total da NFS-e 5.000,00 | | | | Valor Líquido da NFS-e 5.000,00 | | | |

Informações Adicionais
 Lei 12741/2012: Mun: R\$104,50; Est: R\$0,00; Fed: R\$672,50; Total Aprox: R\$777,00. Fonte: IBPT.



Consulta realizada em 10/11/2020 às 14:31:25.

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



2020000000000027af712d5539491085000193

| | | |
|--|---|---------------------------------|
| Recebi(emos) de MOHAMMAD NAWAZ - ME os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado. | 202000000000002 Número da NFS-e Competência 10/11/2020 NFS-e 7af712d55 | Número de Controle do Município |
|--|---|---------------------------------|

Consulta realizada em 10/11/2020 às 14:31:25.

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\$ 17.327,00
(DEZESSETE MIL REAIS TREZENTOS E VINTE E SETE REAIS)

8- DATA DO RECEBIMENTO DA SUBVENÇÃO: 28/10/20



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 OUTUBRO/ 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 | 17.327,00 | PROGRAMA AÇÕES EM SAUDE | 13.356,49 |
| | | INSS | 2.440,42 |
| | | IRRF | 1.530,09 |
| | | | |
| | | | |
| TOTAL | 17.327,00 | | 17.327,00 |

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 | 06/11/20 | LILIA BUSTAMANTE | 8.422,21 |
| FOLHA DE PGTº | 06/11/20 | WILSON SILVA FILHO | 4.934,28 |
| | | | |
| TOTAL | | | 13.356,49 |

| 1.4 | 1.5 | 1.6 | 1.7 |
|-----------|----------|------------|-----------|
| DOCUMENTO | DATA | FAVORECIDO | VALOR R\$ |
| COMP.PGTO | 07/11/20 | INSS | 2.440,42 |
| COMP.PGTO | 20/11/20 | IRRF | 1.530,09 |
| | | | |
| TOTAL | | | |

| | | | |
|--|--|--|----------|
| | | | 3.970,51 |
|--|--|--|----------|

**Recibo de Transferência**

Número: 01082446173/00000000043233/003796

Data: 05/11/2020

Hora: 11:00:59

Canal: Office Banking
Data Débito: 05/11/2020
Valor: R\$ 8422,21
Tipo: Folha de Pagamento
Conta do Remetente: 0235-06.025232.0-4
Nome do Remetente: SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO
Conta do Destinatário: 0235-35.037404.0-7
Nome do Destinatário: LILIA NATHALY BUSTAMANTE SCHWENDENW
Finalidade: SAL OUT 20 AJUDA CUSTO SERV. E

Atenciosamente

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

0333371883DA265B4279B480ACF15BDCFD33

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

A large, handwritten checkmark in the bottom right corner of the page.

SANTA CASA DE CARIDADE D JAGUARÃO

CNPJ: 88.413.661/0001-90

CC: AÇÕES EM SAÚDE

Folha Mensal

Mensalista

Outubro de 2020

| | | | | |
|--------|--|-----------|--------------|--------|
| Código | Nome do Funcionário | CBO | Departamento | Filial |
| 9 | LILIA NATHALY BUSTAMANTE SCHWENDENWEIN MEDICO | 225125 | 2 | 1 |
| | | Admissão: | 01/04/2014 | |

| Código | Descrição | Referência | Vencimentos | Descontos |
|--------|---|------------|-------------|-----------|
| 214 | OUTROS SERVIÇOS PROFISSIONAIS | 7.500,00 | 7.500,00 | |
| 232 | AJUDA DE CUSTO SERVIÇOS EXTRAORDINARIOS | 3.000,00 | 3.000,00 | |
| 858 | INSS AUTONOMO | 20,00 | | 1.220,21 |
| 857 | IRRF AUTONOMO | 27,50 | | 857,58 |

| | | | | | |
|-----------------------------|----------------------|--------------------|----------------|-------------------|------------|
| Matrícula INSS: | Total de Vencimentos | Total de Descontos | | | |
| BANRISUL 41 | 10.500,00 | 2.077,79 | | | |
| conta corrente: 35037404-07 | Valor Líquido → | 8.422,21 | | | |
| Agência: 0235 - 23 | | | | | |
| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Cálculo FGTS | F.G.T.S do Mês | Base Cálculo 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

**Recibo de Transferência**

Número: 01083627965/00000000018249/008371

Data: 06/11/2020

Hora: 16:40:01

Canal: Office Banking
Data Débito: 06/11/2020
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: SAL OUT 20

Atenciosamente

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

03ADD71FBE2A20F618EB2F289A314DD44365

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

1 SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARAO
Praça PC HERMES PINTOS AFFONSO 999999 (53)32611088
96300-000 CENTRO JAGUARAO - RS

88.413.661/0001-90

Período: 01/10/2020 Até 31/10/2020

Cód/Contr: Nome: 460 / 460 **WILSON BURCH DA SILVA FILHO**
CI: 10988419448 **CBO:** 225125 **C/Custo:** 19 **Dpto:** **Setor:** **Seção:** **Admissão:** 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 Cál. FGTS | FGTS do Mês | Base Cál. 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:

Assinatura

Data

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

Número: 01089910086/00000000695866/029620

Data: 20/11/2020

Hora: 11:54:17

Prezado Cliente: SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO

Efetuamos em 20/11/2020, 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.....: | 10/2020 |
| Identificador.....: | 88413661000190 |
| Valor(6) do INSS.....: | R\$ 13.428,26 |
| Valor(9) Outras Entidades...: | R\$ 0,00 |
| Valor(10) Juros/Multas.....: | R\$ 0,00 |
| Valor(11) Total Arrecadado.: | R\$ 13.428,26 |
| Autenticação.....: | 0410235999891008620112020000000001342826 |

Atenciosamente


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

0325C7DF7A293B2DDC2BF71A8F2C7671B287

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200


Deixa Cuida o valor de R\$ 2440,21
relacionado a Ações em Saúde

1ª Via - INSS - 2ª Via - CONTRIBUINTE

| | | | | | |
|---|------------|--|--|----------------------------|--------------------|
|  PREVIDÊNCIA SOCIAL | | MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP | | 3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO | 2305 |
| | | GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS | | 4 - COMPETÊNCIA | 10/2020 |
| 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 | | | | 5 - IDENTIFICADOR | 88.413.661/0001-90 |
| | | | | 6 - VALOR DO INSS | 13.428,26 |
| | | | | 7 - | |
| | | | | 8 - | |
| 2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS) | 20/11/2020 | | | 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 | 13.428,26 |
| AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA | | | | | |

8

1ª Via - INSS - 2ª Via - CONTRIBUINTE

| | | | | | |
|---|------------|--|--|----------------------------|--------------------|
|  PREVIDÊNCIA SOCIAL | | MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP | | 3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO | 2305 |
| | | GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS | | 4 - COMPETÊNCIA | 10/2020 |
| 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 | | | | 5 - IDENTIFICADOR | 88.413.661/0001-90 |
| | | | | 6 - VALOR DO INSS | 13.428,26 |
| | | | | 7 - | |
| | | | | 8 - | |
| 2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS) | 20/11/2020 | | | 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 | 13.428,26 |
| AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA | | | | | |

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 : 20/11/2020 -11:45:09
NSU : 01089902536/00000000688846/029594
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 : 20/11/2020
Período de Apuração : 31/10/2020
Número do CPF ou CNPJ : 88413661000190
Código da Receita : 0588 - IRRF - REND. TRAB. S/VINC. EMPREGATICIO
Número de Referência : 000000000000000000
Data do Vencimento : 20/11/2020
Valor do Principal : 8.749,57
Valor Total : 8.749,57

Autenticação : 04102359998295942011202000000874957

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

038F8F1CD4BB12C802C882B5E876763B4552

SAC: 0800 6461515 OUIDORIA: 0800 6442200

Declaro que o valor do IRF é 1.530,09
Ações em Saúde



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

01 NOME / RAZÃO SOCIAL
 SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARAO

Data limite para acolhimento: **20/11/2020**

Observações:

Sicalc Contribuinte - 8721 - RS

SENDA (Versão:4.9.3)

20/11/2020 10:26:32

| | |
|--|--------------------|
| 02 PERÍODO DE APURAÇÃO → | 31/10/2020 |
| 03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ → | 88.413.661/0001-90 |
| 04 CÓDIGO DA RECEITA → | 0588 |
| 05 NÚMERO DE REFERÊNCIA → | |
| 06 DATA DE VENCIMENTO → | 20/11/2020 |
| 07 VALOR DO PRINCIPAL → | 8.749,57 |
| 08 VALOR DA MULTA → | 0,00 |
| 09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69 → | 0,00 |
| 10 VALOR TOTAL → | 8.749,57 |
| 11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1a. e 2a. vias) | |



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

01 NOME / RAZÃO SOCIAL
 SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARAO

Data limite para acolhimento: **20/11/2020**

Observações:

Sicalc Contribuinte - 8721 - RS

SENDA (Versão:4.9.3)

20/11/2020 10:26:32

| | |
|--|--------------------|
| 02 PERÍODO DE APURAÇÃO → | 31/10/2020 |
| 03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ → | 88.413.661/0001-90 |
| 04 CÓDIGO DA RECEITA → | 0588 |
| 05 NÚMERO DE REFERÊNCIA → | |
| 06 DATA DE VENCIMENTO → | 20/11/2020 |
| 07 VALOR DO PRINCIPAL → | 8.749,57 |
| 08 VALOR DA MULTA → | 0,00 |
| 09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69 → | 0,00 |
| 10 VALOR TOTAL → | 8.749,57 |
| 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: 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\$ 43.281,95
QUARENTA E TRES MIL E DUZENTOS E OITENTA E UM REAL E NOVENTA E CINCO CENTAVOS

8- DATA DO RECEBIMENTO DA SUBVENÇÃO: 28/10/2020



PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARÃO

Juliana da S. Figueiredo
Contadora CRC SP 269868/O-2 RS
CPF 360.288.028-00



PRESTAÇÃO DE CONTAS
PLANO OPERATIVO -OUTUBRO/2020

ANEXO II

| 1- RECEITA | | 2- DESPESA | |
|-----------------------|---------------|-----------------------|---------------|
| 1.1 DISCRIMINAÇÃO | 1.2 VALOR R\$ | 2.1 DISCRIMINAÇÃO | 2.2 VALOR R\$ |
| PROGRAMA SAUDE MENTAL | 43.281,95 | PROGRAMA SAUDE MENTAL | 29.244,89 |
| TRANSPORTE | | REFEISUL | 1.800,00 |
| | | IRRF | 3.044,12 |
| | | FGTS | 2.827,25 |
| | | FÉRIAS | 5.374,42 |
| | | A TRANSPORTAR | 991,27 |
| | | | |
| TOTAL | 43.281,95 | | 43.281,95 |

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 | 28/10/20 | SALÁRIOS PL. OPERAT. SÍTIO RENASCER | 29.244,89 |
| | | | |
| FOLHA DE PGT | 03/11/20 | FÉRIAS | 5.374,42 |
| | | | |
| | | | |
| TOTAL | | | 34.619,31 |

| 1.4 | 1.5 | 1.6 | 1.7 |
|--------------|----------|------------|-----------|
| DOCUMENTO | DATA | FAVORECIDO | VALOR R\$ |
| COMP.PGTO | 20/11/20 | INSS | 3.252,48 |
| COMP.PGTO | 20/11/20 | IRRF | 3.044,12 |
| COMP.PGTO | 07/11/20 | FGTS | 2.827,25 |
| COMP.PGTO | 20/11/20 | REFEISUL | 1.800,00 |
| FOLHA DE PGT | 03/11/20 | FÉRIAS | 5.734,42 |
| | | | 5.374,42 |
| | FÉRIAS | | |

| | | | |
|----------------------------|--|--|-----------|
| | | | |
| GILBERTO VOLOSKI ISQUIERDO | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| TOTAL | | | 16,658,27 |

~~16,658,27~~
16.298,27

Empresa: 1 - SANTA CASA DE CARIDADE D JAGUARÃO
CNPJ: 88.413.661/0001-90
Cálculo: Folha Mensal
Competência: 10/2020

Página: 1/3
Emissão: 30/10/2020
Horas: 16:58:59

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 | 227,33 | 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 | 103,33 | 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 | 227,33 | 3.905,92 P | 202 | REFEISUL | 2,00 | 2,00 D |
| 93 QUINQUENIO | 3,00 | 585,89 P | 998 | I.N.S.S. | 11,00 | 517,04 D |
| 16 INSALUBRIDADE 20% | 20,00 | 209,00 P | 999 | IMPOSTO DE RENDA | 22,50 | 305,22 D |

ND: 0 Proventos: 4.700,81 Descontos: 824,26 Informativa: 376,06 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 3.876,55
NF: 0 Base INSS: 4.700,81 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 4.700,81 Valor FGTS: 376,06 Base IRRF: 4.183,77

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 | 186,00 | 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 | 227,33 | 1.265,62 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: 1.474,62 Descontos: 119,03 Informativa: 117,96 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.355,59
NF: 0 Base INSS: 1.474,62 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.474,62 Valor FGTS: 117,96 Base IRRF: 1.357,59

Empresa: 1 - SANTA CASA DE CARIDADE D JAGUARÃO
CNPJ: 88.413.661/0001-90
Cálculo: Folha Mensal
Competência: 10/2020

Página: 2/3
Emissão: 30/10/2020
Horas: 16:58:59

C. Custos: 3

EXTRATO MENSAL

Empr.: 265 JORGE ELI BOTELHO VIEIRA
 Cargo: 2 MOTORISTA DE AMBULANCIA
 CC: 3

Situação: Trabalhando
 Vínculo: Celetista
 Depto: 3

CPF: 348.970.380-49
 Adm: 02/01/2006
 Filial: 1

PIS: 124.19084.48-0
 CTPS/Série: 84063/0010
 Salário: 1.265,62

| | | | | | | |
|----------------------|----------|------------|-----|------------------|------|----------|
| 1 HORAS NORMAIS | 227,33 | 1.265,62 P | 202 | REFEISUL | | |
| 93 QUINQUENIO | 2,00 | 126,56 P | 998 | I.N.S.S. | 2,00 | 2,00 D |
| 204 DIARIAS | 150,65 | 150,65 P | 999 | IMPOSTO DE RENDA | 8,99 | 233,76 D |
| 16 INSALUBRIDADE 20% | 20,00 | 209,00 P | | | 7,50 | 34,76 D |
| 20 GRATIFICACOES | 1.000,00 | 1.000,00 P | | | | |

ND: 0 Proventos: 2.751,83 Descontos: 270,52 Informativa: 208,09 Informativa Dedutora: 0
 NF: 0 Base INSS: 2.601,18 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.601,18 Valor FGTS: 208,09 Líquido: 2.481,31
 Base IRRF: 2.367,42

Empr.: 674 MARELISE PINTO JUNCAL BORGES
 Cargo: 7 SERVIÇOS GERAIS
 CC: 3

Situação: Trabalhando
 Vínculo: Celetista
 Depto: 3

CPF: 012.298.650-47
 Adm: 08/11/2018
 Filial: 1

PIS: 120.35966.06-1
 CTPS/Série: 8759474/30
 Salário: 1.265,62

| | | | | | | |
|----------------------|--------|------------|-----|----------|------|----------|
| 1 HORAS NORMAIS | 248,00 | 1.265,62 P | 202 | REFEISUL | | |
| 16 INSALUBRIDADE 20% | 20,00 | 209,00 P | 998 | I.N.S.S. | 2,00 | 2,00 D |
| | | | | | 7,94 | 117,03 D |

ND: 0 Proventos: 1.474,62 Descontos: 119,03 Informativa: 117,96 Informativa Dedutora: 0
 NF: 0 Base INSS: 1.474,62 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.474,62 Valor FGTS: 117,96 Líquido: 1.355,59
 Base IRRF: 1.357,59

Empr.: 727 RAISSA PINTO PEREIRA
 Cargo: 727 AUXILIAR ADMINISTRATIVO
 CC: 3

Situação: Trabalhando
 Vínculo: Celetista
 Depto: 3

CPF: 031.101.720-70
 Adm: 08/11/2019
 Filial: 1

PIS: 166.20058.11-7
 CTPS/Série: 2450880/50
 Salário: 1.265,62

| | | | | | | |
|----------------------|--------|------------|-----|----------|------|----------|
| 1 HORAS NORMAIS | 227,33 | 1.265,62 P | 202 | REFEISUL | | |
| 16 INSALUBRIDADE 20% | 20,00 | 209,00 P | 998 | I.N.S.S. | 2,00 | 2,00 D |
| | | | | | 7,94 | 117,03 D |

ND: 0 Proventos: 1.474,62 Descontos: 119,03 Informativa: 117,96 Informativa Dedutora: 0
 NF: 0 Base INSS: 1.474,62 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.474,62 Valor FGTS: 117,96 Líquido: 1.355,59
 Base IRRF: 1.357,59

Empr.: 646 TACIANA MARTINS ROCHA DA SILVA
 Cargo: 17 ENFERMEIRA(O)
 CC: 3

Situação: Trabalhando
 Vínculo: Celetista
 Depto: 3

CPF: 013.633.210-21
 Adm: 20/06/2018
 Filial: 1

PIS: 156.40114.27-8
 CTPS/Série: 848086/40
 Salário: 2.363,45

| | | | | | | |
|------------------------|----------|------------|-----|------------------|-------|----------|
| 1 HORAS NORMAIS | 372,00 | 2.363,45 P | 202 | REFEISUL | | |
| 204 DIARIAS | 100,43 | 100,43 P | 998 | I.N.S.S. | 2,00 | 2,00 D |
| 250 REFLEXO EXTRAS DSR | 0,00 | 202,38 P | 999 | IMPOSTO DE RENDA | 11,08 | 534,74 D |
| 150 HORAS EXTRAS | 60,00 | 1.052,37 P | | | 22,50 | 329,67 D |
| 16 INSALUBRIDADE 20% | 20,00 | 209,00 P | | | | |
| 20 GRATIFICACOES | 1.000,00 | 1.000,00 P | | | | |

ND: 0 Proventos: 4.927,63 Descontos: 866,41 Informativa: 386,17 Informativa Dedutora: 0
 NF: 0 Base INSS: 4.827,20 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 4.827,20 Valor FGTS: 386,17 Líquido: 4.061,22
 Base IRRF: 4.292,46

| Totais por Centro de Custos | Proventos | Descontos | Líquido |
|-------------------------------|------------------|-------------------------------|------------------|
| 3 SITIO RENASCER-CAPS | 35.592,58 | 6.347,69 | 29.244,89 |
| Total: | 35.592,58 | 6.347,69 | 29.244,89 |
| Total Geral Proventos: | 35.592,58 | Total Geral Descontos: | 6.347,69 |
| | | Líquido Geral: | 29.244,89 |

Empresa: 1 - SANTA CASA DE CARIDADE D JAGUARÃO
CNPJ: 88.413.661/0001-90
Cálculo: Folha Mensal
Competência: 10/2020

Página: 3/3
Emissão: 30/10/2020
Horas: 16:58:59

C. Custos: 3

EXTRATO MENSAL

Situações

| | | | | | |
|---|---|-------------------------------------|-----------|----------------------------|-----------|
| Número de empregados: | 9 | Salário contribuição empregados: | 31.264,79 | Base IRRF Mensal: | 32.055,93 |
| Numero de estagiários: | 0 | Salário contribuição contribuintes: | 0,00 | Valor IRRF Mensal: | 3.044,12 |
| Trabalhando: | 9 | Excedente: | 4.076,71 | Base IRRF Férias: | 0,00 |
| Afastado direitos integrais: | 0 | Base total: | 35.341,50 | Valor IRRF Férias: | 0,00 |
| Afastado acidente de trabalho: | 0 | Segurados: | 3.285,57 | Base IRRF Partic. Lucros: | 0,00 |
| Afastado serviço militar: | 0 | Empresa: | 0,00 | Valor IRRF Partic. Lucros: | 0,00 |
| Salário maternidade: | 0 | RAT: | 706,82 | Base IRRF Exterior: | 0,00 |
| Salário maternidade INSS: | 0 | Contribuintes: | 0,00 | Valor IRRF Exterior: | 0,00 |
| Doença: | 0 | Sub-Total: | 3.992,39 | Base IRRF 13º Salário: | 0,00 |
| Doença Profissional: | 0 | Retenções: | 0,00 | Valor IRRF 13º Salário: | 0,00 |
| Licença sem vencimento: | 0 | (-) Salário família/maternidade: | 739,91 | Valor Total do IRRF: | 3.044,12 |
| Demitido: | 0 | Compensações: | 0,00 | IRRF Aluguéis: | 0,00 |
| Transferido: | 0 | Valores pagos a Cooperativas: | 0,00 | IRRF contribuintes: | 0,00 |
| Férias: | 0 | Outras Compensações: | 0,00 | Base do FGTS: | 35.341,50 |
| Mandato sindical: | 0 | Total: | 3.252,48 | Valor do FGTS: | 2.827,25 |
| Aposentadoria: | 0 | Terceiros: | 0,00 | Base do FGTS Aprendiz: | 0,00 |
| Partic. curso/programa de qualificação: | 0 | Total INSS: | 3.252,48 | Valor do FGTS Aprendiz: | 0,00 |
| Ausência justificada: | 0 | | | Base FGTS - GRRF: | 0,00 |
| Outros motivos de afastamento: | 0 | | | FGTS - GRRF: | 0,00 |
| Admissões: | 0 | | | Base FGTS mes ant. - GRRF: | 0,00 |
| Número de contribuintes: | 0 | | | FGTS mes ant. - GRRF: | 0,00 |
| | | | | Base PIS: | 0,00 |
| | | | | Valor PIS: | 0,00 |
| | | | | Base ISS: | 0,00 |
| | | | | Valor ISS: | 0,00 |

Líquido Geral: 29.244,89

**Recibo de Transferência**

Número: 01078958356/00000000838375/891540

Data: 28/10/2020

Hora: 11:57:22

Canal: Office Banking
Data Débito: 28/10/2020
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: PGTO SAL OUT 20

Atenciosamente

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

035B410289F5A09E3E20161F41150B624461

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

A large, handwritten checkmark in blue ink, located on the right side of the page.

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

CC: SITIO RENASCER-CAPS
Mensalista

Folha Mensal
Outubro de 2020

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

| Código | Descrição | Referência | Vencimentos | Descontos |
|--------|-------------------|------------|-------------|-----------|
| 1 | HORAS NORMAIS | 227,33 | 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 |

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

| | | | | | |
|--------------|------------------|----------------|----------------|----------------|------------|
| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Cál. FGTS | F.G.T.S do Mês | Base Cál. 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

**Recibo de Transferência**

Número: 01078958896/00000000838874/891545

Data: 28/10/2020

Hora: 11:58:32

Canal: Office Banking
Data Débito: 28/10/2020
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: PGTO SAL OUT 20

Atenciosamente

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

0301D5FE36515F185E62777C139166E53318

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
Outubro de 2020

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

| Código | Descrição | Referência | Vencimentos | Descontos | |
|--|-------------------|----------------|----------------------|--------------------|------------|
| 1 | HORAS NORMAIS | 103,33 | 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 | |
| BANRISUL 41 conta corrente: 350369950-4 Agência: 0235 - 23 | | | Valor Líquido → | 6.391,69 | |
| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Cál. FGTS | FG.T.S do Mês | Base Cál. 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

**Recibo de Transferência**

Número: 01081398558/00000000097250/900877

Data: 03/11/2020

Hora: 17:20:43

Canal: Office Banking
Data Débito: 03/11/2020
Valor: R\$ 5.374,42
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: 0918-35.196998.0-4
Nome do Destinatário: GILBERTO VOLOSKI ISQUIERDO
Finalidade: FERIAS NOV 20

Atenciosamente

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

03513A93E18E59E698D5F8E3E1E640952390

SAC: 0800 6461515 OUIDORIA: 0800 6442200

R E C I B O D E F E R I A S
=====

Empresa: SANTA CASA DE CARIDADE D JAGUARÃO

CNPJ: 88.413.661/0001-90

Empregado: 168 - GILBERTO VOLOSKI ISQUIERDO

CPF: 401.612.850.15

Periodo de Aquisicao...: 01/06/2018 a 31/05/2019

Série CTPS.: 543

Periodo das Férias.....: 02/11/2020 a 01/12/2020

Número CTPS: 25414

Retorno ao Trabalho.....: 02/12/2020

Dias Férias.: 30

Pagamento do Recibo.....: 30/10/2020

Dias Abono...: 0

Salário Base.....: R\$ 3.905,92

| Rubrica | Descrição | Referência | Proventos | Descontos |
|---------|--------------------|----------------|-----------|-----------|
| 003 | HORAS FERIAS | 220,00 | 3.901,72 | |
| 805 | MEDIA VALOR FERIAS | 499,46 | 499,46 | |
| 807 | VANTAGENS FERIAS | 794,04 | 794,04 | |
| 931 | 1/3 DAS FERIAS | 33,33 | 1.731,73 | |
| 812 | INSS FERIAS | 10,29 | | 713,08 |
| 942 | IRRF FERIAS | 27,50 | | 839,45 |
| | | Totais.....: | 6.926,95 | 1.552,53 |
| | | Líquidos.....: | 5.374,42 | |

Recebi a importância de (cinco mil trezentos e setenta e quatro reais e quarenta e dois centavos) referente quitação das férias.

JAGUARAO, 30 de Outubro de 2020

SANTA CASA DE CARIDADE D JAGUARÃO

GILBERTO VOLOSKI ISQUIERDO



Recibo de Transferência

Número: 01078961371/00000000841466/891559

Data: 28/10/2020

Hora: 12:04:21

Canal: Office Banking
Data Débito: 28/10/2020
Valor: R\$ 3876,55
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: PGTO SAL OUT 20

Atenciosamente

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

034269C086207FF7D36CE83D7F8BFB336348

SAC: 0800 6461515 OUIDORIA: 0800 6442200



SANTA CASA DE CARIDADE D JAGUARÃO

CNPJ: 88.413.661/0001-90


CC: SÍTIO RENASCER-CAPS

Folha Mensal

Mensalista

Outubro de 2020

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

| Código | Descrição | Referência | Vencimentos | Descontos | |
|---|-------------------|----------------|---|--------------------|------------|
| 1 | HORAS NORMAIS | 227,33 | 3.905,92 | | |
| 93 | QUINQUENIO | 3,00 | 585,89 | | |
| 16 | INSALUBRIDADE 20% | 20,00 | 209,00 | | |
| 202 | REFEISUL | 2,00 | | 2,00 | |
| 998 | I.N.S.S. | 11,00 | | 517,04 | |
| 999 | IMPOSTO DE RENDA | 22,50 | | 305,22 | |
| | | | Total de Vencimentos | Total de Descontos | |
| | | | 4.700,81 | 824,26 | |
| AG. AREAL 41 conta corrente: 351969980-4 Agência: 0918 - 39 | | | Valor Líquido  | 3.876,55 | |
| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Cál. FGTS | FG.TS do Mês | Base Cál. IRRF | Faixa IRRF |
| 3.905,92 | 4.700,81 | 4.700,81 | 376,06 | 4.183,77 | 22,50 |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

**Recibo de Transferência**

Número: 01078961834/00000000841965/891563

Data: 28/10/2020

Hora: 12:05:29

Canal: Office Banking
Data Débito: 28/10/2020
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: PGTO SAL OUT 20

Atenciosamente

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

03A000CCA4B5C54B613D57BF442F9BB36C70

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

SANTA CASA DE CARIDADE D JAGUARÃO

CNPJ: 88.413.661/0001-90

CC: SITIO RENASCER-CAPS

Folha Mensal

Mensalista

Outubro de 2020

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

| Código | Descrição | Referência | Vencimentos | Descontos |
|--------|-------------------|------------|-------------|-----------|
| 1 | HORAS NORMAIS | 186,00 | 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 |
| AG. AREAL 41 conta corrente: 350936060-6 | | Valor Líquido → | 6.111,22 |

| | | | | | |
|--------------|------------------|----------------|----------------|----------------|------------|
| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Cál. FGTS | F.G.T.S do Mês | Base Cál. 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

**Recibo de Transferência**

Número: 01078959364/00000000839386/891548

Data: 28/10/2020

Hora: 11:59:34

Canal: Office Banking
Data Débito: 28/10/2020
Valor: R\$ 1355,59
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: PGTO SAL OUT 20

Atenciosamente

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

0396423F27CF4EBD2D8B41B7E66DAC5D8B73

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

SANTA CASA DE CARIDADE D JAGUARÃO

CNPJ: 88.413.661/0001-90

CC: SÍTIO RENASCER-CAPS

Folha Mensal

Mensalista

Outubro de 2020

| | | | | |
|--------|--|-----------|--------------|--------|
| Código | Nome do Funcionário | CBO | Departamento | Filial |
| 726 | JESSICA DINIZ QUENON COPEIRA/COZINHEIRA | 513430 | 3 | 1 |
| | | Admissão: | 07/11/2019 | |

| Código | Descrição | Referência | Vencimentos | Descontos | |
|--|-------------------|------------------|----------------------|--------------------|------------|
| 1 | HORAS NORMAIS | 227,33 | 1.265,62 | | |
| 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 | |
| | | | 1.474,62 | 119,03 | |
| BANRISUL 41 conta corrente: 350476290-0 | | | Valor Líquido | 1.355,59 | |
| Agência: 0235 - 23 | | | ⇒ | | |
| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Cálcl. FGTS | FGTS do Mês | Base Cálcl. IRRF | Faixa IRRF |
| 1.265,62 | 1.474,62 | 1.474,62 | 117,96 | 1.357,59 | 0,00 |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

**Recibo de Transferência**

Número: 01078959697/00000000839745/891551

Data: 28/10/2020

Hora: 12:00:19

Canal: Office Banking
Data Débito: 28/10/2020
Valor: R\$ 2481,31
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: PGTO SAL OUT 20

Atenciosamente

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

0310576F2EC846F1962F5BA76DD4E662EE58

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
Outubro de 2020

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

| Código | Descrição | Referência | Vencimentos | Descontos | |
|---|-------------------|----------------|----------------------|--------------------|------------|
| 1 | HORAS NORMAIS | 227,33 | 1.265,62 | | |
| 93 | QUINQUENIO | 2,00 | 126,56 | | |
| 204 | DIARIAS | 150,65 | 150,65 | | |
| 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 | | 233,76 | |
| 999 | IMPOSTO DE RENDA | 7,50 | | 34,76 | |
| | | | Total de Vencimentos | Total de Descontos | |
| | | | 2.751,83 | 270,52 | |
| BANRISUL 41 conta corrente: 350240870-0 Agência: 0235 - 23 | | | Valor Líquido → | 2.481,31 | |
| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Cál. FGTS | FGTS do Mês | Base Cál. IRRF | Faixa IRRF |
| 1.265,62 | 2.601,18 | 2.601,18 | 208,09 | 2.367,42 | 7,50 |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

**Recibo de Transferência**

Número: 01078960058/00000000840127/891552

Data: 28/10/2020

Hora: 12:01:09

Canal: Office Banking
Data Débito: 28/10/2020
Valor: R\$ 1355,59
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: PGTO SAL OUT 20

Atenciosamente

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

03B63406AD780B987520E54D966B82E07F92

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

SANTA CASA DE CARIDADE D JAGUARÃO

CNPJ: 88.413.661/0001-90

CC: SITIO RENASCER-CAPS

Folha Mensal

Mensalista

Outubro de 2020

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

| Código | Descrição | Referência | Vencimentos | Descontos | |
|--|-------------------|------------------|-----------------------------|---------------------------|------------|
| 1 | HORAS NORMAIS | 248,00 | 1.265,62 | | |
| 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 | |
| | | | 1.474,62 | 119,03 | |
| BANRISUL 41 conta corrente: 390386840-6 | | | Valor Líquido → | 1.355,59 | |
| Agência: 0235 - 23 | | | | | |
| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Cálcl. FGTS | F.G.T.S do Mês | Base Cálcl. IRRF | Faixa IRRF |
| 1.265,62 | 1.474,62 | 1.474,62 | 117,96 | 1.357,59 | 0,00 |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo

Assinatura do Funcionário

Data

**Recibo de Transferência**

Número: 01078960488/00000000840574/891554

Data: 28/10/2020

Hora: 12:02:11

Canal: Office Banking
Data Débito: 28/10/2020
Valor: R\$ 1355,59
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: PGTO SAL OUT 20

Atenciosamente

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

038D1E34B342EFF99053963D98D7080AA478

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
Outubro de 2020

| Código | Nome do Funcionário | CBO | Departamento | Filial |
|--------|---|---------------------|--------------|-----------------|
| 727 | RAISSA PINTO PEREIRA AUXILIAR ADMINISTRATIVO | 411005 Admissão: | 3 | 1 08/11/2019 |

| Código | Descrição | Referência | Vencimentos | Descontos | |
|--|-------------------|----------------|----------------------|--------------------|------------|
| 1 | HORAS NORMAIS | 227,33 | 1.265,62 | | |
| 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 | |
| | | | 1.474,62 | 119,03 | |
| BANRISUL 41 conta corrente: 350476580-2 Agência: 0235 - 23 | | | Valor Líquido → | 1.355,59 | |
| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Cál. FGTS | F.G.T.S do Mês | Base Cál. IRRF | Faixa IRRF |
| 1.265,62 | 1.474,62 | 1.474,62 | 117,96 | 1.357,59 | 0,00 |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

**Recibo de Transferência**

Número: 01078961038/00000000841125/891557

Data: 28/10/2020

Hora: 12:03:30

Canal: Office Banking
Data Débito: 28/10/2020
Valor: R\$ 4061,22
Tipo: Folha de Pagamento
Conta do Remetente: 0235-06.025232.0-4
Nome do Remetente: SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO
Conta do Destinatário: 0235-35.045331.0-3
Nome do Destinatário: TACIANA MARTINS ROCHA DA SILVA
Finalidade: PGTO SAL OUT 20

Atenciosamente

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

0339060BDF046DEF3E486DC9FE0E31564473

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

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

| Código | Descrição | Referência | Vencimentos | Descontos | |
|--|--------------------|----------------|----------------------|--------------------|------------|
| 1 | HORAS NORMAIS | 372,00 | 2.363,45 | | |
| 204 | DIARIAS | 100,43 | 100,43 | | |
| 250 | REFLEXO EXTRAS DSR | 0,00 | 202,38 | | |
| 150 | HORAS EXTRAS | 60,00 | 1.052,37 | | |
| 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. | 11,08 | | 534,74 | |
| 999 | IMPOSTO DE RENDA | 22,50 | | 329,67 | |
| | | | Total de Vencimentos | Total de Descontos | |
| | | | 4.927,63 | 866,41 | |
| BANRISUL 41 conta corrente: 350453310-3 Agência: 0235 - 23 | | | Valor Líquido → | 4.061,22 | |
| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Cál. FGTS | FGTS do Mês | Base Cál. IRRF | Faixa IRRF |
| 2.363,45 | 4.827,20 | 4.827,20 | 386,17 | 4.292,46 | 22,50 |

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 : 20/11/2020 -11:45:09
NSU : 01089902536/00000000688846/029594
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 : 20/11/2020
Período de Apuração : 31/10/2020
Número do CPF ou CNPJ : 88413661000190
Código da Receita : 0588 - IRRF - REND. TRAB. S/VINC. EMPREGATICIO
Número de Referência : 000000000000000000
Data do Vencimento : 20/11/2020
Valor do Principal : 8.749,57
Valor Total : 8.749,57


Autenticação : 04102359998295942011202000000874957


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

038F8F1CD4BB12C802C882B5E876763B4552

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

www.banrisul.com.br
3044-12 ✓
CAPS

| | | |
|--|--|--------------------|
|  MINISTÉRIO DA FAZENDA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL Documento de Arrecadação de Receitas Federais DARF | 02 PERÍODO DE APURAÇÃO → | 31/10/2020 |
| | 03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ → | 88.413.661/0001-90 |
| | 04 CÓDIGO DA RECEITA → | 0588 |
| | 05 NÚMERO DE REFERÊNCIA → | |
| | 06 DATA DE VENCIMENTO → | 20/11/2020 |
| 01 NOME / RAZÃO SOCIAL SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARAO | | |
| Data limite para acolhimento: 20/11/2020 | 07 VALOR DO PRINCIPAL → | 8.749,57 |
| Observações: | 08 VALOR DA MULTA → | 0,00 |
| Sicalc Contribuinte - 8721 - RS | 09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69 → | 0,00 |
| SEDA (Versão:4.9.3) | 10 VALOR TOTAL → | 8.749,57 |
| 20/11/2020 10:26:32 | 11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1a. e 2a. vias) | |

| | | |
|--|--|--------------------|
|  MINISTÉRIO DA FAZENDA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL Documento de Arrecadação de Receitas Federais DARF | 02 PERÍODO DE APURAÇÃO → | 31/10/2020 |
| | 03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ → | 88.413.661/0001-90 |
| | 04 CÓDIGO DA RECEITA → | 0588 |
| | 05 NÚMERO DE REFERÊNCIA → | |
| | 06 DATA DE VENCIMENTO → | 20/11/2020 |
| 01 NOME / RAZÃO SOCIAL SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARAO | | |
| Data limite para acolhimento: 20/11/2020 | 07 VALOR DO PRINCIPAL → | 8.749,57 |
| Observações: | 08 VALOR DA MULTA → | 0,00 |
| Sicalc Contribuinte - 8721 - RS | 09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69 → | 0,00 |
| SEDA (Versão:4.9.3) | 10 VALOR TOTAL → | 8.749,57 |
| 20/11/2020 10:26:32 | 11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1a. e 2a. vias) | |



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 : 01083084639
NSU de Autenticação : 006154

Representação Numérica do Código de Barras
858900000778.241901792012.107646050889.841366100015

Descrição Pagamento : CAIXA FED FGTS GRF
CPF/CEI/CNPJ : 88413661000190
Código do Convênio : 0179
Data de Validade : 07/11/2020
Competência : 10/2020
Valor Total : 7.724,19
Pagamento Efetuado em : 06/11/2020

Autenticação : 041023599980061540611202000000772419

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

=====

03B890B5C4DC38835E77563AAD655C10D513

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

Handwritten: 2.827.25
Stamp: CAPS





FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

GFIP - SEFIP 8.40

GRF - GUIA DE RECOLHIMENTO DO FGTS

GERADA EM 06/11/2020 - 08:50:13

PO

| | | | | |
|---|--------------------------------|---|-----------------------------|-----------------------------------|
| 01-RAZÃO SOCIAL/NOME SANTA CASA DE CARIDADE D JAGUARAO | | | | 02-DDD/TELEFONE (0053)32611088 |
| 03-FPAS 639 | 04-SIMPLES 1 | 05-REMUNERAÇÃO 96.552,46 | 06-QTDE TRABALHADORES 31 | 07-ALÍQUOTA FGTS 8 |
| 08-CÓD RECOLHIMENTO 115 | 09-ID RECOLHIMENTO 017980-9 | 10-INSCRIÇÃO/TIPO (8) 88.413.661/0001-90 | 11-COMPETÊNCIA 10/2020 | 12-DATA DE VALIDADE 07/11/2020 |

| | | |
|--|---------------------|---------------------------------|
| 13-DEPÓSITO + CONTRIB SOCIAL 7.724,19 | 14-ENCARGOS 0,00 | 15-TOTAL A RECOLHER 7.724,19 |
|--|---------------------|---------------------------------|

VALOR FGTS A RECOLHER ATÉ O DIA 07/11/2020

858900000778 241901792012 107646050889 841366100015

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

GFIP - SEFIP 8.40

GRF - GUIA DE RECOLHIMENTO DO FGTS

GERADA EM 06/11/2020 - 08:50:13

| | | | | |
|---|--------------------------------|---|-----------------------------|-----------------------------------|
| 01-RAZÃO SOCIAL/NOME SANTA CASA DE CARIDADE D JAGUARAO | | | | 02-DDD/TELEFONE (0053)32611088 |
| 03-FPAS 639 | 04-SIMPLES 1 | 05-REMUNERAÇÃO 96.552,46 | 06-QTDE TRABALHADORES 31 | 07-ALÍQUOTA FGTS 8 |
| 08-CÓD RECOLHIMENTO 115 | 09-ID RECOLHIMENTO 017980-9 | 10-INSCRIÇÃO/TIPO (8) 88.413.661/0001-90 | 11-COMPETÊNCIA 10/2020 | 12-DATA DE VALIDADE 07/11/2020 |

| | | |
|--|---------------------|---------------------------------|
| 13-DEPÓSITO + CONTRIB SOCIAL 7.724,19 | 14-ENCARGOS 0,00 | 15-TOTAL A RECOLHER 7.724,19 |
|--|---------------------|---------------------------------|

VALOR FGTS A RECOLHER ATÉ O DIA 07/11/2020

858900000778 241901792012 107646050889 841366100015

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 : 20/11/2020 -11:48:14
NSU : 01089905237/00000000691413/029602
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 : 20/11/2020
Período de Apuração : 31/10/2020
Número do CPF ou CNPJ : 88413661000190
Código da Receita : 0561 - IRRF - REND. DO TRABALHO ASSALARIADO
Número de Referência : 0000000000000000
Data do Vencimento : 20/11/2020
Valor do Principal : 5.315,27
Valor Total : 5.315,27


Autenticação : 04102359998296022011202000000531527


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

031405833AEAB671A94A9243CA30BDC3DB93

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

3.049.127
CAPS

| | | |
|---|--|--------------------|
|  MINISTÉRIO DA FAZENDA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL Documento de Arrecadação de Receitas Federais DARF | 02 PERÍODO DE APURAÇÃO → | 31/10/2020 |
| | 03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ → | 88.413.661/0001-90 |
| | 04 CÓDIGO DA RECEITA → | 0561 |
| | 05 NÚMERO DE REFERÊNCIA → | |
| 01 NOME / RAZÃO SOCIAL SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARAO | 06 DATA DE VENCIMENTO → | 20/11/2020 |
| Data limite para acolhimento: 20/11/2020 | 07 VALOR DO PRINCIPAL → | 5.315,27 |
| Observações: | 08 VALOR DA MULTA → | 0,00 |
| Sicalc Contribuinte - 8721 - RS | 09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69 → | 0,00 |
| SEDA (Versão:4.9.3) | 10 VALOR TOTAL → | 5.315,27 |
| 20/11/2020 10:38:24 | 11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1a. e 2a. vias) | |

| | | |
|---|--|--------------------|
|  MINISTÉRIO DA FAZENDA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL Documento de Arrecadação de Receitas Federais DARF | 02 PERÍODO DE APURAÇÃO → | 31/10/2020 |
| | 03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ → | 88.413.661/0001-90 |
| | 04 CÓDIGO DA RECEITA → | 0561 |
| | 05 NÚMERO DE REFERÊNCIA → | |
| 01 NOME / RAZÃO SOCIAL SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARAO | 06 DATA DE VENCIMENTO → | 20/11/2020 |
| Data limite para acolhimento: 20/11/2020 | 07 VALOR DO PRINCIPAL → | 5.315,27 |
| Observações: | 08 VALOR DA MULTA → | 0,00 |
| Sicalc Contribuinte - 8721 - RS | 09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69 → | 0,00 |
| SEDA (Versão:4.9.3) | 10 VALOR TOTAL → | 5.315,27 |
| 20/11/2020 10:38:24 | 11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1a. e 2a. vias) | |

**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
Beneficiário Original: BANRISUL CARTOES CDR PR
CPF/CNPJ Beneficiário Original: 92.934.215/0001-06

Atenciosamente

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

03D848921192B2F38B8FADA462CAA7B11046

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

Debitado em favor de R\$ 1.800,00 ✓
CARTAS

LANÇADO



PB

RECIBO DO PAGADOR

| | | | | |
|---|------------------------|---|-----------------------------------|----------------------------------|
| Beneficiário: BANRISUL CARTOES CDR PR - CNPJ: 92.934.215/0001-06 <small>RUA CALDAS JUNIOR, 120 - CENTRO HISTORICO, PORTO ALEGRE - RS, 90018900</small> | | Agência/Cód. Beneficiário 0100/06842736-8 | Nosso Número 0029958858 | Vencimento 19/11/2020 |
| Pagador Multa:0,00% SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARAO Juros:0,00% CPF/CNPJ: 88413661000190 PC DR HERMES P AFFONSO SN 96300000 CENTRO - JAGUARÃO - RS | | Número do Cartão | | Nº do Documento 299588 |
| Demonstrativo das Transações | | | | |
| <p>Esse boleto e referente a fatura: 589859</p> <p>- 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</p> <p>- Instruções para Agência/Código do Beneficiário 0100/06842736-8 (CLIENTE PRÉ-PAGO): NÃO RECEBER APÓS O VENCIMENTO / SAC-0800 6461515 / OUVIDORIA - 0800 6442200</p> | | | | |
| Limite de Crédito | Disp. para compras em: | Valor mínimo a pagar: | Total desta Fatura | |
| | | 0,00 | 5.900,00 | |

Corte aqui



041-8 | 04192.10109 00684.273006 29958.840034 1 84440000590000

| | | | | | |
|---|-----------------|--------------|------------|-----------------------|--|
| Local de Pagamento | | | | | Vencimento |
| Até o vencimento, pagar preferencialmente nas agências do Banrisul. | | | | | 19/11/2020 |
| Beneficiário/CNPJ/CPF | | | | | Agência / Código do Beneficiário |
| BANRISUL CARTOES CDR PR - CNPJ: 92.934.215/0001-06 | | | | | 0100/06842736-8 |
| Data do Documento | Nº do Documento | Espécie Doc. | Aceite | Data do Processamento | Nosso Número |
| 19/11/2020 | 299588 | DS | N | 19/11/2020 | 1/0029958858 |
| Uso do Banco | Carteira | Espécie | Quantidade | Valor | (=) Valor do Documento |
| | 1 | R\$ | | | 5.900,00 |
| Instruções (Todas as informações deste BOLETO são de exclusiva responsabilidade do beneficiário) | | | | | (-) Desconto / Abatimento |
| <p>Esse boleto e referente a fatura: 589859</p> <p>- 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</p> <p>- 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</p> | | | | | (-) Outras Deduções |
| | | | | | (+) Mora / Multa |
| | | | | | (+) Outros Acréscimos |
| | | | | | (=) Valor Cobrado |
| Pagador | | | | | Código de Baixa: |
| SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARAO CPF/CNPJ: 88413661000190 PC DR HERMES P AFFONSO SN 96300000, CENTRO - JAGUARÃO - RS | | | | | Autenticação Mecânica/FICHA DE COMPENSAÇÃO |



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

Número: 01089910086/00000000695866/029620

Data: 20/11/2020

Hora: 11:54:17

Prezado Cliente: SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO

Efetuamos em 20/11/2020, 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.....: | 10/2020 |
| Identificador.....: | 88413661000190 |
| Valor(6) do INSS.....: | R\$ 13.428,26 |
| Valor(9) Outras Entidades...: | R\$ 0,00 |
| Valor(10) Juros/Multas.....: | R\$ 0,00 |
| Valor(11) Total Arrecadado.: | R\$ 13.428,26 |
| Autenticação.....: | 0410235999891008620112020000000001342826 |

Atenciosamente


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

0325C7DF7A293B2DDC2BF71A8F2C7671B287

SAC: 0800 6461515 OUIDORIA: 0800 6442200


325248
GPS

1ª Via - INSS - 2ª Via - CONTRIBUINTE

| | | | |
|--|--|----------------------------|--------------------|
|  <p>MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP</p> <p>GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS</p> | | 3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO | 2305 |
| | | 4 - COMPETÊNCIA | 10/2020 |
| | | 5 - IDENTIFICADOR | 88.413.661/0001-90 |
| 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 | | 6 - VALOR DO INSS | 13.428,26 |
| 2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS) | | 7 - | |
| 20/11/2020 | | 8 - | |
| <p>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.</p> | | 9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES | 0,00 |
| | | 10 - ATM/MULTA E JUROS | 0,00 |
| | | 11 - TOTAL | 13.428,26 |
| AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA | | | |

✂

1ª Via - INSS - 2ª Via - CONTRIBUINTE

| | | | |
|--|--|----------------------------|--------------------|
|  <p>MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP</p> <p>GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS</p> | | 3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO | 2305 |
| | | 4 - COMPETÊNCIA | 10/2020 |
| | | 5 - IDENTIFICADOR | 88.413.661/0001-90 |
| 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 | | 6 - VALOR DO INSS | 13.428,26 |
| 2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS) | | 7 - | |
| 20/11/2020 | | 8 - | |
| <p>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.</p> | | 9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES | 0,00 |
| | | 10 - ATM/MULTA E JUROS | 0,00 |
| | | 11 - TOTAL | 13.428,26 |
| AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA | | | |

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\$ 23.966,75

(VINTE E TRES MIL REAIS E NOVECENTOS E SESENTA E SEIS REAIS E SETENTA E CIN

8- DATA DO RECEBIMENTO DA SUBVENÇÃO:

28/10/2020

Juliana da S. Figueiredo
Contadora CRC SP 269868/O-2/RG
CPF: 269.858.020-00



PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARÃO

PRESTAÇÃO DE CONTAS

PLANO OPERATIVO - OUTUBRO/2020

ANEXO II

| 1- RECEITA | | 2- DESPESA | |
|--------------------------|---------------|--------------------------|---------------|
| 1.1 DISCRIMINAÇÃO | 1.2 VALOR R\$ | 2.1 DISCRIMINAÇÃO | 2.2 VALOR R\$ |
| PROGRAMA VIG. EPIDEMIOL. | 23.966,75 | PROGRAMA VIG. EPIDEMIOL. | 18.401,32 |
| A TRANSPORTAR | | INSS | 1.561,70 |
| | | FGTS | 1.463,83 |
| | | REFEISUL | 1.800,00 |
| | | IRRF | 83,48 |
| | | A TRANSPORTAR | 656,42 |
| | | | |
| | | | |
| TOTAL | 23.966,75 | | 23.966,75 |

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 | 28/10/20 | SALÁRIOS PL. OPERAT. VIG. EPIDEMIOLOG. | 18.401,32 |
| | | | |
| | | | |
| TOTAL | | | 18.401,32 |

| 1.4 | 1.5 | 1.6 | 1.7 |
|-----------|----------|------------|-----------|
| DOCUMENTO | DATA | FAVORECIDO | VALOR R\$ |
| COMP.PGTO | 20/11/20 | INSS | 1.561,70 |
| COMP.PGTO | 07/11/20 | FGTS | 1.463,83 |
| COMP.PGTO | 20/11/20 | IRRF | 83,48 |
| NF 588 | 20/11/20 | REFEISUL | 1.800,00 |
| TOTAL | | | 4.909,01 |

Empresa: 1 - SANTA CASA DE CARIDADE D JAGUARÃO
CNPJ: 88.413.661/0001-90
Cálculo: Folha Mensal
Competência: 10/2020

Página: 1/3
Emissão: 30/10/2020
Horas: 16:30:13

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 | 227,33 | 1.265,63 P | 202 | REFEISUL | 2,00 | 2,00 D |
| 250 REFLEXO EXTRAS DSR | 0,00 | 62,01 P | 998 | I.N.S.S. | 8,16 | 151,63 D |
| 150 HORAS EXTRAS | 33,00 | 322,43 P | | | | |
| 16 INSALUBRIDADE 20% | 20,00 | 209,00 P | | | | |

ND: 1 **Proventos:** 1.859,07 **Descontos:** 153,63 **Informativa:** 148,72 **Informativa Dedutora:** 0 **Líquido:** 1.705,44
NF: 1 **Base INSS:** 1.859,07 **Excedente INSS:** 0,00 **Base FGTS:** 1.859,07 **Valor FGTS:** 148,72 **Base IRRF:** 1.517,85

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 | 201,33 | 1.265,63 P | 202 | REFEISUL | 2,00 | 2,00 D |
| 93 QUINQUENIO | 2,00 | 112,08 P | 998 | I.N.S.S. | 8,04 | 131,81 D |
| 204 DIARIAS | 100,43 | 100,43 P | | | | |
| 250 REFLEXO EXTRAS DSR | 0,00 | 8,40 P | | | | |
| 150 HORAS EXTRAS | 4,00 | 43,67 P | | | | |
| 233 HORAS EXTRAS 50% | 26,00 | 149,57 P | | | | |
| 16 INSALUBRIDADE 20% | 20,00 | 209,00 P | | | | |

ND: 0 **Proventos:** 1.888,78 **Descontos:** 133,81 **Informativa:** 131,10 **Informativa Dedutora:** 0 **Líquido:** 1.754,97
NF: 0 **Base INSS:** 1.638,78 **Excedente INSS:** 0,00 **Base FGTS:** 1.638,78 **Valor FGTS:** 131,10 **Base IRRF:** 1.506,97

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 | 227,33 | 1.265,62 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:** 1.774,62 **Descontos:** 146,03 **Informativa:** 141,96 **Informativa Dedutora:** 0 **Líquido:** 1.628,59
NF: 0 **Base INSS:** 1.774,62 **Excedente INSS:** 0,00 **Base FGTS:** 1.774,62 **Valor FGTS:** 141,96 **Base IRRF:** 1.630,59

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 | 186,33 | 2.363,45 P | 202 | REFEISUL | 2,00 | 2,00 D |
| 201 AUXÍLIO CRECHE | 1,00 | 150,00 P | 206 | CAMISETAS OUTUBRO ROSA | 0,00 | 25,00 D |
| 250 REFLEXO EXTRAS DSR | 0,00 | 65,04 P | 998 | I.N.S.S. | 9,69 | 317,53 D |
| 150 HORAS EXTRAS | 19,49 | 338,20 P | 999 | IMPOSTO DE RENDA | 7,50 | 64,84 D |
| 233 HORAS EXTRAS 50% | 41,00 | 660,63 P | | | | |
| 16 INSALUBRIDADE 20% | 20,00 | 209,00 P | | | | |
| 20 GRATIFICACOES | 300,00 | 300,00 P | | | | |

ND: 1 **Proventos:** 4.086,32 **Descontos:** 409,37 **Informativa:** 262,05 **Informativa Dedutora:** 0 **Líquido:** 3.676,95
NF: 1 **Base INSS:** 3.275,69 **Excedente INSS:** 0,00 **Base FGTS:** 3.275,69 **Valor FGTS:** 262,05 **Base IRRF:** 2.768,57

Empresa: 1 - SANTA CASA DE CARIDADE D JAGUARÃO
CNPJ: 88.413.661/0001-90
Cálculo: Folha Mensal
Competência: 10/2020

Página: 2/3
 Emissão: 30/10/2020
 Horas: 16:30:13

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 | 195,33 | 1.265,63 P | 202 | REFEISUL | 2,00 | 2,00 D |
| 250 REFLEXO EXTRAS DSR | 0,00 | 36,33 P | 998 | I.N.S.S. | 8,08 | 137,83 D |
| 854 REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR | 0,00 | 0,95 P | | | | |
| 150 HORAS EXTRAS | 19,00 | 188,90 P | | | | |
| 233 HORAS EXTRAS 50% | 32,00 | 276,09 P | | | | |
| 16 INSALUBRIDADE 20% | 20,00 | 209,00 P | | | | |
| 25 ADICIONAL NOTURNO | 4,30 | 4,95 P | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|-------|------------|----------|-----------------|--------|--------------|----------|-----------------------|--------|------------|----------|
| ND: 0 | Proventos: | 1.981,85 | Descontos: | 139,83 | Informativa: | 136,46 | Informativa Dedutora: | 0 | Líquido: | 1.842,02 |
| NF: 0 | Base INSS: | 1.705,76 | Excedente INSS: | 0,00 | Base FGTS: | 1.705,76 | Valor FGTS: | 136,46 | Base IRRF: | 1.567,93 |

| | | | | | | | |
|--------|---------------------------------------|-----------|-------------|---------|----------------|-------------|----------------|
| 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 | 227,33 | 1.265,62 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: | 1.664,46 | Descontos: | 136,12 | Informativa: | 133,15 | Informativa Dedutora: | 0 | Líquido: | 1.528,34 |
| NF: 0 | Base INSS: | 1.664,46 | Excedente INSS: | 0,00 | Base FGTS: | 1.664,46 | Valor FGTS: | 133,15 | Base IRRF: | 1.530,34 |

| | | | | | | | |
|--------|---------------------------------------|-----------|-------------|---------|----------------|-------------|----------------|
| Empr.: | 716 NASSIM RADI YACOUN 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 | 189,33 | 1.265,63 P | 202 | REFEISUL | 2,00 | 2,00 D |
| 250 REFLEXO EXTRAS DSR | 0,00 | 22,42 P | 998 | I.N.S.S. | 8,03 | 129,54 D |
| 150 HORAS EXTRAS | 12,00 | 116,58 P | | | | |
| 233 HORAS EXTRAS 50% | 38,00 | 327,86 P | | | | |
| 16 INSALUBRIDADE 20% | 20,00 | 209,00 P | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|-------|------------|----------|-----------------|--------|--------------|----------|-----------------------|--------|------------|----------|
| ND: 0 | Proventos: | 1.941,49 | Descontos: | 131,54 | Informativa: | 129,09 | Informativa Dedutora: | 0 | Líquido: | 1.809,95 |
| NF: 0 | Base INSS: | 1.613,63 | Excedente INSS: | 0,00 | Base FGTS: | 1.613,63 | Valor FGTS: | 129,09 | Base IRRF: | 1.484,09 |

| | | | | | | | |
|--------|--------------------------|-----------|-------------|---------|----------------|-------------|----------------|
| 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 | 186,00 | 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 |

Empresa: 1 - SANTA CASA DE CARIDADE D JAGUARÃO
CNPJ: 88.413.661/0001-90
Cálculo: Folha Mensal
Competência: 10/2020

Página: 3/3
Emissão: 30/10/2020
Horas: 16:30:13

C. Custos: 11

EXTRATO MENSAL

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 | 227,33 | 1.265,63 P | 202 | REFEISUL | 2,00 | 2,00 D |
| 201 AUXÍLIO CRECHE | 1,00 | 126,56 P | 998 | I.N.S.S. | 8,43 | 184,89 D |
| 250 REFLEXO EXTRAS DSR | 0,00 | 116,01 P | | | | |
| 150 HORAS EXTRAS | 60,00 | 603,26 P | | | | |
| 16 INSALUBRIDADE 20% | 20,00 | 209,00 P | | | | |

| | | | | | | | | | |
|------------------|----------|-----------------|--------|--------------|----------|-----------------------|--------|------------|----------|
| ND: 2 Proventos: | 2.320,46 | Descontos: | 186,89 | Informativa: | 175,51 | Informativa Dedutora: | 0 | Líquido: | 2.133,57 |
| NF: 2 Base INSS: | 2.193,90 | Excedente INSS: | 0,00 | Base FGTS: | 2.193,90 | Valor FGTS: | 175,51 | Base IRRF: | 1.629,83 |

| Totais por Centro de Custos | | Proventos | Descontos | Líquido |
|-----------------------------|--------|-----------|------------------------|-----------|
| 11 VIGILÂNCIA-EPDEMIOLÓGICA | | 20.089,50 | 1.688,18 | 18.401,32 |
| | Total: | 20.089,50 | 1.688,18 | 18.401,32 |
| Total Geral Proventos: | | 20.089,50 | Total Geral Descontos: | 1.688,18 |
| | | | Líquido Geral: | 18.401,32 |

Situações

| | | | | | |
|---|---|-------------------------------------|-----------|----------------------------|-----------|
| Número de empregados: | 9 | Salário contribuição empregados: | 18.298,36 | Base IRRF Mensal: | 15.788,71 |
| Numero de estagiários: | 0 | Salário contribuição contribuintes: | 0,00 | Valor IRRF Mensal: | 83,48 |
| Trabalhando: | 9 | Excedente: | 0,00 | Base IRRF Férias: | 0,00 |
| Afastado direitos integrais: | 0 | Base total: | 18.298,36 | Valor IRRF Férias: | 0,00 |
| Afastado acidente de trabalho: | 0 | Segurados: | 1.561,70 | Base IRRF Partic. Lucros: | 0,00 |
| Afastado serviço militar: | 0 | Empresa: | 0,00 | Valor IRRF Partic. Lucros: | 0,00 |
| Salário maternidade: | 0 | RAT: | 164,11 | Base IRRF Exterior: | 0,00 |
| Salário maternidade INSS: | 0 | Contribuintes: | 0,00 | Valor IRRF Exterior: | 0,00 |
| Doença: | 0 | Sub-Total: | 1.725,81 | Base IRRF 13º Salário: | 0,00 |
| Doença Profissional: | 0 | Retenções: | 0,00 | Valor IRRF 13º Salário: | 0,00 |
| Licença sem vencimento: | 0 | (-) Salário família/maternidade: | 739,91 | Valor Total do IRRF: | 83,48 |
| Demitido: | 0 | Compensações: | 0,00 | IRRF Aluguéis: | 0,00 |
| Transferido: | 0 | Valores pagos a Cooperativas: | 0,00 | IRRF contribuintes: | 0,00 |
| Férias: | 0 | Outras Compensações: | 0,00 | Base do FGTS: | 18.298,36 |
| Mandato sindical: | 0 | Total: | 985,90 | Valor do FGTS: | 1.463,83 |
| Aposentadoria: | 0 | Terceiros: | 0,00 | Base do FGTS Aprendiz: | 0,00 |
| Partic. curso/programa de qualificação: | 0 | Total INSS: | 985,90 | Valor do FGTS Aprendiz: | 0,00 |
| Ausência justificada: | 0 | | | Base FGTS - GRRF: | 0,00 |
| Outros motivos de afastamento: | 0 | | | FGTS - GRRF: | 0,00 |
| Admissões: | 0 | | | Base FGTS mes ant. - GRRF: | 0,00 |
| Número de contribuintes: | 0 | | | FGTS mes ant. - GRRF: | 0,00 |
| | | | | Base PIS: | 0,00 |
| | | | | Valor PIS: | 0,00 |
| | | | | Base ISS: | 0,00 |
| | | | | Valor ISS: | 0,00 |
| | | | | Líquido Geral: | 18.401,32 |

18.401,32

**Recibo de Transferência**

Número: 01078999595/00000000876451/891794

Data: 28/10/2020

Hora: 13:36:02

Canal: Office Banking
Data Débito: 28/10/2020
Valor: R\$ 1705,44
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: PGTO SAL OUT 20

Atenciosamente

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

0321422E6CCEBAAC7A0FDA696297D4629F62

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

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

CC: VIGILÂNCIA-EPDEMIOLÓ
Mensalista

Folha Mensal
Outubro de 2020

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

| Código | Descrição | Referência | Vencimentos | Descontos | |
|--|--------------------|----------------|----------------------|--------------------|------------|
| 1 | HORAS NORMAIS | 227,33 | 1.265,63 | | |
| 250 | REFLEXO EXTRAS DSR | 0,00 | 62,01 | | |
| 150 | HORAS EXTRAS | 33,00 | 322,43 | | |
| 16 | INSALUBRIDADE 20% | 20,00 | 209,00 | | |
| 202 | REFEISUL | 2,00 | | 2,00 | |
| 998 | I.N.S.S. | 8,16 | | 151,63 | |
| | | | Total de Vencimentos | Total de Descontos | |
| | | | 1.859,07 | 153,63 | |
| BANRISUL 41 conta corrente: 350483840-0 | | | Valor Líquido | 1.705,44 | |
| Agência: 0235 - 23 | | | | | |
| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Cál. FGTS | FGTS do Mês | Base Cál. IRRF | Faixa IRRF |
| 1.224,01 | 1.859,07 | 1.859,07 | 148,72 | 1.517,85 | 0,00 |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

**Recibo de Transferência**

Número: 01079001193/00000000877836/891798

Data: 28/10/2020

Hora: 13:38:49

| | |
|------------------------------|---|
| Canal: | Office Banking |
| Data Débito: | 28/10/2020 |
| Valor: | 1.754,97 |
| 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: | 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: | PGTO SAL OUT 20 |

Atenciosamente

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

03B34C01BC8F77DA15222F6F0ACE3A988A33

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

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

CC: VIGILÂNCIA-EPIDEMIOLÓGICA
Mensalista

Folha Mensal
Outubro de 2020

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

| Código | Descrição | Referência | Vencimentos | Descontos | |
|---|--------------------|----------------|----------------------|--------------------|------------|
| 1 | HORAS NORMAIS | 201,33 | 1.265,63 | | |
| 93 | QUINQUENIO | 2,00 | 112,08 | | |
| 204 | DIARIAS | 100,43 | 100,43 | | |
| 250 | REFLEXO EXTRAS DSR | 0,00 | 8,40 | | |
| 150 | HORAS EXTRAS | 4,00 | 43,67 | | |
| 233 | HORAS EXTRAS 50% | 26,00 | 149,57 | | |
| 16 | INSALUBRIDADE 20% | 20,00 | 209,00 | | |
| 202 | REFEISUL | 2,00 | | 2,00 | |
| 998 | I.N.S.S. | 8,04 | | 131,81 | |
| | | | Total de Vencimentos | Total de Descontos | |
| | | | 1.888,78 | 133,81 | |
| BANRISUL 41 conta corrente: Agência: 0235 - 23 | | | Valor Líquido → | 1.754,97 | |
| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Cál. FGTS | FGTS do Mês | Base Cál. IRRF | Faixa IRRF |
| 1.265,62 | 1.638,78 | 1.638,78 | 131,10 | 1.506,97 | 0,00 |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

**Recibo de Transferência**

Número: 01079027549/00000000899716/891943

Data: 28/10/2020

Hora: 14:18:51

Canal: Office Banking
Data Débito: 28/10/2020
Valor: R\$ 1628,59
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: PGTO SAL OUT 20

Atenciosamente

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

0337D37363D5940B7258D4B22AD58A2F6649

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

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

CC: VIGILÂNCIA-EPDEMIOLÓ
Mensalista

Folha Mensal
Outubro de 2020

| | | | | |
|--------|---|-----------|--------------|--------|
| Código | Nome do Funcionário | CBO | Departamento | Filial |
| 642 | DEBORA GUIMARAES FERREIRA AGENTE DE SAÚDE PÚBLICA-VIGILÂNCIA | 352210 | 11 | 1 |
| | | Admissão: | 02/05/2018 | |

| Código | Descrição | Referência | Vencimentos | Descontos |
|--|-------------------|--------------------|----------------------|--------------------|
| 1 | HORAS NORMAIS | 227,33 | 1.265,62 | |
| 16 | INSALUBRIDADE 20% | 20,00 | 209,00 | |
| 20 | GRATIFICACOES | 300,00 | 300,00 | 2,00 |
| 202 | REFEISUL | 2,00 | | 144,03 |
| 998 | I.N.S.S. | 8,12 | | |
| | | | Total de Vencimentos | Total de Descontos |
| | | | 1.774,62 | 146,03 |
| | | | Valor Líquido → | 1.628,59 |
| BANRISUL 41 conta corrente: 350450240-2 | | Agência: 0235 - 23 | Base Cál. IRRF | Faixa IRRF |
| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Cál. FGTS | 1.630,59 | 0,00 |
| 1.265,62 | 1.774,62 | 1.774,62 | | |

*** PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 19 DE NOVEMBRO ***

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

**Recibo de Transferência**

Número: 01079004024/00000000880195/891828

Data: 28/10/2020

Hora: 13:43:25

Canal: Office Banking
Data Débito: 28/10/2020
Valor: R\$ 3140,95
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: PGTO SAL OUT 20

Atenciosamente

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

032596511993ADA5A8BBBC108E988018AE89

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

**Recibo de Transferência**

Número: 01079062520/00000000926962/892094

Data: 28/10/2020

Hora: 15:05:59

Canal: Office Banking
Data Débito: 28/10/2020
Valor: R\$ 345,24
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: DIF DE SALARIO OUT 20

Atenciosamente

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

0354D5FB0A5A0EC016D1EBDF2D4C75BD8079

SAC: 0800 6461515 OUIDORIA: 0800 6442200

**Recibo de Transferência**

Número: 01079464616/00000000306526/893886

Data: 29/10/2020

Hora: 14:40:36

Canal: Office Banking
Data Débito: 29/10/2020
Valor: R\$ 190,76
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: DIF SAL OUT 20

Atenciosamente

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

03448BFA22EBE9BEBCE4FF1236CFF0D3FA74

SAC: 0800 6461515 OUIDORIA: 0800 6442200

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

CC: VIGILÂNCIA-EPIDEMIOLOGIA
Mensalista

Folha Mensal
Outubro de 2020

| | | | | |
|--------|---------------------------------------|--------|--------------|--------|
| Código | Nome do Funcionário | CBO | Departamento | Filial |
| 638 | DEIVER DUARTE ARAUJO ENFERMEIRA(O) | 223505 | 11 | 1 |

Admissão: 26/04/2018

| Código | Descrição | Referência | Vencimentos | Descontos | |
|--|-------------------------|----------------|----------------------|--------------------|------------|
| 1 | HORAS NORMAIS | 186,33 | 2.363,45 | | |
| 201 | AUXÍLIO CRECHE | 1,00 | 150,00 | | |
| 250 | REFLEXO EXTRAS DSR | 0,00 | 65,04 | | |
| 150 | HORAS EXTRAS | 19,49 | 338,20 | | |
| 233 | HORAS EXTRAS 50% | 41,00 | 660,63 | | |
| 16 | INSALUBRIDADE 20% | 20,00 | 209,00 | | |
| 20 | GRATIFICACOES | 300,00 | 300,00 | | |
| 202 | REFEISUL | 2,00 | | 2,00 | |
| 206 | CAMISSETAS OUTUBRO ROSA | 0,00 | | 25,00 | |
| 998 | I.N.S.S. | 9,69 | | 317,53 | |
| 999 | IMPOSTO DE RENDA | 7,50 | | 64,84 | |
| | | | Total de Vencimentos | Total de Descontos | |
| | | | 4.086,32 | 409,37 | |
| BANRISUL 41 conta corrente: 350448270-3 Agência: 0235 - 23 | | | Valor Líquido → | 3.676,95 | |
| Salário Base | Sai. Contr. INSS | Base Cál. FGTS | F.G.T.S do Mês | Base Cál. IRRF | Faixa IRRF |
| 2.363,45 | 3.275,69 | 3.275,69 | 262,05 | 2.768,57 | 7,50 |

*** PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 06 DE NOVEMBRO ***

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

**Recibo de Transferência**

Número: 01079004643/00000000880714/891834

Data: 28/10/2020

Hora: 13:44:22

Canal: Office Banking
Data Débito: 28/10/2020
Valor: R\$ 1590,20
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: PGTO SAL OUT 20

Atenciosamente

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

03491EFD9A4FB3EBA1767D39B3BB9FE2C230

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

**Recibo de Transferência**

Número: 01079072355/00000000934721/892124

Data: 28/10/2020

Hora: 15:20:07

Canal: Office Banking
Data Débito: 28/10/2020
Valor: R\$ 178,16
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: 0235-35.048385.0-8
Nome do Destinatário: EDUARDA MARTINS BRETANHA
Finalidade: DIF SAL OUT 20

Atenciosamente

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

03E526CC3426B5022ACA7DA2420E9612EC40

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

**Recibo de Transferência**

Número: 01079463899/00000000305973/893882

Data: 29/10/2020

Hora: 14:39:41

Canal: Office Banking
Data Débito: 29/10/2020
Valor: R\$ 73,71
Tipo: Folha de Pagamento
Conta do Remetente: 0235-06.025232.0-4
Nome do Remetente: SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO
Conta do Destinatário: 0235-35.048385.0-8
Nome do Destinatário: EDUARDA MARTINS BRETANHA
Finalidade: DIF SAL OUT 20

Atenciosamente

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

037CA643B001B625D86DDBE0521508B6F859

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

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

CC: VIGILÂNCIA-EPIDEMIOLÓGICA
Mensalista

Folha Mensal
Outubro de 2020

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

| Código | Descrição | Referência | Vencimentos | Descontos | |
|--|---------------------------|-------------------|----------------------|--------------------|------------|
| 1 | HORAS NORMAIS | 195,33 | 1.265,63 | | |
| 250 | REFLEXO EXTRAS DSR | 0,00 | 36,33 | | |
| 854 | REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR | 0,00 | 0,95 | | |
| 150 | HORAS EXTRAS | 19,00 | 188,90 | | |
| 233 | HORAS EXTRAS 50% | 32,00 | 276,09 | | |
| 16 | INSALUBRIDADE 20% | 20,00 | 209,00 | | |
| 25 | ADICIONAL NOTURNO | 4,30 | 4,95 | | |
| 202 | REFEISUL | 2,00 | | 2,00 | |
| 998 | I.N.S.S. | 8,08 | | 137,83 | |
| | | | Total de Vencimentos | Total de Descontos | |
| | | | 1.981,85 | 139,83 | |
| BANRISUL 41 conta corrente: 350483850-8 | | | Valor Líquido → | 1.842,02 | |
| Agência: 0235 - 23 | | | | | |
| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Cálculo FGTS | FGTS do Mês | Base Cálculo IRRF | Faixa IRRF |
| 1.265,62 | 1.705,76 | 1.705,76 | 136,46 | 1.567,93 | 0,00 |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

**Recibo de Transferência**

Número: 01079006276/00000000882016/891843

Data: 28/10/2020

Hora: 13:46:47

Canal: Office Banking
Data Débito: 28/10/2020
Valor: R\$ 1528,34
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: PGTO SAL OUT 20

Atenciosamente

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

03D337D4E22A5E023DFD69DD3C9768BD5170

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

| SANTA CASA DE CARIDADE D JAGUARÃO | | CC: VIGILÂNCIA-EPDEMIOLÓG | | Folha Mensal | |
|-----------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|---------------------------|
| CNPJ: 88.413.661/0001-90 | | Mensalista | | Outubro de 2020 | |
| <small>Código</small> | <small>Nome do Funcionário</small> | <small>CBO</small> | <small>Departamento</small> | <small>Filial</small> | |
| 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 | 227,33 | 1.265,62 | | |
| 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 | |
| | | | 1.664,46 | 136,12 | |
| BANRISUL 41 | | | Valor Líquido | 1.528,34 | |
| conta corrente: 350301630-6 | | | ⇒ | | |
| Agência: 0235 - 23 | | | | | |
| <small>Salário Base</small> | <small>Sal. Contr. INSS</small> | <small>Base Cál. FGTS</small> | <small>FG.TS do Mês</small> | <small>Base Cál. IRRF</small> | <small>Faixa IRRF</small> |
| 1.265,62 | 1.664,46 | 1.664,46 | 133,15 | 1.530,34 | 0,00 |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

**Recibo de Transferência**

Número: 01079009068/00000000884221/891863

Data: 28/10/2020

Hora: 13:51:08

Canal: Office Banking
Data Débito: 28/10/2020
Valor: R\$ 1512,58
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: PGTO SAL OUT 20

Atenciosamente

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

0307E6B0250F7C4F419F6DB80478D12BC698

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

**Recibo de Transferência**

Número: 01079073397/00000000935525/892128

Data: 28/10/2020

Hora: 15:21:34

Canal: Office Banking
Data Débito: 28/10/2020
Valor: R\$ 211,57
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: 0235-35.047097.0-8
Nome do Destinatário: NASSIM RADI YACOUB ABU SALEH
Finalidade: DIF SAL OUT 20

Atenciosamente

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

03D6EC8D626660784F6B30F44D7E2BA9CD22

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

29/10/2020

Impressão - Banrisul [1603989669925]



Recibo de Transferência

Número: 01079465251/00000000307036/893892

Data: 29/10/2020

Hora: 14:41:28

Canal: Office Banking
Data Débito: 29/10/2020
Valor: R\$ 85,80
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: DIF SAL OUT 20

Atenciosamente

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

03C5C010DA56ACD8BDE35569C57345058A53

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

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

CC: VIGILÂNCIA-EPDEMIOLÓ
Mensalista

Folha Mensal
Outubro de 2020

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

| Código | Descrição | Referência | Vencimentos | Descontos |
|--------|--------------------|------------|-------------|-----------|
| 1 | HORAS NORMAIS | 189,33 | 1.265,63 | |
| 250 | REFLEXO EXTRAS DSR | 0,00 | 22,42 | |
| 150 | HORAS EXTRAS | 12,00 | 116,58 | |
| 233 | HORAS EXTRAS 50% | 38,00 | 327,86 | |
| 16 | INSALUBRIDADE 20% | 20,00 | 209,00 | |
| 202 | REFEISUL | 2,00 | | 2,00 |
| 998 | I.N.S.S. | 8,03 | | 129,54 |

| | | | | |
|--|--|--|----------------------------------|------------------------------|
| BANRISUL 41 conta corrente: 350470970-8 | | | Total de Vencimentos 1.941,49 | Total de Descontos 131,54 |
| Agência: 0235 - 23 | | | Valor Líquido → | 1.809,95 |

| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Cál. FGTS | FGTS do Mês | Base Cál. IRRF | Faixa IRRF |
|--------------|------------------|----------------|-------------|----------------|------------|
| 1.265,62 | 1.613,63 | 1.613,63 | 129,09 | 1.484,09 | 0,00 |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

**Recibo de Transferência**

Número: 01079009625/00000000884634/891865

Data: 28/10/2020

Hora: 13:51:59

Canal: Office Banking
Data Débito: 28/10/2020
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: PGTO SAL OUT 20

Atenciosamente

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

034046D0E0755F73EA2DA70729BF1F550D01

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

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

CC: VIGILÂNCIA-EPDEMIOLÓ
Mensalista

Folha Mensal
Outubro de 2020

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

| Código | Descrição | Referência | Vencimentos | Descontos | |
|--|-------------------|----------------|----------------------|--------------------|------------|
| 1 | HORAS NORMAIS | 186,00 | 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 Cál. FGTS | FGTS do Mês | Base Cál. 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

**Recibo de Transferência**

Número: 01079010117/00000000885032/891866

Data: 28/10/2020

Hora: 13:52:43

Canal: Office Banking
Data Débito: 28/10/2020
Valor: R\$ 2133,57
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: PGTO SAL OUT 20

Atenciosamente

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

03DB7ED4487B916D5379238EE8A5C8720560

SAC: 0800 6461515 OUIDORIA: 0800 6442200

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

CC: VIGILÂNCIA-EPIDEMIOLOGIA
Mensalista

Folha Mensal
Outubro de 2020

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

| Código | Descrição | Referência | Vencimentos | Descontos | |
|--|--------------------|----------------|----------------------|--------------------|------------|
| 1 | HORAS NORMAIS | 227,33 | 1.265,63 | | |
| 201 | AUXÍLIO CRECHE | 1,00 | 126,56 | | |
| 250 | REFLEXO EXTRAS DSR | 0,00 | 116,01 | | |
| 150 | HORAS EXTRAS | 60,00 | 603,26 | | |
| 16 | INSALUBRIDADE 20% | 20,00 | 209,00 | | |
| 202 | REFEISUL | 2,00 | | 2,00 | |
| 998 | I.N.S.S. | 8,43 | | 184,89 | |
| | | | Total de Vencimentos | Total de Descontos | |
| | | | 2.320,46 | 186,89 | |
| BANRISUL 41 conta corrente: 350488520-4 Agência: 0235 - 23 | | | Valor Líquido → | 2.133,57 | |
| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Cál. FGTS | FG.T.S do Mês | Base Cál. IRRF | Faixa IRRF |
| 1.265,63 | 2.193,90 | 2.193,90 | 175,51 | 1.629,83 | 0,00 |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

**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 |
| Beneficiário Original: | BANRISUL CARTOES CDR PR |
| CPF/CNPJ Beneficiário Original: | 92.934.215/0001-06 |

Atenciosamente

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

03D848921192B2F38B8FADA462CAA7B11046

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

2020/11/19 10:30:39 1.800,00 ✓
 Lig. Lâncio

LANÇADO

**RECIBO DO PAGADOR**

| | | | |
|---|---|-----------------------------------|---------------------------------|
| Beneficiário: BANRISUL CARTOES CDR PR - CNPJ: 92.934.215/0001-06 <small>RUA CALDAS JUNIOR, 129 - CENTRO HISTÓRICO, PORTO ALEGRE - RS, 90018900</small> | Agência/Cód. Beneficiário 0100/06842736-8 | Nosso Número 0029958858 | Vencimento 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 APOS O VENCIMENTO / SAC-0800 6461515 / OUVIDORIA - 0800 6442200

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

Corte aqui

Banrisul 041-8 | 04192.10109 00684.273006 29958.840034 1 84440000590000

| | | | |
|---|----------------------------------|--|--------------------------|
| Local de Pagamento | | Vencimento 19/11/2020 | |
| Até o vencimento, pagar preferencialmente nas agências do Banrisul. | | Agência / Código do Beneficiário 0100/06842736-8 | |
| Beneficiário/CNPJ/CPF BANRISUL CARTOES CDR PR - CNPJ: 92.934.215/0001-06 | | Nosso Número 1/0029958858 | |
| Data do Documento 19/11/2020 | Nº do Documento 299588 | Espécie Doc. DS | Valor 5.900,00 |
| Uso do Banco 1 | Carteira 1 | Espécie R\$ | Quantidade |
| Instruções (Todas as informações deste BOLETO são de exclusiva responsabilidade do beneficiário) | | (-) Desconto / Abatimento | |
| <p>Esse boleto e referente a fatura: 589859</p> <p>- 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</p> <p>- 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</p> | | (-) 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 | |



Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFSe

| | | | |
|--|---|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Número NFSE/RPS 202000000112039 / 1390631 | Data e Hora de Emissão 23/11/2020 01:24:03 | Data da Competência 20/11/2020 | Código de Verificação bd3406bb |
|--|---|-----------------------------------|-----------------------------------|

PRESTADOR DE SERVIÇOS



BANRISUL CARTOES S/A

CNPJ: 92934215000106

Inscrição Municipal: 00233722

R SIQUEIRA CAMPOS, 832 - CENTRO HISTORICO CEP: 90010000

Porto Alegre - RS

Telefone:

Email:

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: 88413661000190

Inscrição Municipal:

SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARAO

PC DR HERMES P AFFONSO, SN, - - CENTRO CEP: 96300000

Jaguarão - RS

Telefone:

Email: santacasajaguarao_financeiro@hotmail.com

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

CARGA CARTAO ALIMENTACAO CDR Qtd: 1 Valor Unitario R\$ 5.800,00 Valor do Serviço R\$ 5.800,00
VALOR DE CORRETAGEM ZERO CARTAO ALIMENTACAO CDR Qtd: 1

Código de Tributação Municipal:

100100400 - Agenciamento, corretagem e intermediação de cartões de crédito ou débito

Subitem Lista de Serviços LC 116/03 - Descrição:

10.01 - Agenciamento, corretagem ou intermediação de câmbio, de seguros, de cartões de crédito, de planos de saúde e de planos de previdência privada

Cod/Município da incidência do ISSQN:

4314902 - Porto Alegre

| | |
|-----------------------|--------------|
| Valor dos serviços | R\$ 5.800,00 |
| (-)Descontos | R\$ 0,00 |
| (-)Retenções Federais | R\$ 0,00 |
| (-)ISS Retido: | R\$ 0,00 |

Natureza da Operação

Tributação no município

| | |
|-----------------------------|--------------|
| Valor dos serviços | R\$ 5.800,00 |
| (-)Deduções | R\$ 5.800,00 |
| (-)Desconto Incondicionado: | R\$ 0,00 |
| (=)Base de Cálculo: | R\$ 0,00 |
| (x)Alíquota: | 5% |

Valor Líquido: R\$ 5.800,00

(=)Valor do ISS: R\$ 0,00

Retenções Federais

Pis R\$ 0,00 Cofins R\$ 0,00 IR R\$ 0,00 CSLL: R\$ 0,00 INSS: R\$ 0,00 Outras Retenções R\$ 0,00

Outras Informações:



PREFEITURA DE PORTO ALEGRE/RS - Secretaria Municipal da Fazenda
Rua Siqueira Campos, 1300/4° andar Centro Histórico Porto Alegre/RS CEP: 90.010-907
Telefone 156 ou (51) 3289-0140 para chamadas de outras cidades
Email: nfse@smf.prefpoa.com.br



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 : 01083084639
NSU de Autenticação : 006154

Representação Numérica do Código de Barras
858900000778.241901792012.107646050889.841366100015

Descrição Pagamento : CAIXA FED FGTS GRF
CPF/CEI/CNPJ : 88413661000190
Código do Convênio : 0179
Data de Validade : 07/11/2020
Competência : 10/2020
Valor Total : 7.724,19
Pagamento Efetuado em : 06/11/2020

Autenticação : 041023599980061540611202000000772419

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

=====

03B890B5C4DC38835E77563AAD655C10D513

SAC: 0800 6461515 OUIDORIA: 0800 6442200

1.463,83
Vigilância



FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

GFIP - SEFIP 8.40

GRF - GUIA DE RECOLHIMENTO DO FGTS

GERADA EM 06/11/2020 - 08:50:13

PO

| | | | | |
|---|--------------------------------|---|-----------------------------|-----------------------------------|
| 01-RAZÃO SOCIAL/NOME SANTA CASA DE CARIDADE D JAGUARAO | | | | 02-DDD/TELEFONE (0053)32611088 |
| 03-FPAS 639 | 04-SIMPLES 1 | 05-REMUNERAÇÃO 96.552,46 | 06-QTDE TRABALHADORES 31 | 07-ALÍQUOTA FGTS 8 |
| 08-CÓD RECOLHIMENTO 115 | 09-ID RECOLHIMENTO 017980-9 | 10-INSCRIÇÃO/TIPO (8) 88.413.661/0001-90 | 11-COMPETÊNCIA 10/2020 | 12-DATA DE VALIDADE 07/11/2020 |

| | | |
|--|---------------------|---------------------------------|
| 13-DEPÓSITO + CONTRIB SOCIAL 7.724,19 | 14-ENCARGOS 0,00 | 15-TOTAL A RECOLHER 7.724,19 |
|--|---------------------|---------------------------------|

VALOR FGTS A RECOLHER ATÉ O DIA 07/11/2020

858900000778 241901792012 107646050889 841366100015

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

GFIP - SEFIP 8.40

GRF - GUIA DE RECOLHIMENTO DO FGTS

GERADA EM 06/11/2020 - 08:50:13

| | | | | |
|---|--------------------------------|---|-----------------------------|-----------------------------------|
| 01-RAZÃO SOCIAL/NOME SANTA CASA DE CARIDADE D JAGUARAO | | | | 02-DDD/TELEFONE (0053)32611088 |
| 03-FPAS 639 | 04-SIMPLES 1 | 05-REMUNERAÇÃO 96.552,46 | 06-QTDE TRABALHADORES 31 | 07-ALÍQUOTA FGTS 8 |
| 08-CÓD RECOLHIMENTO 115 | 09-ID RECOLHIMENTO 017980-9 | 10-INSCRIÇÃO/TIPO (8) 88.413.661/0001-90 | 11-COMPETÊNCIA 10/2020 | 12-DATA DE VALIDADE 07/11/2020 |

| | | |
|--|---------------------|---------------------------------|
| 13-DEPÓSITO + CONTRIB SOCIAL 7.724,19 | 14-ENCARGOS 0,00 | 15-TOTAL A RECOLHER 7.724,19 |
|--|---------------------|---------------------------------|

VALOR FGTS A RECOLHER ATÉ O DIA 07/11/2020

858900000778 241901792012 107646050889 841366100015

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Banco : 041 - Banrisul
Carral/Equip : Office Banking/9998
Ag./Conta Débito : 0235-06.025232.0-4
Correntista : SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO
Data/Hora Operação : 20/11/2020 -11:48:14
NSU : 01089905237/00000000691413/029602
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 : 20/11/2020
Período de Apuração : 31/10/2020
Número do CPF ou CNPJ : 88413661000190
Código da Receita : 0561 - IRRF - REND. DO TRABALHO ASSALARIADO
Número de Referência : 000000000000000000
Data do Vencimento : 20/11/2020
Valor do Principal : 5.315,27
Valor Total : 5.315,27


Autenticação : 04102359998296022011202000000531527


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

031405833AEAB671A94A9243CA30BDC3DB93

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

*Desta Guia o valor de R\$ 8348
reintegrado a Vigilância*

| | | |
|---|--|--------------------|
|  MINISTÉRIO DA FAZENDA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL Documento de Arrecadação de Receitas Federais DARF | 02 PERÍODO DE APURAÇÃO → | 31/10/2020 |
| | 03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ → | 88.413.661/0001-90 |
| | 04 CÓDIGO DA RECEITA → | 0561 |
| | 05 NÚMERO DE REFERÊNCIA → | |
| 01 NOME / RAZÃO SOCIAL SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARAO | 06 DATA DE VENCIMENTO → | 20/11/2020 |
| Data limite para acolhimento: 20/11/2020 | 07 VALOR DO PRINCIPAL → | 5.315,27 |
| Observações: | 08 VALOR DA MULTA → | 0,00 |
| Sicalc Contribuinte - 8721 - RS | 09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69 → | 0,00 |
| SENDER (Versão:4.9.3) | 10 VALOR TOTAL → | 5.315,27 |
| 20/11/2020 10:38:24 | 11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1a. e 2a. vias) | |

| | | |
|---|--|--------------------|
|  MINISTÉRIO DA FAZENDA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL Documento de Arrecadação de Receitas Federais DARF | 02 PERÍODO DE APURAÇÃO → | 31/10/2020 |
| | 03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ → | 88.413.661/0001-90 |
| | 04 CÓDIGO DA RECEITA → | 0561 |
| | 05 NÚMERO DE REFERÊNCIA → | |
| 01 NOME / RAZÃO SOCIAL SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARAO | 06 DATA DE VENCIMENTO → | 20/11/2020 |
| Data limite para acolhimento: 20/11/2020 | 07 VALOR DO PRINCIPAL → | 5.315,27 |
| Observações: | 08 VALOR DA MULTA → | 0,00 |
| Sicalc Contribuinte - 8721 - RS | 09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69 → | 0,00 |
| SENDER (Versão:4.9.3) | 10 VALOR TOTAL → | 5.315,27 |
| 20/11/2020 10:38:24 | 11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1a. e 2a. vias) | |

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

Número: 01089910086/00000000695866/029620

Data: 20/11/2020

Hora: 11:54:17

Prezado Cliente: SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO

Efetuamos em 20/11/2020, 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.....: | 10/2020 |
| Identificador.....: | 88413661000190 |
| Valor(6) do INSS.....: | R\$ 13.428,26 |
| Valor(9) Outras Entidades..: | R\$ 0,00 |
| Valor(10) Juros/Multas.....: | R\$ 0,00 |
| Valor(11) Total Arrecadado.: | R\$ 13.428,26 |
| Autenticação.....: | 0410235999891008620112020000000001342826 |


Atenciosamente

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


0325C7DF7A293B2DDC2BF71A8F2C7671B287

SAC: 0800 6461515 - OUVIDORIA: 0800 6442200

Esta Guia o valor de R\$ 1.561,70
reintegrando a Previdência

| | | |
|--|----------------------------|--------------------|
|  <p>MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP</p> <p>GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS</p> | 3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO | 2305 |
| | 4 - COMPETÊNCIA | 10/2020 |
| | 5 - IDENTIFICADOR | 88.413.661/0001-90 |
| | 6 - VALOR DO INSS | 13.428,26 |
| | 7 - | |
| <p>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</p> <p>JAGUARAO RS CEP 96300-000</p> | 8 - | |
| | 9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES | 0,00 |
| | 10 - ATM/MULTA E JUROS | 0,00 |
| 2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS) | 20/11/2020 | |
| <p>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.</p> | 11 - TOTAL | 13.428,26 |
| | AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA | |

1ª Via - INSS - 2ª Via - CONTRIBUINTE

| | | |
|--|----------------------------|--------------------|
|  <p>MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP</p> <p>GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS</p> | 3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO | 2305 |
| | 4 - COMPETÊNCIA | 10/2020 |
| | 5 - IDENTIFICADOR | 88.413.661/0001-90 |
| | 6 - VALOR DO INSS | 13.428,26 |
| | 7 - | |
| <p>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</p> <p>JAGUARAO RS CEP 96300-000</p> | 8 - | |
| | 9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES | 0,00 |
| | 10 - ATM/MULTA E JUROS | 0,00 |
| 2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS) | 20/11/2020 | |
| <p>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.</p> | 11 - TOTAL | 13.428,26 |
| | AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA | |

1ª Via - INSS - 2ª Via - CONTRIBUINTE

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:
(VINTE E TRES MIL QUATROCENTOS E TRES REAIS E SEIS CE
23.403,06

28/10/2020


Juliana da S. Figueiredo
Contadora CRC SP 269868/0-2 RS
CPF: 350.268.028-00



PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARÃO

PRESTAÇÃO DE CONTAS

PLANO OPERATIVO - OUTUBRO/ 2020

ANEXO II

| 1- RECEITA | | 2- DESPESA | |
|----------------------|---------------|-------------------|---------------|
| 1.1 DISCRIMINAÇÃO | 1.2 VALOR R\$ | 2.1 DISCRIMINAÇÃO | 2.2 VALOR R\$ |
| PL. OPERATIVO - SAMU | 23.403,06 | REPASSE PL. OPER. | 17.977,24 |
| | | PENSAO ALIMENT. | 524,50 |
| A TRANSPORTAR | 2.166,45 | INSS | 1.972,72 |
| A PORTE STA CASA | 1.888,97 | IRF | 1.126,80 |
| | | FGTS | 1.602,03 |
| | | REFEISUL | 1.200,00 |
| | | FÉRIAS | 3.055,19 |
| TOTAL | 27.458,48 | | 27.458,48 |

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARÃO

PRESTAÇÃO DE CONTAS

ANEXO III

| 1.4 DOCUMENTO | 1.5 DATA | 1.6 FAVORECIDO | 1.7 VALOR R\$ |
|---------------|----------|-------------------------|---------------|
| FOLHA PAGT° | 28/10/20 | SALÁRIOS - PL. OP. SAMU | 17.977,24 |
| FOLHA PAGT° | 30/10/20 | PENSAO ALIMENT. | 524,50 |
| FOLHA PAGT° | 03/11/20 | FÉRIAS | 3.055,19 |
| TOTAL | | | 21.556,93 |

| 1.4 | | 1.6 | 1.7 |
|-------------------|----------|------------|-----------|
| DOCUMENTO | DATA | FAVORECIDO | VALOR R\$ |
| COMP.PGTO | 20/11/20 | INSS | 1.972,72 |
| COMP.PGTO | 20/11/20 | IRF | 1.126,80 |
| COMP PGTO | 07/11/20 | FGTS | 1.602,03 |
| COMP PGTO | 20/10/20 | REFEISUL | 1.200,00 |
| | | | |
| TOTAL | | | 5.901,55 |
| | FÉRIAS | OUT/20 | |
| | | | |
| CARLOS R. DE LEON | 03/11/20 | | 3.055,19 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Empresa: 1 - SANTA CASA DE CARIDADE D JAGUARÃO
CNPJ: 88.413.661/0001-90
Cálculo: Folha Mensal
Competência: 10/2020

Página: 1/3
Emissão: 30/10/2020
Horas: 16:59:41

C. Custos: 12

EXTRATO MENSAL

Empr.: 337 CARLOS RENATO DE LEON DA SILVA Situação: Trabalhando CPF: 011.897.790-30 PIS: 129.73128.69-4
Cargo: 4 TÉCNICO DE ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 05/09/2007 CTPS/Série: 07427551/10
CC: 12 Depto: 12 Filial: 1 Salário: 1.460,34

| | | | | | |
|-------------------------------|--------|------------|----------------------|------|----------|
| 1 HORAS NORMAIS | 227,33 | 1.460,34 P | 202 REFEISUL | 2,00 | 2,00 D |
| 93 QUINQUENIO | 2,00 | 146,03 P | 998 I.N.S.S. | 9,48 | 295,45 D |
| 854 REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR | 0,00 | 49,02 P | 999 IMPOSTO DE RENDA | 7,50 | 68,68 D |
| 16 INSALUBRIDADE 20% | 20,00 | 209,00 P | | | |
| 25 ADICIONAL NOTURNO | 192,00 | 254,90 P | | | |
| 20 GRATIFICACOES | 995,91 | 995,91 P | | | |

3055,99
Folha

ND: 0 Proventos: 3.115,20 Descontos: 366,13 Informativa: 249,21 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.749,07
NF: 1 Base INSS: 3.115,20 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 3.115,20 Valor FGTS: 249,21 Base IRRF: 2.819,75

Empr.: 434 CRISLAINE CASA ACOSTA Situação: Trabalhando CPF: 011.481.930-06 PIS: 200.99326.88-9
Cargo: 4 TÉCNICO DE ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 01/04/2011 CTPS/Série: 01949590/00002
CC: 12 Depto: 12 Filial: 1 Salário: 1.460,34

| | | | | | |
|-------------------------------|--------|------------|----------------------|------|----------|
| 1 HORAS NORMAIS | 227,33 | 1.460,34 P | 202 REFEISUL | 2,00 | 2,00 D |
| 93 QUINQUENIO | 1,00 | 73,02 P | 998 I.N.S.S. | 9,42 | 286,69 D |
| 854 REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR | 0,00 | 49,02 P | 999 IMPOSTO DE RENDA | 7,50 | 63,86 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: 3.042,19 Descontos: 352,55 Informativa: 243,37 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.689,64
NF: 0 Base INSS: 3.042,19 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 3.042,19 Valor FGTS: 243,37 Base IRRF: 2.755,50

Empr.: 323 EDENILSON GONCALVES COSTA Situação: Trabalhando CPF: 927.569.480-04 PIS: 182.21035.28-4
Cargo: 4 TÉCNICO DE ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 08/02/2007 CTPS/Série: 00076362/00040
CC: 12 Depto: 12 Filial: 1 Salário: 1.460,34

| | | | | | |
|-------------------------------|--------|------------|------------------------|--------|----------|
| 1 HORAS NORMAIS | 227,33 | 1.460,34 P | 202 REFEISUL | 2,00 | 2,00 D |
| 93 QUINQUENIO | 2,00 | 146,03 P | 998 I.N.S.S. | 9,45 | 290,89 D |
| 854 REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR | 0,00 | 42,89 P | 999 IMPOSTO DE RENDA | 7,50 | 26,84 D |
| 16 INSALUBRIDADE 20% | 20,00 | 209,00 P | 900 PENSÃO ALIMENTICIA | 524,50 | 524,50 D |
| 25 ADICIONAL NOTURNO | 168,00 | 223,03 P | | | |
| 20 GRATIFICACOES | 995,91 | 995,91 P | | | |

ND: 0 Proventos: 3.077,20 Descontos: 844,23 Informativa: 246,17 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.232,97
NF: 1 Base INSS: 3.077,20 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 3.077,20 Valor FGTS: 246,17 Base IRRF: 2.261,81

Empr.: 543 GRACIELA MARTIRENE VIEIRA Situação: Trabalhando CPF: 019.601.000-41 PIS: 207.69391.33-2
Cargo: 17 ENFERMEIRA(O) Vínculo: Celetista Adm: 16/04/2015 CTPS/Série: 08064243/30
CC: 12 Depto: 12 Filial: 1 Salário: 3.752,63

| | | | | | |
|----------------------|--------|------------|----------------------|-------|----------|
| 1 HORAS NORMAIS | 248,00 | 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

Empresa: 1 - SANTA CASA DE CARIDADE D JAGUARÃO
CNPJ: 88.413.661/0001-90
Cálculo: Folha Mensal
Competência: 10/2020

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 | 197,33 | 1.326,30 P | 202 | REFEISUL | 2,00 | 2,00 D |
| 201 AUXÍLIO CRECHE | 1,00 | 132,63 P | 998 | I.N.S.S. | 9,01 | 236,17 D |
| 854 REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR | 0,00 | 0,77 P | 999 | IMPOSTO DE RENDA | 7,50 | 21,86 D |
| 8125 REFLEXO HORAS EXTRAS DSR | 0,00 | 85,25 P | | | | |
| 231 HORAS EXTRAS | 21,00 | 443,31 P | | | | |
| 233 HORAS EXTRAS 50% | 30,00 | 474,96 P | | | | |
| 16 INSALUBRIDADE 20% | 20,00 | 209,00 P | | | | |
| 25 ADICIONAL NOTURNO | 3,30 | 3,98 P | | | | |
| 20 GRATIFICACOES | 995,91 | 995,91 P | | | | |

ND: 1 Proventos: 3.672,11 Descontos: 260,03 Informativa: 209,69 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 3.412,08
 NF: 1 Base INSS: 2.621,21 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.621,21 Valor FGTS: 209,69 Base IRRF: 2.195,45

Empr.: 502 LIŠIANE 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 | 227,33 | 1.460,34 P | 202 | REFEISUL | 2,00 | 2,00 D |
| 93 QUINQUENIO | 1,00 | 73,02 P | 998 | I.N.S.S. | 9,42 | 286,69 D |
| 854 REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR | 0,00 | 49,02 P | 999 | IMPOSTO DE RENDA | 7,50 | 63,86 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: 3.042,19 Descontos: 352,55 Informativa: 243,37 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.689,64
 NF: 0 Base INSS: 3.042,19 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 3.042,19 Valor FGTS: 243,37 Base IRRF: 2.755,50

| Totais por Centro de Custos | Proventos | Descontos | Líquido |
|-----------------------------|-----------|-----------|-----------|
| 12 SAMU | 21.076,76 | 3.099,52 | 17.977,24 |
| Total: | 21.076,76 | 3.099,52 | 17.977,24 |

Total Geral Proventos: 21.076,76 Total Geral Descontos: 3.099,52
 Líquido Geral: 17.977,24

C. Custos: 12

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: | 20.025,86 | Base IRRF Mensal: | 17.149,46 |
| Salário contribuição contribuintes: | 0,00 | Valor IRRF Mensal: | 590,30 |
| Excedente: | 0,00 | Base IRRF Férias: | 0,00 |
| Base total: | 20.025,86 | Valor IRRF Férias: | 0,00 |
| Segurados: | 1.972,72 | Base IRRF Partic. Lucros: | 0,00 |
| Empresa: | 0,00 | Valor IRRF Partic. Lucros: | 0,00 |
| RAT: | 348,08 | Base IRRF Exterior: | 0,00 |
| Contribuintes: | 0,00 | Valor IRRF Exterior: | 0,00 |
| Sub-Total: | 2.320,80 | Base IRRF 13º Salário: | 0,00 |
| Retenções: | 0,00 | Valor IRRF 13º Salário: | 0,00 |
| (-) Salário família/maternidade: | 739,91 | Valor Total do IRRF: | 590,30 |
| Compensações: | 0,00 | IRRF Aluguéis: | 0,00 |
| Valores pagos a Cooperativas: | 0,00 | IRRF contribuintes: | 0,00 |
| Outras Compensações: | 0,00 | Base do FGTS: | 20.025,86 |
| Total: | 1.580,89 | Valor do FGTS: | 1.602,03 |
| Terceiros: | 0,00 | Base do FGTS Aprendiz: | 0,00 |
| Total INSS: | 1.580,89 | 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: 17.977,24

**Recibo de Transferência**

Número: 01081399583/00000000098044/900879

Data: 03/11/2020

Hora: 17:21:37

Canal: Office Banking
Data Débito: 03/11/2020
Valor: R\$ 3.055,19
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: 0235-35.030218.0-6
Nome do Destinatário: CARLOS RENATO DE LEON DA SILVA
Finalidade: FERIAS NOV 20

Atenciosamente

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

039C42C114C9ED38CB2D9C0D9E80D0177658

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

R E C I B O D E F E R I A S

=====

Empresa: SANTA CASA DE CARIDADE D JAGUARÃO

CNPJ: 88.413.661/0001-90

Empregado: 337 - CARLOS RENATO DE LEON DA SILVA

CPF: 011.897.790.30

Periodo de Aquisicao...: 05/09/2018 a 04/09/2019
 Periodo das Férias.....: 03/11/2020 a 02/12/2020

Série CTPS.: 10
 Número CTPS: 07427551
 Dias Férias.: 30

Retorno ao Trabalho.....: 03/12/2020
 Pagamento do Recibo.....: 30/10/2020
 Salário Base.....: R\$ 1.460,34

Dias Abono...: 0

| Rubrica | Descrição | Referência | Proventos | Descontos |
|----------------|--------------------|------------|-----------|-----------|
| 003 | HORAS FERIAS | 220,00 | 1.457,20 | |
| 805 | MEDIA VALOR FERIAS | 836,08 | 836,08 | |
| 807 | VANTAGENS FERIAS | 354,27 | 354,27 | |
| 931 | 1/3 DAS FERIAS | 33,33 | 882,52 | |
| 812 | INSS FERIAS | 10,00 | | 353,14 |
| 942 | IRRF FERIAS | 15,00 | | 121,74 |
| Totais.....: | | | 3.530,07 | 474,88 |
| Líquidos.....: | | | 3.055,19 | |

Recebi a importância de (três mil cinquenta e cinco reais e dezenove centavos) referente quitação das férias.

JAGUARAO, 30 de Outubro de 2020

 SANTA CASA DE CARIDADE D JAGUARÃO

 CARLOS RENATO DE LEON DA SILVA

**Recibo de Transferência**

Número: 01078952434/00000000833061/891496

Data: 28/10/2020

Hora: 11:46:43

Canal: Office Banking
Data Débito: 28/10/2020
Valor: R\$ 2749,07
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: PGTO SAL OUT 20

Atenciosamente

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

031817834D325CC1A32D37FCC5CB39096A14

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200



| | | | | |
|--------|---|-----------|--------------|--------|
| Código | Nome do Funcionário | CBO | Departamento | Filial |
| 337 | CARLOS RENATO DE LEON DA SILVA TÉCNICO DE ENFERMAGEM | 322205 | 12 | 1 |
| | | Admissão: | 05/09/2007 | |

| Código | Descrição | Referência | Vencimentos | Descontos | |
|--|---------------------------|-------------------|-----------------------------|---------------------------|------------|
| 1 | HORAS NORMAIS | 227,33 | 1.460,34 | | |
| 93 | QUINQUENIO | 2,00 | 146,03 | | |
| 854 | REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR | 0,00 | 49,02 | | |
| 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. | 9,48 | | 295,45 | |
| 999 | IMPOSTO DE RENDA | 7,50 | | 68,68 | |
| | | | Total de Vencimentos | Total de Descontos | |
| | | | 3.115,20 | 366,13 | |
| BANRISUL 41 conta corrente: 350302180-6 Agência: 0235 - 23 | | | Valor Líquido ➡ | 2.749,07 | |
| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Cálculo FGTS | F.G.T.S do Mês | Base Cálculo IRRF | Faixa IRRF |
| 1.460,34 | 3.115,20 | 3.115,20 | 249,21 | 2.819,75 | 7,50 |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

**Recibo de Transferência**

Número: 01078953012/00000000833583/891501

Data: 28/10/2020

Hora: 11:47:42

Canal: Office Banking
Data Débito: 28/10/2020
Valor: R\$ 2689,64
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: PGTO SAL OUT 20

Atenciosamente

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

03FF2E35EDBF181F401F6E7CECDA79174616

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

A large, handwritten checkmark or signature mark in the right margin of the document.

| | | | | |
|--------|--|-----------|--------------|--------|
| Código | Nome do Funcionário | CBO | Departamento | Filial |
| 434 | CRISLAINE CASA ACOSTA TÉCNICO DE ENFERMAGEM | 322205 | 12 | 1 |
| | | Admissão: | 01/04/2011 | |

| Código | Descrição | Referência | Vencimentos | Descontos | |
|--|---------------------------|----------------|-----------------------------|---------------------------|------------|
| 1 | HORAS NORMAIS | 227,33 | 1.460,34 | | |
| 93 | QUINQUENIO | 1,00 | 73,02 | | |
| 854 | REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR | 0,00 | 49,02 | | |
| 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. | 9,42 | | 286,69 | |
| 999 | IMPOSTO DE RENDA | 7,50 | | 63,86 | |
| | | | Total de Vencimentos | Total de Descontos | |
| | | | 3.042,19 | 352,55 | |
| BANRISUL 41 conta corrente: 350309310-6 | | | Valor Líquido → | 2.689,64 | |
| Agência: 0235 - 23 | | | | | |
| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Cál. FGTS | FGTS do Mês | Base Cál. IRRF | Faixa IRRF |
| 1.460,34 | 3.042,19 | 3.042,19 | 243,37 | 2.755,50 | 7,50 |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

**Recibo de Transferência**

Número: 01078955044/00000000835396/891517

Data: 28/10/2020

Hora: 11:51:21

Canal: Office Banking
Data Débito: 28/10/2020
Valor: R\$ 2232,97
Tipo: Folha de Pagamento
Conta do Remetente: 0235-06.025232.0-4
Nome do Remetente: SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO
Conta do Destinatário: 0235-35.030346.0-6
Nome do Destinatário: EDENILSON GONCALVES COSTA
Finalidade: PGTO SAL OUT 20

Atenciosamente

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

03EBFC83E556A59089CCEB78FFF16C01E674

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200



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

CC: SAMU
Mensalista

Folha Mensal
Outubro de 2020

| | | | | |
|--------|--|-----------|--------------|--------|
| Código | Nome do Funcionário | CBO | Departamento | Filial |
| 323 | EDENILSON GONCALVES COSTA TÉCNICO DE ENFERMAGEM | 322205 | 12 | 1 |
| | | Admissão: | 08/02/2007 | |

| Código | Descrição | Referência | Vencimentos | Descontos | |
|--|---------------------------|----------------|----------------------|--------------------|------------|
| 1 | HORAS NORMAIS | 227,33 | 1.460,34 | | |
| 93 | QUINQUENIO | 2,00 | 146,03 | | |
| 854 | REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR | 0,00 | 42,89 | | |
| 16 | INSALUBRIDADE 20% | 20,00 | 209,00 | | |
| 25 | ADICIONAL NOTURNO | 168,00 | 223,03 | | |
| 20 | GRATIFICACOES | 995,91 | 995,91 | | |
| 202 | REFEISUL | 2,00 | | 2,00 | |
| 998 | I.N.S.S. | 9,45 | | 290,89 | |
| 999 | IMPOSTO DE RENDA | 7,50 | | 26,84 | |
| 900 | PENSAO ALIMENTICIA | 524,50 | | 524,50 | |
| | | | Total de Vencimentos | Total de Descontos | |
| | | | 3.077,20 | 844,23 | |
| BANRISUL 41 conta corrente: 350303460-6 Agência: 0235 - 23 | | | Valor Líquido → | 2.232,97 | |
| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Cál. FGTS | F.G.T.S do Mês | Base Cál. IRRF | Faixa IRRF |
| 1.460,34 | 3.077,20 | 3.077,20 | 246,17 | 2.261,81 | 7,50 |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

**Recibo de Transferência**

Número: 01080059750/00000000872617/896063

Data: 30/10/2020

Hora: 14:47:13

Canal: Office Banking
Data Débito: 30/10/2020
Valor: R\$ 524,50
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: 0772-35.195870.0-3
Nome do Destinatário: DAIANE VIDINHA VIEIRA
Finalidade: PENSÃO OUT 20

Atenciosamente

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

031989FBE2D25B12435D92DB9B92E877B064

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

**Recibo de Transferência**

Número: 01078956114/00000000836377/891523

Data: 28/10/2020

Hora: 11:53:14

Canal: Office Banking
Data Débito: 28/10/2020
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: PGTO SAL OUT 20

Atenciosamente

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

03D9EA6389147F7A01391E5CE6E350CB5D67

SAC: 0800 6461515 OUIDORIA: 0800 6442200



SANTA CASA DE CARIDADE D JAGUARÃO

CNPJ: 88.413.661/0001-90

CC: SAMU

Folha Mensal

Mensalista

Outubro de 2020

| | | | | |
|--------|--|-----------|--------------|--------|
| Código | Nome do Funcionário | CBO | Departamento | Filial |
| 543 | GRACIELA MARTIRENE VIEIRA ENFERMEIRA(O) | 223505 | 12 | 1 |
| | | Admissão: | 16/04/2015 | |

| Código | Descrição | Referência | Vencimentos | Descontos | |
|--|-------------------|-----------------|----------------------|--------------------|------------|
| 1 | HORAS NORMAIS | 248,00 | 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

**Recibo de Transferência**

Número: 01078956666/00000000836883/891527

Data: 28/10/2020

Hora: 11:54:15

Canal: Office Banking
Data Débito: 28/10/2020
Valor: R\$ 2937,12
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: PGTO SAL OUT 20

Atenciosamente

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

03003B5E233C2AB1DD576249E818F7105177

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200



**Recibo de Transferência**

Número: 01079466067/00000000307680/893896

Data: 29/10/2020

Hora: 14:42:37

Canal: Office Banking
Data Débito: 29/10/2020
Valor: R\$ 474,96
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: DIF SAL OUT 20

Atenciosamente

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

0326F8AFE7FE8AECDFD0018A697FF6742039

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200



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

CC: SAMU
Mensalista

Folha Mensal
Outubro de 2020

| | | | | |
|--------|--|-----------|--------------|--------|
| Código | Nome do Funcionário | CBO | Departamento | Filial |
| 737 | KRICIE BUTTES MACHADO TÉCNICO DE ENFERMAGEM | 322205 | 12 | 1 |
| | | Admissão: | 02/03/2020 | |

| Código | Descrição | Referência | Vencimentos | Descontos | |
|--|---------------------------|-------------------|----------------------|--------------------|------------|
| 1 | HORAS NORMAIS | 197,33 | 1.326,30 | | |
| 201 | AUXÍLIO CRECHE | 1,00 | 132,63 | | |
| 854 | REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR | 0,00 | 0,77 | | |
| 8125 | REFLEXO HORAS EXTRAS DSR | 0,00 | 85,25 | | |
| 231 | HORAS EXTRAS | 21,00 | 443,31 | | |
| 233 | HORAS EXTRAS 50% | 30,00 | 474,96 | | |
| 16 | INSALUBRIDADE 20% | 20,00 | 209,00 | | |
| 25 | ADICIONAL NOTURNO | 3,30 | 3,98 | | |
| 20 | GRATIFICACOES | 995,91 | 995,91 | | |
| 202 | REFEISUL | 2,00 | | 2,00 | |
| 998 | I.N.S.S. | 9,01 | | 236,17 | |
| 999 | IMPOSTO DE RENDA | 7,50 | | 21,86 | |
| | | | Total de Vencimentos | Total de Descontos | |
| | | | 3.672,11 | 260,03 | |
| BANRISUL 41 conta corrente: 390323940-9 Agência: 0235 - 23 | | | Valor Líquido | 3.412,08 | |
| | | | ⇒ | | |
| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Cálculo FGTS | FGTS do Mês | Base Cálculo IRRF | Faixa IRRF |
| 1.326,30 | 2.621,21 | 2.621,21 | 209,69 | 2.195,45 | 7,50 |

*** PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 07 DE NOVENBRO ***

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

**Recibo de Transferência**

Número: 01078957218/00000000837364/891531

Data: 28/10/2020

Hora: 11:55:13

Canal: Office Banking
Data Débito: 28/10/2020
Valor: R\$ 2689,64
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: PGTO SAL OUT 20

Atenciosamente

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

0329E77F95C6407803167729079A31B6C540

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200



SANTA CASA DE CARIDADE D JAGUARÃO

CNPJ: 88.413.661/0001-90

CC: SAMU

Folha Mensal

Mensalista

Outubro de 2020

| Código | Nome do Funcionário | CBO | Departamento | Filial |
|--------|--|-----------|--------------|--------|
| 502 | LISIANE DE SOUZA SILVEIRA BOTELHO TÉCNICO DE ENFERMAGEM | 322205 | 12 | 1 |
| | | Admissão: | 01/11/2013 | |

| Código | Descrição | Referência | Vencimentos | Descontos | |
|--|---------------------------|-------------------|----------------------|--------------------|------------|
| 1 | HORAS NORMAIS | 227,33 | 1.460,34 | | |
| 93 | QUINQUENIO | 1,00 | 73,02 | | |
| 854 | REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR | 0,00 | 49,02 | | |
| 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. | 9,42 | | 286,69 | |
| 999 | IMPOSTO DE RENDA | 7,50 | | 63,86 | |
| | | | Total de Vencimentos | Total de Descontos | |
| | | | 3.042,19 | 352,55 | |
| BANRISUL 41 conta corrente: 350377320-8 | | | Valor Líquido → | 2.689,64 | |
| Agência: 0235 - 23 | | | | | |
| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Cálculo FGTS | F.G.T.S do Mês | Base Cálculo IRRF | Faixa IRRF |
| 1.460,34 | 3.042,19 | 3.042,19 | 243,37 | 2.755,50 | 7,50 |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

**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 |
| Beneficiário Original: | BANRISUL CARTOES CDR PR |
| CPF/CNPJ Beneficiário Original: | 92.934.215/0001-06 |

Atenciosamente

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

03D848921192B2F38B8FADA462CAA7B11046

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

Debitou o valor de R\$ 5.900,00
referente a SAMU

LANÇADO

| | | | | |
|---|-----------------------|--|-----------------------------------|---------------------------------|
| Beneficiário: BANRISUL CARTOES CDR PR - CNPJ: 92.934.215/0001-06 RUA CALDAS JUNIOR, 120 - CENTRO HISTORICO, PORTO ALEGRE - RS, 90018900 | | Agência/Cód. Beneficiário 0100/06842736-8 | Nosso Número 0029958858 | Vencimento 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 |
| Demonstrativo das Transações | | Nº do Documento 299588 | | |
| <p>Esse boleto é referente a fatura: 589859</p> <p>- 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</p> <p>- Instruções para Agência/Código do Beneficiário 0100/06842736-8 (CLIENTE PRÉ-PAGO): NÃO RECEBER APOS O VENCIMENTO / SAC-0800 6461515 / OUVIDORIA - 0800 6442200</p> | | | | |
| Limite de Crédito | Disp. para compra 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 | | | | | Vencimento |
| Até o vencimento, pagar preferencialmente nas agências do Banrisul. | | | | | 19/11/2020 |
| Beneficiário/CNPJ/CPF | | | | | Agência / Código do Beneficiário |
| BANRISUL CARTOES CDR PR - CNPJ: 92.934.215/0001-06 | | | | | 0100/06842736-8 |
| Data do Documento | Nº do Documento | Espécie Doc. | Aceite | Data do Processamento | Nosso Número |
| 19/11/2020 | 299588 | DS | N | 19/11/2020 | 1/0029958858 |
| Uso do Banco | Carteira | Espécie | Quantidade | Valor | (=) Valor do Documento |
| | 1 | R\$ | | | 5.900,00 |
| Instruções (Todas as informações deste BOLETO são de exclusiva responsabilidade do beneficiário) | | | | | (-) Desconto / Abatimento |
| Esse boleto é referente a fatura: 589859 | | | | | (-) Outras Deduções |
| - 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 | | | | | (+) Mora / Multa |
| - 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 | | | | | (+) Outros Acréscimos |
| | | | | | (=) Valor Cobrado |
| Pagador | | | | | Código de Baixa: |
| SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARAO CPF/CNPJ: 88413661000190 PC DR HERMES P AFFONSO SN 96300000, CENTRO - JAGUARÃO - RS | | | | | Autenticação Mecânica/FICHA DE COMPENSAÇÃO |



Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFSe

| | | | |
|--|---|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Número NFSE/RPS 202000000112039 / 1390631 | Data e Hora de Emissão 23/11/2020 01:24:03 | Data da Competência 20/11/2020 | Código de Verificação bd3406bb |
|--|---|-----------------------------------|-----------------------------------|

PRESTADOR DE SERVIÇOS



BANRISUL CARTÕES S/A
CNPJ: 92934215000106 Inscricao Municipal: 00233722
R SIQUEIRA CAMPOS, 832 - CENTRO HISTORICO CEP: 90010000
Porto Alegre - RS
Telefone: Email:

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: 88413661000190 Inscricao Municipal:
SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARAO
PC DR HERMES P AFFONSO, SN, -- CENTRO CEP: 96300000
Jaguarão - RS
Telefone: Email: santacasajaguarao_financeiro@hotmail.com

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

CARGA CARTAO ALIMENTACAO CDR Qtd: 1 Valor Unitario R\$ 5.800,00 Valor do Serviço R\$ 5.800,00
VALOR DE CORRETAGEM ZERO CARTAO ALIMENTACAO CDR Qtd: 1

Codigo de Tributação Municipal:

100100400 - Agenciamento, corretagem e intermediação de cartões de crédito ou débito

Subitem Lista de Serviços LC 116/03 - Descrição:

10.01 - Agenciamento, corretagem ou intermediação de câmbio, de seguros, de cartões de crédito, de planos de saúde e de planos de previdência privada

Cod/Município da incidencia do ISSQN:

4314902 - Porto Alegre

Natureza da Operação

Tributação no município

| | |
|-----------------------|--------------|
| Valor dos serviços | R\$ 5.800,00 |
| (-)Descontos | R\$ 0,00 |
| (-)Retenções Federais | R\$ 0,00 |
| (-)ISS Retido: | R\$ 0,00 |

| | |
|-----------------------------|--------------|
| Valor dos serviços | R\$ 5.800,00 |
| (-)Deduções | R\$ 5.800,00 |
| (-)Desconto Incondicionado: | R\$ 0,00 |
| (=)Base de Cálculo: | R\$ 0,00 |
| (x)Alíquota: | 5% |

Valor Líquido: R\$ 5.800,00

(=)Valor do ISS: R\$ 0,00

Retenções Federais

Pis R\$ 0,00 Cofins R\$ 0,00 IR: R\$ 0,00 CSLL: R\$ 0,00 INSS: R\$ 0,00 Outras Retenções R\$ 0,00

Outras Informações:



PREFEITURA DE PORTO ALEGRE/RS - Secretaria Municipal da Fazenda
Rua Siqueira Campos, 1300/4º andar Centro Histórico Porto Alegre/RS CEP: 90.010-907
Telefone 156 ou (51) 3289-0140 para chamadas de outras cidades
Email: nfse@smf.prefpoa.com.br

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

Número: 01089910086/00000000695866/029620

Data: 20/11/2020

Hora: 11:54:17

Prezado Cliente: SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO

Efetuamos em 20/11/2020, 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.....: | 10/2020 |
| Identificador.....: | 88413661000190 |
| Valor(6) do INSS.....: | R\$ 13.428,26 |
| Valor(9) Outras Entidades..: | R\$ 0,00 |
| Valor(10) Juros/Multas.....: | R\$ 0,00 |
| Valor(11) Total Arrecadado.: | R\$ 13.428,26 |
| Autenticação.....: | 041023599989100862011202000000001342826 |


Atenciosamente

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

0325C7DF7A293B2DDC2BF71A8F2C7671B287

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

Data emitida em 20/11/2020 19:32:32
Instituição SAMU

| | | |
|--|----------------------------|--------------------|
|  <p>MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP</p> <p>PREVIDÊNCIA SOCIAL</p> <p>GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS</p> | 3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO | 2305 |
| | 4 - COMPETÊNCIA | 10/2020 |
| | 5 - IDENTIFICADOR | 88.413.661/0001-90 |
| <p>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</p> <p>JAGUARAO RS CEP 96300-000</p> | 6 - VALOR DO INSS | 13.428,26 |
| | 7 - | |
| | 8 - | |
| | 9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES | 0,00 |
| 2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS) | 20/11/2020 | |
| <p>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.</p> | 10 - ATM/MULTA E JUROS | 0,00 |
| | 11 - TOTAL | 13.428,26 |
| | AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA | |

1ª Via - INSS - 2ª Via - CONTRIBUINTE

| | | |
|--|----------------------------|--------------------|
|  <p>MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP</p> <p>PREVIDÊNCIA SOCIAL</p> <p>GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS</p> | 3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO | 2305 |
| | 4 - COMPETÊNCIA | 10/2020 |
| | 5 - IDENTIFICADOR | 88.413.661/0001-90 |
| <p>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</p> <p>JAGUARAO RS CEP 96300-000</p> | 6 - VALOR DO INSS | 13.428,26 |
| | 7 - | |
| | 8 - | |
| | 9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES | 0,00 |
| 2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS) | 20/11/2020 | |
| <p>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.</p> | 10 - ATM/MULTA E JUROS | 0,00 |
| | 11 - TOTAL | 13.428,26 |
| | 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 : 20/11/2020 -11:48:14
NSU : 01089905237/00000000691413/029602
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 : 20/11/2020
Período de Apuração : 31/10/2020
Número do CPF ou CNPJ : 88413661000190
Código da Receita : 0561 - IRRF - REND. DO TRABALHO ASSALARIADO
Número de Referência : 000000000000000000
Data do Vencimento : 20/11/2020
Valor do Principal : 5.315,27
Valor Total : 5.315,27


Autenticação : 04102359998296022011202000000531527


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

031405833AEAB671A94A9243CA30BDC3DB93

SAC: 0800 6461515 OUIDORIA: 0800 6442200

1.126,80
Samu

| | | |
|---|--|--------------------|
|  MINISTÉRIO DA FAZENDA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL Documento de Arrecadação de Receitas Federais DARF | 02 PERÍODO DE APURAÇÃO → | 31/10/2020 |
| | 03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ → | 88.413.661/0001-90 |
| | 04 CÓDIGO DA RECEITA → | 0561 |
| | 05 NÚMERO DE REFERÊNCIA → | |
| | 06 DATA DE VENCIMENTO → | 20/11/2020 |
| 01 NOME / RAZÃO SOCIAL SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARAO | | |
| Data limite para acolhimento: 20/11/2020 Observações: Sicalc Contribuinte - 8721 - RS | 07 VALOR DO PRINCIPAL → | 5.315,27 |
| | 08 VALOR DA MULTA → | 0,00 |
| | 09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69 → | 0,00 |
| | 10 VALOR TOTAL → | 5.315,27 |
| SEMDA (Versão:4.9.3) 20/11/2020 10:38:24 | 11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1a. e 2a. vias) | |

| | | |
|---|--|--------------------|
|  MINISTÉRIO DA FAZENDA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL Documento de Arrecadação de Receitas Federais DARF | 02 PERÍODO DE APURAÇÃO → | 31/10/2020 |
| | 03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ → | 88.413.661/0001-90 |
| | 04 CÓDIGO DA RECEITA → | 0561 |
| | 05 NÚMERO DE REFERÊNCIA → | |
| | 06 DATA DE VENCIMENTO → | 20/11/2020 |
| 01 NOME / RAZÃO SOCIAL SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARAO | | |
| Data limite para acolhimento: 20/11/2020 Observações: Sicalc Contribuinte - 8721 - RS | 07 VALOR DO PRINCIPAL → | 5.315,27 |
| | 08 VALOR DA MULTA → | 0,00 |
| | 09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69 → | 0,00 |
| | 10 VALOR TOTAL → | 5.315,27 |
| SEMDA (Versão:4.9.3) 20/11/2020 10:38:24 | 11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1a. e 2a. vias) | |



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 : 01083084639
NSU de Autenticação : 006154

Representação Numérica do Código de Barras
858900000778.241901792012.107646050889.841366100015

Descrição Pagamento : CAIXA FED FGTS GRF
CPF/CEI/CNPJ : 88413661000190
Código do Convênio : 0179
Data de Validade : 07/11/2020
Competência : 10/2020
Valor Total : 7.724,19
Pagamento Efetuado em : 06/11/2020

Autenticação : 041023599980061540611202000000772419

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

=====

03B890B5C4DC38835E77563AAD655C10D513

SAC: 0800 6461515 OUIDORIA: 0800 6442200

1.602.03
Samu





FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

GFIP - SEFIP 8.40

GRF - GUIA DE RECOLHIMENTO DO FGTS

GERADA EM 06/11/2020 - 08:50:13

90

| | | | | |
|---|--------------------------------|---|-----------------------------|-----------------------------------|
| 01-RAZÃO SOCIAL/NOME SANTA CASA DE CARIDADE D JAGUARAO | | | | 02-DDD/TELEFONE (0053)32611088 |
| 03-FPAS 639 | 04-SIMPLES 1 | 05-REMUNERAÇÃO 96.552,46 | 06-QTDE TRABALHADORES 31 | 07-ALÍQUOTA FGTS 8 |
| 08-CÓD RECOLHIMENTO 115 | 09-ID RECOLHIMENTO 017980-9 | 10-INSCRIÇÃO/TIPO (8) 88.413.661/0001-90 | 11-COMPETÊNCIA 10/2020 | 12-DATA DE VALIDADE 07/11/2020 |

| | | |
|--|---------------------|---------------------------------|
| 13-DEPÓSITO + CONTRIB SOCIAL 7.724,19 | 14-ENCARGOS 0,00 | 15-TOTAL A RECOLHER 7.724,19 |
|--|---------------------|---------------------------------|

VALOR FGTS A RECOLHER ATÉ O DIA 07/11/2020

858900000778 241901792012 107646050889 841366100015

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

GFIP - SEFIP 8.40

GRF - GUIA DE RECOLHIMENTO DO FGTS

GERADA EM 06/11/2020 - 08:50:13

| | | | | |
|---|--------------------------------|---|-----------------------------|-----------------------------------|
| 01-RAZÃO SOCIAL/NOME SANTA CASA DE CARIDADE D JAGUARAO | | | | 02-DDD/TELEFONE (0053)32611088 |
| 03-FPAS 639 | 04-SIMPLES 1 | 05-REMUNERAÇÃO 96.552,46 | 06-QTDE TRABALHADORES 31 | 07-ALÍQUOTA FGTS 8 |
| 08-CÓD RECOLHIMENTO 115 | 09-ID RECOLHIMENTO 017980-9 | 10-INSCRIÇÃO/TIPO (8) 88.413.661/0001-90 | 11-COMPETÊNCIA 10/2020 | 12-DATA DE VALIDADE 07/11/2020 |

| | | |
|--|---------------------|---------------------------------|
| 13-DEPÓSITO + CONTRIB SOCIAL 7.724,19 | 14-ENCARGOS 0,00 | 15-TOTAL A RECOLHER 7.724,19 |
|--|---------------------|---------------------------------|

VALOR FGTS A RECOLHER ATÉ O DIA 07/11/2020

858900000778 241901792012 107646050889 841366100015

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



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\$ 60.000,00
(SESSENTA MIL REAIS)

8- DATA DO RECEBIMENTO DA SUBVENÇÃO: 05/11/2020



Juliana da S. Figueiredo
Contadora CRC SP 269868/O-2 RS
CPF 350.258.522-00



PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARÃO

PRESTAÇÃO DE CONTAS

PLANO OPERATIVO - OUTUBRO /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 |
| TRANSPORTADOS | 6.000,00 | CUSTEIO | 2.000,00 |
| CUSTEIO | 2.000,00 | A TRANSPORTAR | 6.000,00 |
| | | | |
| TOTAL | 68.000,00 | | 68.000,00 |

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARÃO

PRESTAÇÃO DE CONTAS

ANEXO III

| 1.4 | 1.5 | 1.6 | 1.7 |
|-----------|----------|-------------------|-----------|
| DOCUMENTO | DATA | FAVORECIDO | VALOR R\$ |
| NF 07 | 10/11/20 | INDIRA QUESEDA | 20.000,00 |
| NF 115 | 10/11/20 | CRISTINA CARDOSO | 18.000,00 |
| NF 222 | 09/11/20 | JEFERSON DEVENS | 4.000,00 |
| NF 06 | 10/11/20 | BIBIANA FERNANDES | 26.000,00 |
| | | | |
| TOTAL | | | 68.000,00 |

**Recibo de Transferência**

Número: 01085737644/00000000763870/015513

Data: 10/11/2020

Hora: 15:54:40

Canal: Office Banking
Data Débito: 10/11/2020
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: 0235-35.044127.0-5
Nome do Destinatário: INDIRA ELIZABETH BARBERENA QUESEDA
Finalidade: PGTO ANESTESIA OUT 20

Atenciosamente

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

038329255955A53918961DB73EAA1EAD0469

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



Número da NFS-e

202000000000007

Data do Serviço

10/11/2020

Código Verificador

431575e58

CNPJ / CPF **Inscrição Estadual** **Inscrição Municipal**
 37.001.552/0001-24 **** 362940

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARÃO/RS
 Secretaria Municipal da Fazenda

Fone: (53) 3261-1999 - sistemas.jaguarao.rs.gov.br/NFSe.Portal

Dt. de Emissão

10/11/2020

Exigibilidade ISS

Exigível

Tributado no Município

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 **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

| DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS | VALOR TOTAL | ALIQ. | VALOR IMPOSTO | RETIDO |
|--|-------------|-------|---------------|--------|
| PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS PLANO OPERATIVO COMP.10.2020 ANESTESIA | 20.000,00 | 3,00 | 600,00 | Não |

Código do Serviço

04.01 - Medicina e biomedicina.

Código NBS

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

Base Cálculo ISSQN Próprio 20.000,00 Valor do ISSQN Próprio 600,00 Base Cálculo ISSQN Retido 0,00 Valor do ISSQN Retido 0,00 Valor Total do ISSQN 600,00 Valor Dedução/Descontos 0,00

Valor Total da NFS-e 20.000,00 Valor Líquido da NFS-e 20.000,00

Informações Adicionais

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 10/11/2020 às 15:00:54.

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



202000000000007431575e5837001552000124

| | | |
|---|---|---------------------------------|
| Recebi(emos) de INDIRA ELIZABETH BARBERENA QUESADA - ME os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado. / / | 202000000000007 Número da NFS-e Competência 10/11/2020 NFS-e 431575e58 | Número de Controle do Município |
|---|---|---------------------------------|

Consulta realizada em 10/11/2020 às 15:00:54.

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

**Recibo de Transferência**

Número: 01085219488/00000000387808/013337

Data: 10/11/2020

Hora: 09:23:31

Canal: Office Banking
Data Débito: 10/11/2020
Valor: R\$ 18.000,00
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: 0218-35.028583.0-7
Nome do Destinatário: CRISTINA CARDOSO
Finalidade: PGTO ANESTESIA OUT 20

Atenciosamente

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

032348D20B1F1F231E4E6634E2E487D8DF68

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

115 / S

Número / Série RPS

-

Data de Emissão

09/11/2020 11:35



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
Jaguarão / RS

RESPONSABILIDADE PELO ISSQN
Prestador de Serviço

REGIME TRIBUTÁRIO
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 | 18.000,000 | 1,00 / UN | 0,00 | 18.000,00 | 0,00 |

VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL: R\$ 18.000,00

DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO

| | | | | | | | |
|----------------------------|-----------|------------------------------|------|----------------------|------|----------|------|
| Valor de Serviço | 18.000,00 | Itens Não Tributáveis | 0,00 | Desconto Condicional | 0,00 | Deduções | 0,00 |
| Redução na Base de Cálculo | 0,00 | Valor Aproximado de Tributos | 0,00 | Base de Cálculo | 0,00 | ISSQN | 0,00 |

RETENÇÕES FEDERAIS

| | | | | | | | | | |
|------------|------|----------|------|------------|------|-----------------|------|--------------|------|
| INSS (R\$) | 0,00 | IR (R\$) | 0,00 | CSLL (R\$) | 0,00 | PIS/PASEP (R\$) | 0,00 | COFINS (R\$) | 0,00 |
|------------|------|----------|------|------------|------|-----------------|------|--------------|------|

VALOR LÍQUIDO DA NOTA FISCAL: R\$ 18.000,00

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Documento emitido por ME/EPP optante pelo Simples Nacional
 Serviços Médicos de Anestesiologia sa1020
 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: Z17.OQ2.C8X

Chave de Acesso: 43-23643498000106-90-00S-000000115/489822473

**Recibo de Transferência**

Número: 01084720188/00000000952347/011933

Data: 09/11/2020

Hora: 15:05:33

Canal: Office Banking
Data Débito: 09/11/2020
Valor: 4.000,00
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 EM SAUDE
Finalidade: 00004 - PAGAMENTO DE SALARIOS
Identificador: PGTO ANESTESIA OUT 20

Atenciosamente

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

03BF07E364523C1491BB4D7B9F72379CE749

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 | |  | Número da NFS-e 202000000000222 | |
| CNPJ / CPF 32.195.797/0001-16 | Inscrição Estadual **** | | Inscrição Municipal 6514 | Data do Serviço 09/11/2020 |

| | | | |
|--|----------------|-------------------|------------------------|
| 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 |
| | 09/11/2020 | Exigível | CAÇAPAVA DO SUL/RS |


| | | | | | | | |
|--|---------------------|--------------------|-----------|--|--|--|--|
| TOMADOR DO SERVIÇO | | | | Município de Prestação do Serviço | | | |
| Nome / Razão Social SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARÃO | | | | CAÇAPAVA DO SUL/RS | | | |
| Endereço DR HERMES P. AFONSO,0 | | | | | | | |
| Cidade | UF | Fone | CEP | | | | |
| JAGUARÃO | RS | (53) 3261-1088 | 96300-000 | | | | |
| Bairro | CENTRO | | | | | | |
| CNPJ / CPF | Inscrição Municipal | Inscrição Estadual | | E-mail | | | |
| 88.413.661/0001-90 | 3072 | | | santacasajaguarao_financeiro@hotmail.com | | | |

| | | | |
|--------------------------|--|------------|---------------------|
| 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 out/2020. | 4.262,12 | 3,50 | 149,17 | Não |

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

| | | | | | | | |
|----------------------------|------------------------|---------------------------|-----------------------|------------------------|-------------------------|-----------|----------------------|
| CIDE | COFINS | COFINS Importação | ICMS | IOF | IPI | PIS/PASEP | PIS/PASEP Importação |
| 0,00 | 127,87 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 27,70 | 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 | | |
| 4.262,12 | 149,17 | 0,00 | 0,00 | 149,17 | 0,00 | | |
| Valor Total da NFS-e | 4.262,12 | | | Valor Líquido da NFS-e | 4.000,00 | | |

| | |
|--|---|
| Informações Adicionais Lei 12741/2012: Mun: R\$89,08; Est: R\$0,00; Fed: R\$573,26; Total Aprox: R\$662,34. Fonte: IBPT. IR Retido: R\$63,93 Retenções: COFINS R\$ 127,87;PIS R\$ 27,70;CSLL R\$ 42,62; |  |
| Consulta realizada em 09/11/2020 às 14:33:59. Para consultar a autenticidade acesse: 200.237.90.22:8082/NFSe.Portal | |



| | | |
|--|---|---------------------------------|
| Recebi(emos) de DEVENS, KRETSCHMER SERVICOS EM SAUDE LTDA os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado. | 202000000000222 Número da NFS-e Competência 09/11/2020 NFS-e 3b8862cce | Número de Controle do Município |
|--|---|---------------------------------|

Consulta realizada em 09/11/2020 às 14:33:59.
 Para consultar a autenticidade acesse: 200.237.90.22:8082/NFSe.Portal

**Recibo de Transferência**

Número: 01085735038/00000000762113/015506

Data: 10/11/2020

Hora: 15:52:47

Canal: Office Banking
Data Débito: 10/11/2020
Valor: R\$ 26.000,00
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 OUT 20

Atenciosamente

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

03575CD3D74C70E6A4945C893FF397538C33

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



Número da NFS-e

202000000000006

Data do Serviço
10/11/2020

Código Verificador
98fe17e2d

CNPJ / CPF Inscrição Estadual Inscrição Municipal
 35.351.432/0001-21 **** 362687

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARÃO/RS

Secretaria Municipal da Fazenda

Fone: (53) 3261-1999 - sistemas.jaguarao.rs.gov.br/NFSe.Portal

Dt. de Emissão

10/11/2020

Exigibilidade ISS

Exigível

Tributado no Município

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 da Prestação do Serviço

Jaguarão/RS

INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO

Nome / Razão Social

CNPJ / CPF

Inscrição Municipal

E-mail

Fone

Cidade

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS PLANO OPERATIVO COMP.10.2020 ANESTESIA

VALOR TOTAL

26.000,00

ALIQ.

0,00

VALOR IMPOSTO

0,00

RETIDO

Não

Código do Serviço

04.01 - Medicina e biomedicina.

Código NBS

CIDE

0,00

COFINS

0,00

COFINS Importação

0,00

ICMS

0,00

IOF

0,00

IPI

0,00

PIS/PASEP

0,00

PIS/PASEP Importação

0,00

Base Cálculo ISSQN Próprio

26.000,00

Valor do ISSQN Próprio

0,00

Base Cálculo ISSQN Retido

0,00

Valor do ISSQN Retido

0,00

Valor Total do ISSQN

0,00

Valor Dedução/Descontos

0,00

Valor Total da NFS-e

26.000,00

Valor Líquido da NFS-e

26.000,00

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\$543,40; Est: R\$0,00; Fed: R\$3497,00; Total Aprox: R\$4040,40. Fonte: IBPT.



Consulta realizada em 10/11/2020 às 14:25:59.

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



20200000000000698fe17e2d35351432000121

Recebi(emos) de

BIBIANA MABEL GONZALEZ FERNANDEZ - ME

os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado.

202000000000006

Número da NFS-e

Competência
10/11/2020

NFS-e
98fe17e2d

Número de Controle do Município

Consulta realizada em 10/11/2020 às 14:25:59.

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\$ 57.000,00
(CINQUENTA E SETE MIL REAIS)

8- DATA DO RECEBIMENTO DA SUBVENÇÃO: 05/11/2020



Juliana da S. Figueiredo
Contadora CRC SP 269862/O-2 RS
CPF 350.268.028-00



PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARÃO

PRESTAÇÃO DE CONTAS

PLANO OPERATIVO - OUTUBRO/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 | 48.818,25 |
| TRANSPORTADO | 38.491,97 | IRRF | 4.815,96 |
| | | A TRANSPORTAR | 41.857,76 |
| | | | |
| TOTAL | 95.491,97 | | 95.491,97 |

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARÃO

PRESTAÇÃO DE CONTAS

ANEXO III

| 1.4 | 1.5 | 1.6 | 1.7 |
|----------------|----------|-------------------------------|-----------|
| DOCUMENTO | DATA | FAVORECIDO | VALOR R\$ |
| NF 42 | 10/11/20 | FROMETA E BALGA LTDA | 2.193,56 |
| NF 398 | 12/11/20 | CLIN. MÉD. EUNICE C. PIRES | 21.906,50 |
| FOLHA DE PAGTº | 06/11/20 | NEREU J. E. ARAUJO | 12.426,23 |
| NF 578 | 09/11/20 | BETINA DE ALMEIDA | 2.724,69 |
| NF 308 | 11/11/20 | IVANA LEAL | 5.927,40 |
| NF 07 | 09/11/20 | RAFAEL UBIRAJARA | 3.639,87 |
| TOTAL | | | 48.818,25 |

| 1.4 | 1.5 | 1.6 | 1.7 |
|-----------|----------|------------|-----------|
| DOCUMENTO | DATA | FAVORECIDO | VALOR R\$ |
| COMP.PGTO | 06/11/20 | IRRF | 4.815,96 |
| TOTAL | | | 4.815,96 |

**Recibo de Transferência**

Número: 01084663324/00000000915259/011692

Data: 09/11/2020

Hora: 14:33:41

Canal: Office Banking
Data Débito: 09/11/2020
Valor: R\$ 3.639,87
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 OUT 20

Atenciosamente

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

03E2A91A5CFB5C2184BC1B77BE03EAB5E300

SAC: 0800 6461515 OUIDORIA: 0800 6442200


LANÇADO

RECIBO DE PAGAMENTO A AUTÔNOMO - RPA

Nº Recibo

07

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\$ 3.639,87 (três mil seiscientos e trinta e nove reais e oitenta e sete centavos), conforme discriminativo abaixo:

Número de Inscrição

No INSS: No CPF: 574.789.459-53

Identidade

Número: Órgão Emissor: SSP UF:

Endereço

Localidade

Data

09/11/2020

Nome completo

RAFAEL UBIRAJARA VILELA

ESPECIFICAÇÃO:

| | |
|--------------------------|----------|
| 1.Valor Serviço Prestado | 4.354,83 |
| 2.Outros Proventos | 0,00 |
| Total | 4.354,83 |

DESCONTOS:

| | |
|----------------------|--------|
| 3.Outros Descontos | 0,00 |
| 4.ISS | 0,00 |
| 5.IRRF | 235,93 |
| 6.Dedução INSS | 479,03 |
| 7.INSS Frete | 0,00 |
| 8.Pensão Alimentícia | 0,00 |
| Total | 714,96 |

VALOR LÍQUIDO 3.639,87

Assinatura

Esta remuneração será incluída na GFIP e os valores retidos a título de contribuição previdenciária serão recolhidos em conformidade com a legislação vigente.

**Recibo de Transferência**

Número: 01084782084/00000000992622/012115

Data: 09/11/2020

Hora: 15:42:17

Canal: Office Banking
Data Débito: 09/11/2020
Valor: 2.724,69
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: 033 - SANTANDER S.A.
Agência do Destinatário: 3240
Conta do Destinatário: 01000433-4
Correntista de Crédito: 959.011.320-68 - BETINA DE ALMEIDA ARTUS
Finalidade: 00004 - PAGAMENTO DE SALARIOS
Identificador: PGTO OBSTETRICIA OUT 20

Atenciosamente

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

037AC3C6A424DA5D3A07EEDE922BD52F6D56

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

LANÇADO

**PREFEITURA MUNICIPAL DE PELOTAS****SECRETARIA MUNICIPAL DE RECEITA****Nota Fiscal Eletrônica de Serviços**

Número / Série: 578 / NFSe **Emissão:** 09/11/2020 17:41:17 **Retenção ISS:** Tributado
Data Prestação Serviço: 09/11/2020 **Incidência:** PELOTAS (RS) **Nº RPS:**

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: LAHM SERVICOS MEDICOS LTDA
CPF / CNPJ: 21.692.201/0001-77 **Regime:** Faturamento
Endereço: - Rua Felix Xavier Da Cunha, nº 916, 602, Bairro Centro
Telefone: **Município:** PELOTAS (RS)
E-Mail: GUTO@CLINRAD.COM.BR
Inscr. Municipal: 608337 **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: 8630-5/01-00 **Denominação:** ATIVIDADE MEDICA AMBULATORIAL COM RECURSOS PARA REALIZACAO DE
Código Serviço: 4.03 **Serviço:** Hospitais; Clínicas; Laboratorios; Sanatorios; Manicomios; Casas de Saude; Prontos-Socorros;
Local da Prestação dos Serviços: PELOTAS (RS)
Discriminação dos Serviços Prestados:
Serviços Prestados a obstetrícia em Outubro/2020

RETENÇÕES DE IMPOSTOS

| INSS | COFINS | CSLL | PIS | IRRF | Outras Retenções |
|-------------|---------------|-------------|------------|-------------|-------------------------|
| R\$ 0,00 | R\$ 87,09 | R\$ 29,03 | R\$ 18,87 | R\$ 43,54 | R\$ 0,00 |

DETALHAMENTO DE VALORES

| Valor Total da Nota | Deduções Permitidas em Lei | Base de Cálculo | Alíquota | ISS | Totais Retenções |
|----------------------------|-----------------------------------|------------------------|-----------------|------------|-------------------------|
| R\$ 2.903,22 | R\$ 0,00 | R\$ 2.903,22 | 2,00 % | R\$ 58,06 | R\$ 178,53 |

Valor Líquido: R\$ 2.724,69

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Emitido por Eliana Soares Bittencourt
Esta nota substituiu a nota nº 577 emitida em 09/11/2020 12:11:00, relativa a serviços prestados em 09/11/2020

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: 06B6.309C.48ED.893B.B0E7.5D61.BF3A.F416



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 : 09/11/2020 -15:46:51
NSU : 01084789436/00000000997532/012143
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 : 09/11/2020
Período de Apuração : 31/10/2020
Número do CPF ou CNPJ : 21692201000177
Código da Receita : 5952 - RETENCOES PJ DIREITO PRIVADO
Número de Referência : 000000000000000000
Data do Vencimento : 20/11/2020
Valor do Principal : 134,99
Valor Total : 134,99

Autenticação : 04102359998121430911202000000013499

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

03E96BA7588C4F6EA80E44874BAD5717398

SAC: 0800 6461515 OUIDORIA: 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 : 09/11/2020 -15:57:12
NSU : 01084806284/00000000008764/012174
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 : 09/11/2020
Período de Apuração : 31/10/2020
Número do CPF ou CNPJ : 21692201000177
Código da Receita : 1708 - IRRF - REMUNER. SERV. PRESTADOS POR PJ
Número de Referência : 0000000000000000
Data do Vencimento : 20/11/2020
Valor do Principal : 43,54
Valor Total : 43,54


Autenticação : 04102359998121740911202000000004354

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

036716973E6B1694786D1722CB3D45D57991

SAC: 0800 6461515 OUIDORIA: 0800 6442200

| | | |
|---|---|---------------------|
|  MINISTÉRIO DA FAZENDA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL Documento de Arrecadação de Receitas Federais DARF | 02 PERÍODO DE APURAÇÃO → | 31/10/2020 |
| | 03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ → | 21.692.201/0001-77 |
| | 04 CÓDIGO DA RECEITA → | 1708 |
| | 05 NÚMERO DE REFERÊNCIA → | |
| | 06 DATA DE VENCIMENTO → | 20/11/2020 |
| | 07 VALOR DO PRINCIPAL → | 43,54 |
| | 08 VALOR DA MULTA → | 0,00 |
| | 09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69 → | 0,00 |
| | 10 VALOR TOTAL → | 43,54 |
| | 11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1a. e 2a. vias) | |
| | 01 NOME / RAZÃO SOCIAL LAHM SERVICOS MEDICOS LTDA Data limite para acolhimento: 20/11/2020 Observações: Sicalc Contribuinte - 8791 - RS SENDA (Versão:4.9.3) | 09/11/2020 15:29:43 |

| | | |
|---|---|---------------------|
|  MINISTÉRIO DA FAZENDA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL Documento de Arrecadação de Receitas Federais DARF | 02 PERÍODO DE APURAÇÃO → | 31/10/2020 |
| | 03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ → | 21.692.201/0001-77 |
| | 04 CÓDIGO DA RECEITA → | 1708 |
| | 05 NÚMERO DE REFERÊNCIA → | |
| | 06 DATA DE VENCIMENTO → | 20/11/2020 |
| | 07 VALOR DO PRINCIPAL → | 43,54 |
| | 08 VALOR DA MULTA → | 0,00 |
| | 09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69 → | 0,00 |
| | 10 VALOR TOTAL → | 43,54 |
| | 11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1a. e 2a. vias) | |
| | 01 NOME / RAZÃO SOCIAL LAHM SERVICOS MEDICOS LTDA Data limite para acolhimento: 20/11/2020 Observações: Sicalc Contribuinte - 8791 - RS SENDA (Versão:4.9.3) | 09/11/2020 15:29:43 |

**Recibo de Transferência**

Número: 01085748211/00000000771167/015532

Data: 10/11/2020

Hora: 16:02:24

Canal: Office Banking
Data Débito: 10/11/2020
Valor: R\$ 2.193,56
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: 0235-35.047717.0-5
Nome do Destinatário: CLARA ILEANA PORRO BALGA
Finalidade: PGTO OBSTETRICIA OUT 20

Atenciosamente

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

0306C2E9DD7D96CEAF9280F86AF9011E2195

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



Número da NFS-e

202000000000042

Data do Serviço

10/11/2020

Código Verificador

0399f68f8

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

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARÃO/RS

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

Dt. de Emissão

10/11/2020

Exigibilidade ISS

Exigível

Tributado no Município

Jaguarão/RS

TOMADOR DO SERVIÇO

Município de Prestação do Serviço

Nome / Razão Social

SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARAO

Jaguarão/RS

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

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.10.2020 OBSTETRICIA

2.193,56

3,00

65,81

Não

Código do Serviço

04.01 - Medicina e biomedicina.

Código NBS

CIDE

0,00

COFINS

0,00

COFINS Importação

0,00

ICMS

0,00

IOF

0,00

IPI

0,00

PIS/PASEP

0,00

PIS/PASEP Importação

0,00

Base Cálculo ISSQN Próprio

2.193,56

Valor do ISSQN Próprio

65,81

Base Cálculo ISSQN Retido

0,00

Valor do ISSQN Retido

0,00

Valor Total do ISSQN

65,81

Valor Dedução/Descontos

0,00

Valor Total da NFS-e

2.193,56

Valor Líquido da NFS-e

2.193,56

Informações Adicionais

Lei 12741/2012: Mun: R\$45,85; Est: R\$0,00; Fed: R\$295,03; Total Aprox: R\$340,88. Fonte: IBPT.



Consulta realizada em 10/11/2020 às 14:12:15.

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



2020000000000420399f68f836584435000178

Recebi(emos) de

FROMETA E BALGA LTDA.

os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado.

202000000000042

Número da NFS-e

Número de Controle do Município

Competência

10/11/2020

NFS-e

0399f68f8

Consulta realizada em 10/11/2020 às 14:12:15.

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

**Recibo de Transferência**

Número: 01083623778/00000000015182/008363

Data: 06/11/2020

Hora: 16:36:19

Canal: Office Banking
Data Débito: 06/11/2020
Valor: R\$ 12.426,23
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 OUT 20

Atenciosamente

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

031319BE9687E886B32EE6ABFB087A418346

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

A large, handwritten checkmark in blue ink, located in the lower right quadrant of the page.

SANTA CASA DE CARIDADE D JAGUARÃO
 CNPJ: 88.413.661/0001-90 CC: PRONTO SOCORRO Mensalista Folha Mensal Outubro 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 | 17.919,34 | 17.919,34 | |
| 213 | PROGRAMA PREV. COLO DO ÚTERO | 2.000,00 | 2.000,00 | |
| 858 | INSS AUTONOMO | 20,00 | | 1.220,21 |
| 857 | IRRF AUTONOMO | 27,50 | | 4.272,90 |

| | | |
|--|----------------------|--------------------|
| Matrícula INSS: BANRISUL 41 conta corrente: 35012818-04 Agência: 0235 - 23 | Total de Vencimentos | Total de Descontos |
| | 19.919,34 | 5.493,11 |
| | Valor Líquido → | 14.426,23 |

| | | | | | |
|--------------|------------------|----------------|----------------|----------------|------------|
| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Cál. FGTS | F.G.T.S do Mês | Base Cál. IRRF | Faixa IRRF |
| 0,00 | 6.101,06 | 0,00 | 0,00 | 18.699,13 | 27,50 |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

**Recibo de Transferência**

Número: 01086658238/00000000587512/018483

Data: 12/11/2020

Hora: 10:24:59

Canal: Office Banking
Data Débito: 12/11/2020
Valor: R\$ 21.906,50
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 OUT 20

Atenciosamente

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

033809473751009EE69689114EA784969C74

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

LANÇADO

SANTA CASA DE CARIDADE D JAGUARÃO
 CNPJ: 88.413.661/0001-90 CC: PRONTO SOCORRO Mensalista Folha Mensal Outubro 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 | 17.919,34 | 17.919,34 | |
| 213 | PROGRAMA PREV. COLO DO ÚTERO | 2.000,00 | 2.000,00 | |
| 858 | INSS AUTONOMO | 20,00 | | 1.220,21 |
| 857 | IRRF AUTONOMO | 27,50 | | 4.272,90 |

| | | |
|--|----------------------|--------------------|
| Matrícula INSS: BANRISUL 41 conta corrente: 35012818-04 Agência: 0235 - 23 | Total de Vencimentos | Total de Descontos |
| | 19.919,34 | 5.493,11 |
| Valor Líquido | ⇒ | 14.426,23 |

| | | | | | |
|--------------|------------------|----------------|----------------|----------------|------------|
| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Cál. FGTS | F.G.T.S do Mês | Base Cál. IRRF | Faixa IRRF |
| 0,00 | 6.101,06 | 0,00 | 0,00 | 18.699,13 | 27,50 |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

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



Número da NFS-e

202000000000398

Data do Serviço

11/11/2020

Código Verificador

485ce07c9

CNPJ / CPF **Inscrição Estadual** **Inscrição Municipal**
 08.643.720/0001-87 **** 359723

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARÃO/RS

Secretaria Municipal da Fazenda

Fone: (53) 3261-1999 - sistemas.jaguarao.rs.gov.br/NFSe.Portal

Dt. de Emissão

11/11/2020

Exigibilidade
ISS

Exigível

Tributado no Município

Jaguarão/RS

TOMADOR DO SERVIÇO

Município de Prestação 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

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

Plano Operativo ref à 10/20

21.906,50

3,00

657,20

Não

Código do Serviço

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

Código NBS

CIDE

0,00

COFINS

0,00

COFINS Importação

0,00

ICMS

0,00

IOF

0,00

IPI

0,00

PIS/PASEP

0,00

PIS/PASEP Importação

0,00

Base Cálculo ISSQN Próprio

21.906,50

Valor do ISSQN Próprio

657,20

Base Cálculo ISSQN Retido

0,00

Valor do ISSQN Retido

0,00

Valor Total do ISSQN

657,20

Valor Dedução/Descontos

0,00

Valor Total da NFS-e

21.906,50

Valor Líquido da NFS-e

21.906,50

Informações Adicionais

Lei 12741/2012: Mun: R\$457,85; Est: R\$0,00; Fed: R\$2946,42; Total Aprox: R\$3404,27. Fonte: IBPT.



Consulta realizada em 11/11/2020 às 17:10:00.

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



202000000000398485ce07c908643720000187

Recebi(emos) de

CLINICA MEDICA EUNICE C. PIRES LTDA - ME

os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado.

202000000000398

Número da NFS-e

Competência

11/11/2020

NFS-e

485ce07c9

Número de Controle do Município

Consulta realizada em 11/11/2020 às 17:10:00.

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

**Recibo de Transferência**

Número: 01086425502/00000000352730/017773

Data: 11/11/2020

Hora: 16:31:58

Canal: Office Banking
Data Débito: 11/11/2020
Valor: 5.562,87
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: 616-5
Conta do Destinatário: 48963-8
Correntista de Crédito: 043.978.259-71 - DANIELA TAKITO
Finalidade: 00004 - PAGAMENTO DE SALARIOS
Identificador: PGTO OBSTETRICIA OUT 20

Atenciosamente

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

03CC616666993B67D921DE6840ED0EAFCC06

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

LANÇADO



MUNICÍPIO DE FRANCISCO BELTRÃO
Secretaria de Finanças - Departamento de Fiscalização Tributária
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e
www.esnfs.com.br

Número da Nota:
308
Data e Hora da Emissão:
10/11/2020 09:01:11
Operador Emissor:
CLINICA O. T.

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: **08864990000118** I.E.: I.M.: **112445** Telefone: **3520 1616**
Nome/Razão: **CLINICA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA EDSON TAKITO LTDA**
Endereço: **RUA VEREADOR ROMEU LAURO WERLANG, 1343 - Q 174 L 07 - CENTRO - 85601020**
Município: **Francisco Beltrão** UF: **PR** e-Mail: **flaviogonzatti@hotmail.com**

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: **88413661000190** I.E.: I.M.: **3072**
Nome/Razão: **SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARAO**
Endereço: **RUA DR. HERMES P. AFFONSO - CENTRO - 96300000**
Município: **Jaguarão** UF: **RS** e-Mail: **santacasajaguarao_financeiro@hotmail.com**

| Cod. | Discriminação | Val. Serviço | Dedução | Base Cál. | Alíq. | ISS |
|------|---|--------------|---------|-----------|-------|--------|
| 4.09 | REFERENTE A SERVIÇOS DE OBSTETRICIA PRESTADOS NO MES DE OUTUBRO DE 2020 | 5.927,40 | 0,00 | 5.927,40 | 3,00 | 177,82 |

Total Serviços (R\$) **5.927,40**

Total ISS (R\$) **177,82**

| Retenções (R\$) | COFINS (3,00%) | ISS (0,00) | PIS (0,65%) | IRRF (1,50%) | CSLL (1,00%) | INSS |
|-----------------|----------------|------------|-------------|--------------|--------------|------|
| 177,82 | 177,82 | 0,00 | 38,53 | 88,91 | 59,27 | 0,00 |

Total Líquido (R\$) **5.562,87**

OUTRAS INFORMAÇÕES

Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei 3717 / 2010 e Decreto 209/2011
A tributação desta NFS-e está definida como: Tributado no município.

DISCRIMINAÇÃO DE IMPOSTOS

PROCON FRANCISCO BELTRÃO - Rua Niterói, 468 - Alvorada - Francisco Beltrão - PR
Fone (46) 3524-5063

Autenticidade: 87806533.4E294205.EOAC9545.41B34A86 (verificada em 10/11/2020 às 09:01:17)

Equiplano - NFS-e 500.2005t



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 : 12/11/2020 -14:29:46
NSU : 01086821182/00000000725492/019218
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 : 12/11/2020
Período de Apuração : 31/10/2020
Número do CPF ou CNPJ : 08864990000118
Código da Receita : 5952 - RETENCOES PJ DIREITO PRIVADO
Número de Referência : 0000000000000000
Data do Vencimento : 20/11/2020
Valor do Principal : 275,62
Valor Total : 275,62


Autenticação : 04102359998192181211202000000027562

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

034D4ADD42F301836A3194C1BCD2777E5343

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

| | | |
|--|---|--|
|  MINISTÉRIO DA FAZENDA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL Documento de Arrecadação de Receitas Federais DARF | 02 PERÍODO DE APURAÇÃO → | 31/10/2020 |
| | 03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ → | 08.864.990/0001-18 |
| | 04 CÓDIGO DA RECEITA → | 5952 |
| | 05 NÚMERO DE REFERÊNCIA → | |
| | 06 DATA DE VENCIMENTO → | 20/11/2020 |
| 01 NOME / RAZÃO SOCIAL CLINICA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA EDSON TAKITO | 07 VALOR DO PRINCIPAL → | 275,62 |
| Data limite para acolhimento: 20/11/2020 | 08 VALOR DA MULTA → | 0,00 |
| Observações: | 09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69 → | 0,00 |
| Sicalc Contribuinte - 7565 - PR | 10 VALOR TOTAL → | 275,62 |
| SEDA (Versão:4.9.3) | 12/11/2020 10:56:21 | 11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1a. e 2a. vias) |

| | | |
|--|---|--|
|  MINISTÉRIO DA FAZENDA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL Documento de Arrecadação de Receitas Federais DARF | 02 PERÍODO DE APURAÇÃO → | 31/10/2020 |
| | 03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ → | 08.864.990/0001-18 |
| | 04 CÓDIGO DA RECEITA → | 5952 |
| | 05 NÚMERO DE REFERÊNCIA → | |
| | 06 DATA DE VENCIMENTO → | 20/11/2020 |
| 01 NOME / RAZÃO SOCIAL CLINICA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA EDSON TAKITO | 07 VALOR DO PRINCIPAL → | 275,62 |
| Data limite para acolhimento: 20/11/2020 | 08 VALOR DA MULTA → | 0,00 |
| Observações: | 09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69 → | 0,00 |
| Sicalc Contribuinte - 7565 - PR | 10 VALOR TOTAL → | 275,62 |
| SEDA (Versão:4.9.3) | 12/11/2020 10:56:21 | 11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1a. e 2a. vias) |

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 : 12/11/2020 -14:27:18
NSU : 01086818952/00000000723880/019207
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 : 12/11/2020
Período de Apuração : 31/10/2020
Número do CPF ou CNPJ : 08864990000118
Código da Receita : 1708 - IRRF - REMUNER. SERV. PRESTADOS POR PJ
Número de Referência : 0000000000000000
Data do Vencimento : 20/11/2020
Valor do Principal : 88,91
Valor Total : 88,91


Autenticação : 04102359998192071211202000000008891

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

034C6554A5E6A833E105709F82F8EAD82993

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

| | | |
|--|--|--------------------|
|  MINISTÉRIO DA FAZENDA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL Documento de Arrecadação de Receitas Federais DARF | 02 PERÍODO DE APURAÇÃO → | 31/10/2020 |
| | 03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ → | 08.864.990/0001-18 |
| | 04 CÓDIGO DA RECEITA → | 1708 |
| | 05 NÚMERO DE REFERÊNCIA → | |
| | 06 DATA DE VENCIMENTO → | 20/11/2020 |
| 01 NOME / RAZÃO SOCIAL CLINICA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA EDSON TAKITO | 07 VALOR DO PRINCIPAL → | 88,91 |
| Data limite para acolhimento: 20/11/2020 | 08 VALOR DA MULTA → | 0,00 |
| Observações: | 09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69 → | 0,00 |
| Sicalc Contribuinte - 7565 - PR | 10 VALOR TOTAL → | 88,91 |
| SEDA (Versão:4.9.3) | 11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1a. e 2a. vias) | |
| 11/11/2020 14:51:16 | | |

| | | |
|--|--|--------------------|
|  MINISTÉRIO DA FAZENDA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL Documento de Arrecadação de Receitas Federais DARF | 02 PERÍODO DE APURAÇÃO → | 31/10/2020 |
| | 03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ → | 08.864.990/0001-18 |
| | 04 CÓDIGO DA RECEITA → | 1708 |
| | 05 NÚMERO DE REFERÊNCIA → | |
| | 06 DATA DE VENCIMENTO → | 20/11/2020 |
| 01 NOME / RAZÃO SOCIAL CLINICA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA EDSON TAKITO | 07 VALOR DO PRINCIPAL → | 88,91 |
| Data limite para acolhimento: 20/11/2020 | 08 VALOR DA MULTA → | 0,00 |
| Observações: | 09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69 → | 0,00 |
| Sicalc Contribuinte - 7565 - PR | 10 VALOR TOTAL → | 88,91 |
| SEDA (Versão:4.9.3) | 11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1a. e 2a. vias) | |
| 11/11/2020 14:51:16 | | |

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: 05/11/2020

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARÃO



Recebido em
23/12/2020
Bárbara Silva Rolim Bandan
Agente Administrativo
Matricula nº 4903-4



Juliana da S. Figueiredo
Contadora CRC SP 26986810-2 RS
CPF 350.258.428-60

PRESTAÇÃO DE CONTAS

PLANO OPERATIVO - OUTUBRO/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 |
| | | INSTITUTO HERMES PARDINI | 1.051,12 |
| | | CUSTEIO | 567,00 |
| | | TRANSPORTADO | 165,44 |
| | | A TRANSPORTAR | 16,44 |
| TOTAL | 7.800,00 | | 7.800,00 |

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARÃO

PRESTAÇÃO DE CONTAS

ANEXO III

| 1.4 | 1.5 | 1.6 | 1.7 |
|-----------|----------|-----------------------------|-----------|
| DOCUMENTO | DATA | FAVORECIDO | VALOR R\$ |
| NF 127 | 06/11/20 | CLIN. DE CARD. PASSOS | 6.000,00 |
| NF 679 | 20/11/20 | INSTITUTO HERMES PARDINI | 1.051,12 |
| N D 505 | 20/11/20 | DARF /IRF | 68,80 |
| | | | |
| TOTAL | | | 7.119,92 |

CUSTEIO

| 1.4 | 1.5 | 1.6 | 1.7 |
|--------|------------|---------|------------|
| NF 191 | 04/11/2020 | MEDILAR | R\$ 567,00 |
| | | | |
| TOTAL | | | R\$ 567,00 |

**Recibo de Transferência**

Número: 01083612810/00000000007221/008335

Data: 06/11/2020

Hora: 16:27:06

Canal: Office Banking
Data Débito: 06/11/2020
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 OUT 20

Atenciosamente

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

03DA724B9008F290468CEDB3C72002F5E355

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

LANÇADO

A large, handwritten checkmark in blue ink, located on the right side of the page.

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 |  | Número da NFS-e | |
| | | 202000000000127 | |
| CNPJ / CPF Inscrição Estadual Inscrição Municipal 08.646.512/0001-31 **** 359692 | | Data do Serviço | Código Verificador |
| | | 06/11/2020 | a6309a8f3 |

| | | | |
|---|----------------|-------------------|------------------------|
| PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARÃO/RS Secretária Municipal da Fazenda Fone: (53) 3261-1999 - sistemas.jaguarao.rs.gov.br/NFSe.Portal | Dt. de Emissão | Exigibilidade ISS | Tributado no Município |
| | 06/11/2020 | Exigível | Jaguarão/RS |

| TOMADOR DO SERVIÇO | | | | Município de Prestação do Serviço | | | |
|---|----|---------------------|-----------|-----------------------------------|--|--|--|
| Nome / Razão Social SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARAO | | | | Jaguarão/RS | | | |
| 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 | | | | | | | |

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

| DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS | VALOR TOTAL | ALIQ. | VALOR IMPOSTO | RETIDO |
|------------------------|-------------|-------|---------------|--------|
| ref 10/2020 | 6.000,00 | 3,00 | 180,00 | Não |

| | | | | | | | |
|---|------------------------|---------------------------|-----------------------|----------------------|-------------------------|-----------|----------------------|
| Código do Serviço | Código NBS | | | | | | |
| 04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres. | ***** | | | | | | |
| 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 06/11/2020 às 15:18:45.

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



202000000000127a6309a8f308646512000131

| | | |
|--|---|---------------------------------|
| Recebi(emos) de CLINICA DE CARDIOLOGIA PASSOS LTDA os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado. / / | 202000000000127 Número da NFS-e Competência 06/11/2020 NFS-e a6309a8f3 | Número de Controle do Município |
|--|---|---------------------------------|

Consulta realizada em 06/11/2020 às 15:18:45.

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

**Recibo de Pagamento**

Número: 01090156851/00000000899845/030581

Data: 20/11/2020

Hora: 16:46:48

| | |
|-------------------------------------|---|
| Canal: | Office Banking |
| Tipo Pagamento: | Títulos Banrisul / Outros Bancos |
| Cód. Barras: | 0339929879.43000000000.45780901018.1.84560000105112 |
| Emissor: | BANCO SANTANDER (BRASIL) S. A. |
| Ag./Conta Débito: | 0235-06.025232.0-4-SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO |
| Valor: | R\$ 1.051,12 |
| Data Débito: | 20/11/2020 |
| Data Vencimento: | 01/12/2020 |
| 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.

03286C7642177CBBCFA6740422F6C805A045

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

LANÇADO



033-7

RECIBO DO PAGADOR

| | | | | | |
|--|---------------------------------------|------------------------------|-----------------------------|--|--|
| Local de Pagamento PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NO SANTANDER | | | | | Vencimento 01/12/2020 |
| Beneficiário INSTITUTO HERMES PARDINI SA - CNPJ: 19.378.769/0001-76 R DOS AIMORES, 66 - FUNCIONARIOS - BELO HORIZONTE - MG - CEP: 30140920 | | | | | Agência/Cód. do Beneficiário 0002091 / 002987430 |
| Data do Documento 26/10/2020 | No. do Documento 0782065 01 | Espécie Doc DM | Aceite NAO ACEITO | Data de Processamento 04/11/2020 | Nosso Número 0000000457809 |
| Uso do Banco | Carteira RAPIDA C/REG | Espécie Moeda REAL | Quantidade | (x) Valor | (=) Valor do Documento 1.051,12 |
| Pagador: SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARAO CNPJ: 88.413.661/0001-90 PCA.HERMES PINTOS AFFONSO,S/N CENTRO 96300-000 - JAGUARAO - RS | | | | | Código de Baixa |
| Beneficiário Final Mensagem: COMISSAO DE PERMANENCIA AO DIA R\$ 0,74 | | | | | |

Autenticação Mecânica

Corte na linha Pontilhada



033-7

0339929879430000000045780901018184560000105112

| | | | | | |
|--|---------------------------------------|------------------------------|-----------------------------|--|--|
| Local de Pagamento PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NO SANTANDER | | | | | Vencimento 01/12/2020 |
| Beneficiário INSTITUTO HERMES PARDINI SA - CNPJ: 19.378.769/0001-76 R DOS AIMORES, 66 - FUNCIONARIOS - BELO HORIZONTE - MG - CEP: 30140920 | | | | | Agência/Cód. do Beneficiário 0002091 / 002987430 |
| Data do Documento 26/10/2020 | No. do Documento 0782065 01 | Espécie Doc. DM | Aceite NAO ACEITO | Data de Processamento 04/11/2020 | Nosso Número 0000000457809 |
| Uso do Banco | Carteira RAPIDA C/REG | Espécie Moeda REAL | Quantidade | (x) Valor | (=) Valor do Documento 1.051,12 |
| Instruções COMISSAO DE PERMANENCIA AO DIA R\$ 0,74 | | | | | (-) Descontos/Abatimentos |
| | | | | | (+) Mora/Multa |
| | | | | | (=) Valor Cobrado 1.051,12 |
| Pagador: SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARAO CNPJ: 88.413.661/0001-90 PCA.HERMES PINTOS AFFONSO,S/N CENTRO 96300-000 - JAGUARAO - RS | | | | | Código de Baixa |
| Beneficiário Final | | | | | |

Autenticação Mecânica



NFS-e - NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA

Nº:2020
/146679

Emitida em:
26/10/2020 às 23:14:13

Competência:
26/10/2020

Código de Verificação:
8048888e



INSTITUTO HERMES PARDINI S/A
CPF/CNPJ: 19.378.769/0001-76
RUA DOS AIMORES, 66, Funcionários - Cep: 30140-920
Belo Horizonte
Telefone: (31)3629-4687

Inscrição Municipal: 0344118/001-3
MG
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 Líquido):01-12-2020 - R\$ 1.051,12 PERIODO DE FATURAMENTO: 10/2020. 24/09/2020 A 23/10/2020. 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 / Análises clínicas, patologia, eletricidade medica, radioterapia, quimioterapia, ultra-sonografia, ressonancia magnetica, radiologia, tomografia e congengeres.

Cod/Município da incidência do ISSQN:

3106200 / Belo Horizonte

Natureza da Operação:

Tributação no município

| Valor dos serviços: | R\$ 1.120,00 | Valor dos serviços: | R\$ 1.120,00 |
|--------------------------|---------------------|------------------------------|---------------------|
| (-) Descontos: | R\$ 0,00 | (-) Deduções: | R\$ 0,00 |
| (-) Retenções Federais: | R\$ 68,88 | (-) Desconto Incondicionado: | R\$ 0,00 |
| (-) ISS Retido na Fonte: | R\$ 0,00 | (=) Base de Cálculo: | R\$ 1.120,00 |
| Valor Líquido: | R\$ 1.051,12 | (x) Alíquota: | 3% |
| | | (=) Valor do ISS: | R\$ 33,60 |

Retenções Federais:

PIS: R\$ 7,28 COFINS: R\$ 33,60 IR: R\$ 16,80 CSLL: R\$ 11,20



Prefeitura de Belo Horizonte - Secretaria Municipal de Fazenda
Rua Espírito Santo, 605 - 3º andar - Centro - CEP: 30160-919 - Belo Horizonte MG.
Dúvidas: SIGESP



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 : 20/11/2020 -15:58:34
NSU : 01090114396/00000000865777/030505
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 : 20/11/2020
Período de Apuração : 31/10/2020
Número do CPF ou CNPJ : 88413661000190
Código da Receita : 1708 - IRRF - REMUNER. SERV. PRESTADOS POR PJ
Número de Referência : 000000000000000000
Data do Vencimento : 20/11/2020
Valor do Principal : 16,80
Valor Total : 16,80

Autenticação : 04102359998305052011202000000001680

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

0364533D02BBD741858DAFDAF24452C86168

SAC: 0800 6461515 OUIDORIA: 0800 6442200

**MINISTÉRIO DA FAZENDA**

SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL

Documento de Arrecadação de Receitas Federais

DARF**01** NOME / TELEFONE

SANTA CASA DE CARIDADE DE 53

IRRF

DARF válido para pagamento até 20/11/2020

Domicílio tributário do contribuinte:

JAGUARAO

NÃO RECEBER COM RASURAS

Auto Atendimento Versão 4.79.59.4123 - opção 1 - DLL versão 1.3

| | |
|---|--------------------|
| 02 PERÍODO DE APURAÇÃO | 31/10/2020 |
| 03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ | 88.413.661/0001-90 |
| 04 CÓDIGO DA RECEITA | 1708 |
| 05 NÚMERO DE REFERÊNCIA | |
| 06 DATA DE VENCIMENTO | 20/11/2020 |
| 07 VALOR DO PRINCIPAL | 16,80 |
| 08 VALOR DA MULTA | 0,00 |
| 09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69 | 0,00 |
| 10 VALOR TOTAL | 16,80 |

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

cortar nesta linha

**MINISTÉRIO DA FAZENDA**

SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL

Documento de Arrecadação de Receitas Federais

DARF**01** NOME / TELEFONE

SANTA CASA DE CARIDADE DE 53

IRRF

DARF válido para pagamento até 20/11/2020

Domicílio tributário do contribuinte:

JAGUARAO

NÃO RECEBER COM RASURAS

Auto Atendimento Versão 4.79.59.4123 - opção 1 - DLL versão 1.3

| | |
|---|--------------------|
| 02 PERÍODO DE APURAÇÃO | 31/10/2020 |
| 03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ | 88.413.661/0001-90 |
| 04 CÓDIGO DA RECEITA | 1708 |
| 05 NÚMERO DE REFERÊNCIA | |
| 06 DATA DE VENCIMENTO | 20/11/2020 |
| 07 VALOR DO PRINCIPAL | 16,80 |
| 08 VALOR DA MULTA | 0,00 |
| 09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69 | 0,00 |
| 10 VALOR TOTAL | 16,80 |

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 : 20/11/2020 -15:56:13
NSU : 01090112296/00000000864081/030502
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 : 20/11/2020
Período de Apuração : 31/12/2020
Número do CPF ou CNPJ : 88413661000190
Código da Receita : 5952 - RETENCOES PJ DIREITO PRIVADO
Número de Referência : 0000000000000000
Data do Vencimento : 20/01/2021
Valor do Principal : 52,08
Valor Total : 52,08


Autenticação : 04102359998305022011202000000005208

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

03CE8AFEFA80E83CFB5C9963300827559A46


SAC: 0800 6461515 OUIDORIA: 0800 6442200

Aprovação pela IN/RFB nº 736/2007

| | | |
|---|---|--------------------|
|  <p>MINISTÉRIO DA FAZENDA</p> <p>SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL</p> <p>Documento de Arrecadação de Receitas Federais</p> <p>DARF</p> | 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 |
| 01 NOME / TELEFONE SANTA CASA DE CARIDADE DE 53 | 07 VALOR DO PRINCIPAL | 52,08 |
| <p>IRRF</p> <p>DARF válido para pagamento até 20/01/2021</p> <p>Domicílio tributário do contribuinte: JAGUARAO</p> <p>NÃO RECEBER COM RASURAS</p> <p>Auto Atendimento Versão 4.79.59.4123 - opção 1 - DLL versão 1.3</p> | 08 VALOR DA MULTA | 0,00 |
| | 09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69 | 0,00 |
| | 10 VALOR TOTAL | 52,08 |
| | 11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente 1ª e 2ª vias) | |

cortar nesta linha

Aprovação pela IN/RFB nº 736/2007

| | | |
|---|---|--------------------|
|  <p>MINISTÉRIO DA FAZENDA</p> <p>SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL</p> <p>Documento de Arrecadação de Receitas Federais</p> <p>DARF</p> | 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 |
| 01 NOME / TELEFONE SANTA CASA DE CARIDADE DE 53 | 07 VALOR DO PRINCIPAL | 52,08 |
| <p>IRRF</p> <p>DARF válido para pagamento até 20/01/2021</p> <p>Domicílio tributário do contribuinte: JAGUARAO</p> <p>NÃO RECEBER COM RASURAS</p> <p>Auto Atendimento Versão 4.79.59.4123 - opção 1 - DLL versão 1.3</p> | 08 VALOR DA MULTA | 0,00 |
| | 09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69 | 0,00 |
| | 10 VALOR TOTAL | 52,08 |
| | 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.

**Recibo de Transferência**

Número: 01081766845/00000000455511/000961

Data: 04/11/2020

Hora: 11:11:34

Canal: Office Banking
Data Débito: 04/11/2020
Valor: R\$ 567,00
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: 0959-06.013132.0-6
Nome do Destinatário: MEDILAR IMP DIST MEDIC HOSPITALR
Finalidade: PGTO NF 574191

Atenciosamente

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

03CB45F521F768D7E76A1D39B5C4D1F92C31

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

LANÇADO

| | | |
|---------------------|---|---------------------------------|
| DATA DE RECEBIMENTO | IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR | NF-e N. 000574191 SÉRIE 1 |
|---------------------|---|---------------------------------|

| | | |
|--|---|--|
| Identificação do emitente MEDILAR IMPORT E DISTR DE PRODUTOS MEDICO HOSPITAR ES SA RUA NORBERTO OTTO WILD, 420 IMIGRANTE Cep:96880-000 VERA CRUZ/RS Fone: 555137187600 Fax : 55-51-37187660 medive@medlive.com.br - www.medlive.com.br | DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0-ENTRADA 1 1-SAÍDA 1 N. 000574191 SÉRIE 1 FOLHA 01/02 |  |
| | | CHAVE DE ACESSO DA NF-E 4320 1007 7522 3600 0123 5500 1000 5741 9111 0012 0014 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nf.e.fazenda.gov.br/portal ou no site da SEFAZ Autorizada |

| | |
|--|--|
| NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDAS DE MERC./ VENDA DE MERCADORIA | PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 143200183125679 09/10/2020 09:58:35-03:00 |
|--|--|

| | | |
|---------------------------------|--------------------------------|----------------------------|
| INSCRIÇÃO ESTADUAL 560020579 | INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIB. | CNPJ 07.752.236/0001-23 |
|---------------------------------|--------------------------------|----------------------------|

| | | | | |
|--|------------------------|--------------------------------|--------------------|-------------------------------|
| DESTINATARIO/REMETENTE | | CNPJ/CPF 88.413.661/0001-90 | | DATA DE EMISSÃO 09/10/2020 |
| NOME/RAZÃO SOCIAL CASA CARID. DE JAGUARAO | | BAIRRO/DISTRITO CENTRO | CEP 96300-000 | DATA ENTRADA/SAÍDA |
| ENDEREÇO RUA DR HERMES PINTO AFONSO S,01 | FONE/FAX 5332611088 | UF RS | INSCRIÇÃO ESTADUAL | HORA ENTRADA/SAÍDA |

| | | | |
|-----------------------|----------|--------------------|--------------------|
| MUNICIPIO JAGUARAO | UF RS | INSCRIÇÃO ESTADUAL | HORA ENTRADA/SAÍDA |
|-----------------------|----------|--------------------|--------------------|

CÁLCULO DO IMPOSTO

| | | | | |
|-----------------------------------|-------------------------|--|------------------------------------|------------------------------------|
| BASE DE CÁLCULO DO ICMS 567,00 | VALOR DO ICMS 102,06 | BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00 | VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00 | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 567,00 |
| VALOR DO FRETE 0,00 | VALOR DO SEGURO 0,00 | DESCONTO 0,00 | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00 | VALOR DO IPI 0,00 |
| | | | | VALOR TOTAL DA NOTA 567,00 |

| | | | | | | |
|--|--|-------------------------------|-------------|----------------------------------|----------|--------------------------------|
| TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS | | FRETE POR CONTA 0-EMITENTE | CÓDIGO ANTT | PLACA DO VEÍCULO IZG2E14 | UF RS | CNPJ/CPF 92.189.596/0001-38 |
| RAZÃO SOCIAL TRANSPORTADORA FONSECA JUNIOR LTDA - EPP | | MUNICIPIO PELOTAS | UF RS | INSCRIÇÃO ESTADUAL 0930180631 | | |
| ENDEREÇO RUA GARIBALDI, N 660 | | | | | | |

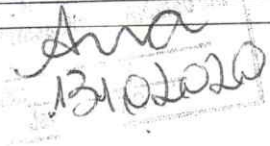
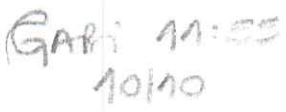
| | | | | | |
|------------|-------------------|-------|-----------|---------------------|-----------------------|
| QUANTIDADE | ESPECIE VOLUME | MARCA | NUMERAÇÃO | PESO BRUTO 2,000 | PESO LIQUIDO 2,000 |
|------------|-------------------|-------|-----------|---------------------|-----------------------|

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO

| OD. PROD | DESCRIÇÃO DO PROD./SERV. | NCM/SH | CST | CFOP | UN | QUANT. | VUNITARIO | VTOTAL | BC.ICMS | VICMS | V.IPI | A.ICMS | A.IPI |
|----------|---|----------|-----|------|----|--------|-----------|--------|---------|-------|-------|--------|-------|
| 5682 | TRAMADOL 100MG/2ML 2ML 100 AMP IM/IV GEN HIPOLABOR (A2) LOTE: AW-001/20 - DT.VALID: 31/01/2022 Resolucao do Senado Federal n° 13/12, Numero da FCI 7DE8886D-1B7E-475C-A871 -1E2CE7A49E87. - COD.PROD.FABR.: 4587 - REG. M. S.: 1134301560044 - FABR ICANTE: HIPOLABOR FARMACEUTICA LTDA | 30039049 | 500 | 5102 | AM | 100,00 | 1,32000 | 132,00 | 132,00 | 23,76 | 0,00 | 18,00% | 0,00% |
| 04089 | ONDANSETRONA 4MG 2ML 50 AMP GEN HYPOFA RMA LOTE: 20060499 - DT.VALID: 30/06/2022 - COD.PROD.FABR.: 4101.216 - REG. M . S.: 1038700580045 - FABRICANTE: HYP OFARMA INST. HYPODERMIA E FARM. LTDA | 30039079 | 000 | 5102 | AM | 200,00 | 1,27000 | 254,00 | 254,00 | 45,72 | 0,00 | 18,00% | 0,00% |
| 02044 | DIPIRONA 500MG/ML 02ML 100 AMP IM/IV F ARMA MACE DIPIFARMA LOTE: DP20F285 - DT.VALID: 30/06/2022 - COD.PROD.FABR.: 1.128.02 - REG. M . S.: 1108500180048 - FABRICANTE: FAR MACE IND. QUIMICO FARM. CEARENSE LTDA | 30039099 | 000 | 5102 | AM | 200,00 | 0,53000 | 106,00 | 106,00 | 19,08 | 0,00 | 18,00% | 0,00% |

| | | | |
|------------------|--------------------------|--------------------------|----------------|
| CÁLCULO DO ISSQN | VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS | BASE DE CÁLCULO DO ISSQN | VALOR DO ISSQN |
|------------------|--------------------------|--------------------------|----------------|

DADOS ADICIONAIS

| | |
|---|--|
| INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Protocolo: 143200183125679 Vendedor: FRANCIELI MACHADO Pedido(s): 321600 Valor Aproximado dos Tributos: R\$ 131.16 (23.13%). Fonte: IBPT. | RESERVADO AO FISCO   |
|---|--|

Prezado Cliente,
 Para que o recebimento do seu pedido ocorra sem nenhum transtorno, a Medilar solicita que:
 - A mercadoria seja conferida no ato da entrega e qualquer divergencia e/ou avaria seja descrita no verso do conhecimento de frete.
 - Divergencias referentes ao pedido deverao ser comunicadas ao SAC da Medilar (51-37187640) em ate 24h apos o recebimento do pedido.

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

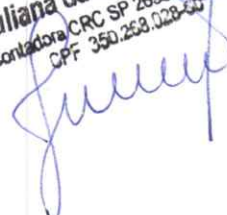
6- ASSINATURA DO RESPONSÁVEL:

7- VALOR DA SUBVENÇÃO RECEBIDA: R\$ 27.000,00
(VINTE E SETE MIL REAIS)

8- DATA DO RECEBIMENTO DA SUBVENÇÃO: 05/11/2020



Juliana da S. Figueiredo
Contadora CRC SP 289268/O-2 RS
CPF 350.258.028-53



PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARÃO

PRESTAÇÃO DE CONTAS

PLANO OPERATIVO - OUTUBRO /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 | 27.000,01 |
| TRANSPORTADOS | 89,85 | A TRANSPORTAR | 89,84 |
| TOTAL | 27.089,85 | | 27.089,85 |

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARÃO

PRESTAÇÃO DE CONTAS

ANEXO III

| 1.4 | 1.5 | 1.6 | 1.7 |
|-----------|---------|---|-----------|
| DOCUMENTO | | FAVORECIDO | VALOR R\$ |
| NF 89 | 06/1/20 | CLINICA DE FISIOTERAPIA E PEDIATRIA LTDA. | 16.549,00 |
| NF 35 | 10/1/20 | JORGE DAMIAN | 9.581,00 |
| NF 26 | 06/1/20 | LIANE | 871,00 |
| TOTAL | | | 27.001,00 |

**Recibo de Transferência**

Número: 01083610128/00000000005218/008328

Data: 06/11/2020

Hora: 16:24:51

Canal: Office Banking
Data Débito: 06/11/2020
Valor: R\$ 16.549,00
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 OUT 2020

Atenciosamente

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

03CFCF0DB935DA345603D5F01ACB6BDD9429

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



Número da NFS-e

202000000000089

Data do Serviço

06/11/2020

Código Verificador

129c5bf5d

CNPJ / CPF **Inscrição Estadual** **Inscrição Municipal**
 08.040.063/0001-83 **** 359559

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARÃO/RS

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

Dt. de Emissão

06/11/2020

Exigibilidade ISS

Exigível

Tributado no Município

Jaguarão/RS

TOMADOR DO SERVIÇO

Município de Prestação do Serviço

Nome / Razão Social

SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARAO

Jaguarão/RS

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

INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO

Nome / Razão Social

CNPJ / CPF

Inscrição Municipal

E-mail

Fone

Cidade

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

VALOR TOTAL

ALIQ.

VALOR IMPOSTO

RETIDO

ref 10/2020

16.549,00

3,00

496,47

Não

Código do Serviço

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

Código NBS

CIDE

0,00

COFINS

0,00

COFINS Importação

0,00

ICMS

0,00

IOF

0,00

IPF

0,00

PIS/PASEP

0,00

PIS/PASEP Importação

0,00

Base Cálculo ISSQN Próprio

16.549,00

Valor do ISSQN Próprio

496,47

Base Cálculo ISSQN Retido

0,00

Valor do ISSQN Retido

0,00

Valor Total do ISSQN

496,47

Valor Dedução/Descontos

0,00

Valor Total da NFS-e

16.549,00

Valor Líquido da NFS-e

16.549,00

Informações Adicionais

Lei 12741/2012: Mun: R\$345,87; Est: R\$0,00; Fed: R\$2225,84; Total Aprox: R\$2571,71. Fonte: IBPT.



Consulta realizada em 06/11/2020 às 15:20:31.

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



202000000000089129c5bf5d08040063000183

Recebi(emos) de

CLINICA DE FISIOTERAPIA E PEDIATRIA LTDA

os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado.

202000000000089

Número da NFS-e

Competência

06/11/2020

NFS-e

129c5bf5d

Número de Controle do Município

Consulta realizada em 06/11/2020 às 15:20:31.

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

**Recibo de Transferência**

Número: 01085676706/00000000722776/015333

Data: 10/11/2020

Hora: 15:12:31

Canal: Office Banking
Data Débito: 10/11/2020
Valor: R\$ 9.581,00
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 OUT 20

Atenciosamente

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

0326B12B3CCFA9A51ADFEE65AE2DACB94058

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

LANÇADO

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



Número da NFS-e
202000000000035

CNPJ / CPF **Inscrição Estadual** **Inscrição Municipal**
 30.254.123/0001-10 **** 362024

Data do Serviço Código Verificador
10/11/2020 **b059e28d9**

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARÃO/RS

Secretaria Municipal da Fazenda

Fone: (53) 3261-1999 - sistemas.jaguarao.rs.gov.br/NFSe.Portal

Dt. de Emissão

10/11/2020

Exigibilidade ISS

Exigível

Tributado no Município

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.10.2020 PEDIATRIA

9.581,00

0,00

0,00

Não

Código do Serviço

04.01 - Medicina e biomedicina.

Código NBS

CIDE

0,00

COFINS

0,00

COFINS Importação

0,00

ICMS

0,00

IOF

0,00

IPI

0,00

PIS/PASEP

0,00

PIS/PASEP Importação

0,00

Base Cálculo ISSQN Próprio

9.581,00

Valor do ISSQN Próprio

0,00

Base Cálculo ISSQN Retido

0,00

Valor do ISSQN Retido

0,00

Valor Total do ISSQN

0,00

Valor Dedução/Descontos

0,00

Valor Total da NFS-e

9.581,00

Valor Líquido da NFS-e

9.581,00

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\$200,24; Est: R\$0,00; Fed: R\$1288,64; Total Aprox: R\$1488,88. Fonte: IBPT.



Consulta realizada em 10/11/2020 às 14:27:47.

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



202000000000035b059e28d930254123000110

Recebi(emos) de

JORGE DAMIAN FONSECA MAUCIONE

os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado.

202000000000035

Número da NFS-e

Competência

10/11/2020

NFS-e

b059e28d9

Número de Controle do Município

Consulta realizada em 10/11/2020 às 14:27:47.

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

**Recibo de Transferência**

Número: 01083604261/00000000000861/008315

Data: 06/11/2020

Hora: 16:19:58

Canal: Office Banking
Data Débito: 06/11/2020
Valor: R\$ 871,00
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 LIANNE PEDIATRIA OUT 20

Atenciosamente

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

036145870FCEB805DE8483B10D93FF9ED725

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

LANÇADO



PREFEITURA MUNICIPAL DE HERVAL

NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NF-E

NÚMERO DA NOTA

26

DATA E HORA DE EMISSÃO

06/11/2020 15:33

CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO

JVHP-YNAP

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 CÁLCULO (R\$) | ISS RETIDO (R\$) | ISS (R\$) |
|--------|---|--------------|-----------------------|------------------|-----------|
| 668 | ATIVIDADES DE ATENDIMENTOS EM PRONTO-SOCORRO E UNIDADES HOSPITALARES PARA ATENDIMENTO A URGÊNCIAS | 4,00 | 871,00 | 0,00 | 34,84 |

DISCRIMINAÇÃO

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

DISCRIMINAÇÃO DA NOTA

SERVIÇOS MÉDICOS EM PEDIATRIA OUTUBRO/2020

OBSERVAÇÕES DA NOTA

SERVIÇOS MÉDICOS EM PEDIATRIA OUTUBRO/2020

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 871,00

VALOR LÍQUIDO DA NOTA = R\$ 871,00

| VALOR TOTAL DAS DEDUÇÕES (R\$) | BASE DE CÁLCULO (R\$) | ISSQN RETIDO (R\$) | VALOR DO ISS (R\$) |
|--------------------------------|-----------------------|--------------------|--------------------|
| 0,00 | 871,00 | 0,00 | 34,84 |

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 SN

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: 05/11/2020

Juliana da S. Figueiredo
Contadora CRC SP 269968/O-2 RS
CPF 360.268.028-60

21


PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARÃO

PRESTAÇÃO DE CONTAS

PLANO OPERATIVO - OUTUBRO/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 | 06/11/20 | NEREU J. E. ARAUJO | 2.000,00 |
| TOTAL | | | 2.000,00 |

**Recibo de Transferência**

Número: 01083625340/00000000016324/008365

Data: 06/11/2020

Hora: 16:37:43

Canal: Office Banking
Data Débito: 06/11/2020
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 DE UTERO OUT 20

Atenciosamente

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

03928A3A3B7B702DAB44457FAFD6C0D81126

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

A large, handwritten checkmark in the right margin of the document.


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

CC: PRONTO SOCORRO
Mensalista

Folha Mensal
Outubro de 2020

| | | | | |
|--------|--|-----------|--------------|--------|
| Código | Nome do Funcionário | CBO | Departamento | Filial |
| 5 | NEREU JOAQUIM EUGENIO ARAUJO MEDICO | 225125 | 16 | 1 |
| | | Admissão: | 01/03/2006 | |

| Código | Descrição | Referência | Vencimentos | Descontos |
|--------|------------------------------|------------|-------------|-----------|
| 212 | PGTO OBSTETRA SALA DE PARTO | 17.919,34 | 17.919,34 | |
| 213 | PROGRAMA PREV. COLO DO ÚTERO | 2.000,00 | 2.000,00 | |
| 858 | INSS AUTONOMO | 20,00 | | 1.220,21 |
| 857 | IRRF AUTONOMO | 27,50 | | 4.272,90 |

| | | |
|---|---|--------------------|
| Matrícula INSS: | Total de Vencimentos | Total de Descontos |
| BANRISUL 41 | 19.919,34 | 5.493,11 |
| conta corrente: 35012818-04 Agência: 0235 - 23 | Valor Líquido  | 14.426,23 |

| | | | | | |
|--------------|------------------|------------------|-------------|------------------|------------|
| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Cálcl. FGTS | FGTS do Mês | Base Cálcl. IRRF | Faixa IRRF |
| 0,00 | 6.101,06 | 0,00 | 0,00 | 18.699,13 | 27,50 |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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\$ 37.000,00
(TRINTA E SETE MIL REAIS)

8- DATA DO RECEBIMENTO DA SUBVENÇÃO: 05/11/2020



Juliana da S. Figueiredo
Contadora CRC SP 269868/O-2 RS
CPF 350.258.028-00



PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARÃO

PRESTAÇÃO DE CONTAS

PLANO OPERATIVO - OUTUBRO/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 | 37.000,00 | PROGRAMA PACIENTES INTERNADOS- CIRURGIAS | 37.000,01 |
| A PORTE STA CASA | 2.000,01 | A PORTE STA CASA | 2.000,00 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| TOTAL | 39.000,01 | | 39.000,01 |

39.000,00

39.000,00

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARÃO

PRESTAÇÃO DE CONTAS

ANEXO III

| 1.4 | 1.5 | 1.6 | 1.7 |
|-----------|----------|-----------------------------|-----------|
| DOCUMENTO | | FAVORECIDO | |
| NF 193 | 10/11/20 | FERNANDES & STEIMBRUCH LTDA | 24.726,50 |
| NF 5 | 10/11/20 | KENIA CABRERA | 1.742,00 |
| NF 5 | 10/11/20 | FROMETA E BALGA LTDA | 6.532,50 |
| TOTAL | | | 33.001,00 |

AUX.CIRURGICO

| 1.4 | 1.5 | 1.6 | 1.7 |
|-----------|---------|----------------------|-----------|
| DOCUMENTO | DATA | FAVORECIDO | VALOR R\$ |
| NF 43 | 11/1/20 | FROMETA E BALGA LTDA | 1.800,00 |
| | | | |
| TOTAL | | | 1.800,00 |

CIRURGIAS ELETIVAS

| 1.4 | 1.5 | 1.6 | 1.7 |
|-----------|----------|--------------------------------|-----------|
| DOCUMENTO | DATA | FAVORECIDO | VALOR R\$ |
| NF 194 | 10/11/20 | FERNANDES & STEIMBRUCH LTDA | 4.200,00 |
| | | | |
| TOTAL | | | 4.200,00 |

AVALIACOES CIRURGICAS

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

**Recibo de Transferência**

Número: 01085207979/00000000378381/013286

Data: 10/11/2020

Hora: 09:14:16

Canal: Office Banking
Data Débito: 10/11/2020
Valor: 24.726,50
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: 16741-0
Correntista de Crédito: 400.387.420-04 - MARCELO STEIMBRUCH
Finalidade: 00004 - PAGAMENTO DE SALARIOS
Identificador: PGTO PLANT CIRUR OUT 20

Atenciosamente

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

03FF18E3FEF024CD0205F8EF724BBF07E617

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



Número da NFS-e

20200000000193

Data do Serviço

Código Verificador

09/11/2020

712b926ca

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

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

09/11/2020

Exigível

Jaguarão/RS

TOMADOR DO SERVIÇO

Município de Prestação 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

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 Outubro de 2020 - Plantão Cirúrgico.

24.726,50

0,00

0,00

Não

Código do Serviço

04.01 - Medicina e biomedicina.

Código NBS

CIDE

0,00

COFINS

0,00

COFINS Importação

0,00

ICMS

0,00

IOF

0,00

IPI

0,00

PIS/PASEP

0,00

PIS/PASEP Importação

0,00

Base Cálculo ISSQN Próprio

24.726,50

Valor do ISSQN Próprio

0,00

Base Cálculo ISSQN Retido

0,00

Valor do ISSQN Retido

0,00

Valor Total do ISSQN

0,00

Valor Dedução/Descontos

0,00

Valor Total da NFS-e

24.726,50

Valor Líquido da NFS-e

24.726,50

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\$516,78; Est: R\$0,00; Fed: R\$3325,71; Total Aprox: R\$3842,49. Fonte: IBPT.



Consulta realizada em 09/11/2020 às 16:33:33.

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



20200000000193712b926ca07279563000100

Recebi(emos) de

FERNANDES & STEIMBRUCH SERVIÇOS MÉDICOS LTDA

os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado.

20200000000193

Número da NFS-e

Competência

09/11/2020

NFS-e

712b926ca

Número de Controle do Município

Consulta realizada em 09/11/2020 às 16:33:33.

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

**Recibo de Transferência**

Número: 01085855382/00000000845417/015731

Data: 10/11/2020

Hora: 17:32:23

Canal: Office Banking
Data Débito: 10/11/2020
Valor: R\$ 6.532,50
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: 0235-35.047717.0-5
Nome do Destinatário: CLARA ILEANA PORRO BALGA
Finalidade: PGTO PLANT CIRUR OUT 20

Atenciosamente

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

0357F06DB0DC67C6F2B93102AEA9A53B7E75

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

LANCADO

A large, handwritten checkmark in blue ink, located in the lower right quadrant of the page.

**Recibo de Transferência**

Número: 01085857936/00000000847115/015751

Data: 10/11/2020

Hora: 17:34:49

Canal: Office Banking
Data Débito: 10/11/2020
Valor: R\$ 1.742,00
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: 0235-35.047717.0-5
Nome do Destinatário: CLARA ILEANA PORRO BALGA
Finalidade: PGTO PLANT CIRURG KENIA OUT 20

Atenciosamente

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

037A02609123702A200220A73C51A80A4E48

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



Número da NFS-e

202000000000041

Data do Serviço

10/11/2020

Código Verificador

a99bcf538

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

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARÃO/RS

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

Dt. de Emissão

10/11/2020

Exigibilidade
ISS

Exigível

Tributado no Município

Jaguarão/RS

TOMADOR DO SERVIÇO

Município de Prestação do Serviço

Nome / Razão Social

SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARAO

Jaguarão/RS

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

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.10.2020 PLANTAO CIRURGICO

8.274,50

3,00

248,24

Não

Código do Serviço

04.01 - Medicina e biomedicina.

Código NBS

CIDE

0,00

COFINS

0,00

COFINS Importação

0,00

ICMS

0,00

IOF

0,00

IPI

0,00

PIS/PASEP

0,00

PIS/PASEP Importação

0,00

Base Cálculo ISSQN Próprio

8.274,50

Valor do ISSQN Próprio

248,24

Base Cálculo ISSQN Retido

0,00

Valor do ISSQN Retido

0,00

Valor Total do ISSQN

248,24

Valor Dedução/Descontos

0,00

Valor Total da NFS-e

8.274,50

Valor Líquido da NFS-e

8.274,50

Informações Adicionais

Lei 12741/2012: Mun: R\$172,94; Est: R\$0,00; Fed: R\$1112,92; Total Aprox: R\$1285,86. Fonte: IBPT.



Consulta realizada em 10/11/2020 às 14:10:54.

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



202000000000041a99bcf53836584435000178

Recebi(emos) de

FROMETA E BALGA LTDA.

os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado.

202000000000041

Número da NFS-e

Competência

10/11/2020

NFS-e

a99bcf538

Número de Controle do Município

Consulta realizada em 10/11/2020 às 14:10:54.

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

**Recibo de Transferência**

Número: 01085210692/00000000380628/013295

Data: 10/11/2020

Hora: 09:16:28

Canal: Office Banking
Data Débito: 10/11/2020
Valor: 4.200,00
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: 16741-0
Correntista de Crédito: 400.387.420-04 - MARCELO STEIMBRUCH
Finalidade: 00004 - PAGAMENTO DE SALARIOS
Identificador: PGTO CIRUR ELET OUT 20

Atenciosamente

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

03598292698290E6F8BD9498715D200EB906

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



Número da NFS-e

202000000000194

Data do Serviço
09/11/2020

Código Verificador
e868b3ea8

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

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARÃO/RS
 Secretaria Municipal da Fazenda

Fone: (53) 3261-1999 - sistemas.jaguarao.rs.gov.br/NFSe.Portal

Dt. de Emissão

09/11/2020

Exigibilidade ISS

Exigível

Tributado no Município

Jaguarão/RS

TOMADOR DO SERVIÇO

Município de Prestação do Serviço

Nome / Razão Social
SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARAO

Endereço
RUA DR. HERMES P. AFFONSO,0

Cidade
Jaguarão

Bairro UF Fone CEP
CENTRO RS (53) 3261-1088 96300-000

CNPJ / CPF Inscrição Municipal Inscrição Estadual
88.413.661/0001-90 3072

E-mail
santacasajaguarao_financeiro@hotmail.com

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 Outubro de 2020. - Cirurgias Eletivas.

4.200,00

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
 4.200,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

Valor Total da NFS-e 4.200,00 Valor Líquido da NFS-e 4.200,00

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\$87,78; Est: R\$0,00; Fed: R\$564,90; Total Aprox: R\$652,68. Fonte: IBPT.



Consulta realizada em 09/11/2020 às 16:36:08.

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



202000000000194e868b3ea807279563000100

Recebi(emos) de

FERNANDES & STEIMBRUCH SERVIÇOS MÉDICOS LTDA

os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado.

202000000000194
Número da NFS-e

Competência
09/11/2020

NFS-e
e868b3ea8

Número de Controle do Município

Consulta realizada em 09/11/2020 às 16:36:08.

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

**Recibo de Transferência**

Número: 01086223211/00000000197027/016969

Data: 11/11/2020

Hora: 12:08:02

Canal: Office Banking
Data Débito: 11/11/2020
Valor: R\$ 1.500,00
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: 0235-35.047717.0-5
Nome do Destinatário: CLARA ILEANA PORRO BALGA
Finalidade: PGTO AUX CIRURGICO OUT 20

Atenciosamente

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

032BE8696C448B015586A5AADC0B8B80F180

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

LANÇADO

**Recibo de Transferência**

Número: 01086222121/00000000196102/016963

Data: 11/11/2020

Hora: 12:06:02

Canal: Office Banking
Data Débito: 11/11/2020
Valor: R\$ 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: 0235-35.047718.0-2
Nome do Destinatário: YUNIER FROMETA FROMETA
Finalidade: PGTO AUX CIRURGICO OUT 20

Atenciosamente

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

033C27E2EDA54DD99CAAF5BB3DC602652679

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



Número da NFS-e

20200000000043

Data do Serviço

10/11/2020

Código Verificador

7619cb95d

CNPJ / CPF
 36.584.435/0001-78

Inscrição Estadual *****
Inscrição Municipal 362889

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARÃO/RS

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

Dt. de Emissão

10/11/2020

Exigibilidade ISS

Exigível

Tributado no Município

Jaguarão/RS

TOMADOR DO SERVIÇO

Município de Prestação do Serviço

Jaguarão/RS

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

INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO

Nome / Razão Social

CNPJ / CPF

Inscrição Municipal

Fone

Cidade

E-mail

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

VALOR TOTAL

ALIQ.

VALOR IMPOSTO

RETIDO

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS PLANO OPERATIVO COMP.10.2020 AUX.CIRURGICO

1.800,00

3,00

54,00

Não

Código do Serviço

04.01 - Medicina e biomedicina.

Código NBS

CIDE

0,00

COFINS

0,00

COFINS Importação

0,00

ICMS

0,00

IOF

0,00

IPI

0,00

PIS/PASEP

0,00

PIS/PASEP Importação

0,00

Base Cálculo ISSQN Próprio

1.800,00

Valor do ISSQN Próprio

54,00

Base Cálculo ISSQN Retido

0,00

Valor do ISSQN Retido

0,00

Valor Total do ISSQN

54,00

Valor Dedução/Descontos

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\$37,62; Est: R\$0,00; Fed: R\$242,10; Total Aprox: R\$279,72. Fonte: IBPT.



Consulta realizada em 10/11/2020 às 14:13:12.

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



202000000000437619cb95d36584435000178

Recebi(emos) de

FROMETA E BALGA LTDA.

os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado.

20200000000043

Número da NFS-e

Competência

10/11/2020

NFS-e

7619cb95d

Número de Controle do Município

Consulta realizada em 10/11/2020 às 14:13:12.

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\$ 18.000,00
(DEZOITO MIL REAIS)

8- DATA DO RECEBIMENTO DA SUBVENÇÃO:



05/11/2020
Juliana da S. Figueiredo
Contadora CRC SP 269868/O-2 RS
CPF 350.263.123-44



PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARÃO

PRESTAÇÃO DE CONTAS

PLANO OPERATIVO - OUTUBRO/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 151 | 10/1/20 | SERGIO BURCH | 18.000,00 |
| | | | |
| TOTAL | | | 18.000,00 |

**Recibo de Transferência**

Número: 01085197039/00000000369290/013244

Data: 10/11/2020

Hora: 09:05:20

Canal: Office Banking
Data Débito: 10/11/2020
Valor: R\$ 18.000,00
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: 0235-35.014799.0-6
Nome do Destinatário: SERGIO SOUZA BURCH
Finalidade: PGTO CLINICA MEDICA OUT 20

Atenciosamente

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

03AB251037DFFA4FC92946739B505E848938

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



Número da NFS-e

202000000000151

Data do Serviço

06/11/2020

Código Verificador

9284cbb86

CNPJ / CPF

17.800.523/0001-15

Inscrição Estadual

Inscrição Municipal

11715

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARÃO/RS

Secretaria Municipal da Fazenda

Fone: (53) 3261-1999 - sistemas.jaguarao.rs.gov.br/NFSe.Portal

Dt. de Emissão

06/11/2020

Exigibilidade ISS

Exigível

Tributado no Município

Jaguarão/RS

TOMADOR DO SERVIÇO

Nome / Razão Social

SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARAO

Endereço

RUA DR. HERMES P. AFFONSO,0

Cidade

Jaguarão

Bairro

CENTRO

CNPJ / CPF

88.413.661/0001-90

E-mail

santacasajaguarao_financeiro@hotmail.com

UF

RS

Fone

(53) 3261-1088

CEP

96300-000

Inscrição Municipal

3072

Inscrição Estadual

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 médica no mês de outubro/20

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

0,00

COFINS

0,00

COFINS Importação

0,00

ICMS

0,00

IPI

0,00

PIS/PASEP

0,00

PIS/PASEP Importação

0,00

Base Cálculo ISSQN Próprio

18.000,00

Valor do ISSQN Próprio

540,00

Base Cálculo ISSQN Retido

0,00

Valor do ISSQN Retido

0,00

Valor Total do ISSQN

540,00

Valor Dedução/Descontos

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 06/11/2020 às 09:29:48.

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



2020000000001519284cbb8617800523000115

Recebi(emos) de

S S BURCH - EPP

os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado.

202000000000151

Número da NFS-e

Competência

06/11/2020

NFS-e

9284cbb86

Número de Controle do Município

Consulta realizada em 06/11/2020 às 09:29:48.

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\$ 15.000,00
(QUINZE MIL REAIS)

8- DATA DO RECEBIMENTO DA SUBVENÇÃO: 05/11/2020


Juliana da S. Figueiredo
Contadora CRC SP 269868/O-2 RS
CPF 350.262.022-60


PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARÃO

PRESTAÇÃO DE CONTAS

PLANO OPERATIVO - OUTUBRO /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 98 | 10/11/20 | TRAUMA CLIN. DE TRAUMATO ORTOPEDIA | 15.000,00 |
| | | | |
| TOTAL | | | 15.000,00 |

**Recibo de Transferência**

Número: 01085223703/00000000391215/013356

Data: 10/11/2020

Hora: 09:26:46

Canal: Office Banking
Data Débito: 10/11/2020
Valor: R\$ 15.000,00
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: 0235-06.025623.0-7
Nome do Destinatário: TRAUMA CLINICA DE TRAUM ORTOP LTDA
Finalidade: PGTO TRAUMATOLOGIA OUT 20

Atenciosamente

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

035AA46F4CC6FA9CF34D92BCD9DABB9C2843

SAC: 0800 6461515 OUIDORIA: 0800 6442200


LANÇADO

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



Número da NFS-e

20200000000098

Data do Serviço

09/11/2020

Código Verificador

b87ce3347

CNPJ / CPF 00.705.064/0001-98
Inscrição Estadual ****
Inscrição Municipal 361455

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARÃO/RS

Secretaria Municipal da Fazenda

Fone: (53) 3261-1999 - sistemas.jaguarao.rs.gov.br/NFSe.Portal

Dt. de Emissão

09/11/2020

Exigibilidade ISS

Exigível

Tributado no Município

Jaguarão/RS

TOMADOR DO SERVIÇO

Município de Prestação 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

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 Outubro de 2020. - Traumatologia.

15.000,00

3,00

450,00

Não

Código do Serviço

04.01 - Medicina e biomedicina.

Código NBS

CIDE

0,00

COFINS

0,00

COFINS Importação

0,00

ICMS

0,00

IOF

0,00

IPI

0,00

PIS/PASEP

0,00

PIS/PASEP Importação

0,00

Base Cálculo ISSQN Próprio

15.000,00

Valor do ISSQN Próprio

450,00

Base Cálculo ISSQN Retido

0,00

Valor do ISSQN Retido

0,00

Valor Total do ISSQN

450,00

Valor Dedução/Descontos

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 09/11/2020 às 16:37:50.

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



202000000000098b87ce334700705064000198

Recebi(emos) de

TRAUMA CLINICA DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA LTDA - ME

os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado.

202000000000098

Número da NFS-e

Competência

09/11/2020

NFS-e

b87ce3347

Número de Controle do Município

Consulta realizada em 09/11/2020 às 16:37:50.

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