PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARÃO

PRESTAÇÃO DE CONTAS

ANEXO I

IDENTIFICAÇÃO:

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

2- CNPJ: 88.413.661/0001-90

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

4- NOME DO RESPONSÁVEL: LUISIANE PEREIRA COSTA PINTO.

5- CPF: 002.839.120.-90

6- ASSINATURA DO RESPONSÁVEL:

Luisiane P. Costa Pinto
Gestora Presidente
Santa Casa de Caridade de Jaguarão

7 - VALOR DA SUBVENÇÃO RECEBIDA: R$ 30.000,00
(TRINTA MIL REAIS)

8- DATA DO RECEBIMENTO DA SUBVENÇÃO: 05/11/2024

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARÃO

PRESTAÇÃO DE CONTAS

PLANO OPERATIVO / OUTUBRO 2024.

ANEXO II

| 1- RECEITA | | 2- DESPESA | |
|---|---|---|---|
| 1.1 DISCRIMINAÇÃO | 1.2 VALOR R$ | 2.1 DISCRIMINAÇÃO | 2.2 VALOR R$ |
| PROGRAMA AÇÕES EM SAUDE | 30.000,00 | PROGRAMA AÇÕES EM SAUDE | 16.557,20 |
| TRANSPORTADO | 146.169,92 | A TRANSPORTAR | 159.612,72 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| TOTAL | 176.169,92 | | 176.169,92 |

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARÃO

PRESTAÇÃO DE CONTAS

ANEXO III

| 1.4 | 1.5 | 1.6 | 1.7 |
|---|---|---|---|
| DOCUMENTO | DATA | FAVORECIDO | VALOR R$ |
| NF 279 | 08/11/24 | CLINICA DE CARDIOLOGIA | 5.000,00 |
| NF 172 | 08/11/24 | RENATA JACCOTTET | 6.757,20 |
| RPA | 08/11/24 | GUSTAVO GOMES EKO | 1.200,00 |
| RPA | 08/11/24 | FANNY MARTINEZ ACOSTA | 1.200,00 |
| RPA | 08/11/24 | ZILMARA DOS SANTOS LUIS | 600,00 |
| RPA | 08/11/24 | ROSANGELA SANTOS SOARES | 600,00 |
| RPA | 08/11/24 | MAYARA GARCIA DIAS | 1.200,00 |
| TOTAL | | | 16.557,20 |

banrisul

**Recibo de Transferência**

Número: 01615733575/00000000909589/342996
Data: 08/11/2024
Hora: 13:33:03

| | |
|---|---|
| Canal: | Office Banking |
| Data Débito: | 08/11/2024 |
| Valor: | R$ 1.200,00 |
| 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: | 0235-35.051149.0-2 |
| Nome do Destinatário: | MAYARA GARCIA DIAS |
| Finalidade: | PGTO ACOES EM SAUDE OUT 2024 |

Atenciosamente

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

03DF168B5E9F18DC3E9A0570F92237DB0F66

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

Toda transação está sujeita à análise de fraude, podendo levar alguns minutos até ser efetivada ou, eventualmente, ser cancelada pelo Banrisul. Mantenha seus contatos atualizados.

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

CC: GERAL
Mensalista

Folha Mensal
Outubro de 2024

| Código | Nome do Funcionário | CBO | Departamento | Filial |
|---|---|---|---|---|
| 49 | MAYARA GARCIA DIAS<br>MEDICO | 225125<br>Admissão: | 21 | 1<br>01/08/2024 |

| Código | Descrição | Referência | Vencimentos | Descontos |
|---|---|---|---|---|
| 214 | OUTROS SERVIÇOS PROFISSIONAIS | 1.500,00 | 1.500,00 | |
| 858 | INSS AUTONOMO | 20,00 | | 300,00 |

Matrícula INSS:

| Total de Vencimentos | Total de Descontos |
|---|---|
| 1.500,00 | 300,00 |
| Valor Líquido ⇨ | 1.200,00 |

| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Cálc. FGTS | F.G.T.S do Mês | Base Cálc. IRRF | Faixa IRRF |
|---|---|---|---|---|---|
| 0,00 | 1.500,00 | 0,00 | 0,00 | 935,20 | 0,00 |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data ___/___/___

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

CC: GERAL
Mensalista

Folha Mensal
Outubro de 2024

| Código | Nome do Funcionário | CBO | Departamento | Filial |
|---|---|---|---|---|
| 49 | MAYARA GARCIA DIAS<br>MEDICO | 225125<br>Admissão: | 21 | 1<br>01/08/2024 |

| Código | Descrição | Referência | Vencimentos | Descontos |
|---|---|---|---|---|
| 214 | OUTROS SERVIÇOS PROFISSIONAIS | 1.500,00 | 1.500,00 | |
| 858 | INSS AUTONOMO | 20,00 | | 300,00 |

Matrícula INSS:

| Total de Vencimentos | Total de Descontos |
|---|---|
| 1.500,00 | 300,00 |
| Valor Líquido ⇨ | 1.200,00 |

| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Cálc. FGTS | F.G.T.S do Mês | Base Cálc. IRRF | Faixa IRRF |
|---|---|---|---|---|---|
| 0,00 | 1.500,00 | 0,00 | 0,00 | 935,20 | 0,00 |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data ___/___/___

banrisul

**Recibo de Transferência**

Número: 01615732538/00000000906650/342990
Data: 08/11/2024
Hora: 13:31:13

| | |
|---|---|
| Canal: | Office Banking |
| Data Débito: | 08/11/2024 |
| Valor: | R$ 600,00 |
| Tipo: | Transferência de valor entre contas Banrisul |
| Conta do Remetente: | 0235-06.025232.0-4 |
| Nome do Remetente: | SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO |
| Conta do Destinatário: | 0235-35.017588.0-5 |
| Nome do Destinatário: | ROSANGELA SANTOS SOARES |
| Finalidade: | PGTO ACOES EM SAUDE OUT 2024 |

Atenciosamente

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

0362B55113960937E19042D95E41A094C489

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

Toda transação está sujeita à análise de fraude, podendo levar alguns minutos até ser efetivada ou, eventualmente, ser cancelada pelo Banrisul. Mantenha seus contatos atualizados.

SANTA CASA DE CARIDADE D JAGUARÃO
CNPJ: 88.413.661/0001-90 CC: GERAL Folha Mensal
Mensalista Outubro de 2024

| Código | Nome do Funcionário | CBO | Departamento | Filial |
|---|---|---|---|---|
| 41 | ROSANGELA SANTOS SOARES | 225125 | 21 | 1 |
| | MEDICO | Admissão: | 01/11/2023 | |

| Código | Descrição | Referência | Vencimentos | Descontos |
|---|---|---|---|---|
| 214 | OUTROS SERVIÇOS PROFISSIONAIS | 750,00 | 750,00 | |
| 858 | INSS AUTONOMO | 20,00 | | 150,00 |

Matrícula INSS:

| Total de Vencimentos | Total de Descontos |
|---|---|
| 750,00 | 150,00 |
| Valor Líquido ⇨ | 600,00 |

| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Cálc. FGTS | F.G.T.S do Mês | Base Cálc. IRRF | Faixa IRRF |
|---|---|---|---|---|---|
| 0,00 | 750,00 | 0,00 | 0,00 | 185,20 | 0,00 |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data ___/___/___

SANTA CASA DE CARIDADE D JAGUARÃO
CNPJ: 88.413.661/0001-90 CC: GERAL Folha Mensal
Mensalista Outubro de 2024

| Código | Nome do Funcionário | CBO | Departamento | Filial |
|---|---|---|---|---|
| 41 | ROSANGELA SANTOS SOARES | 225125 | 21 | 1 |
| | MEDICO | Admissão: | 01/11/2023 | |

| Código | Descrição | Referência | Vencimentos | Descontos |
|---|---|---|---|---|
| 214 | OUTROS SERVIÇOS PROFISSIONAIS | 750,00 | 750,00 | |
| 858 | INSS AUTONOMO | 20,00 | | 150,00 |

Matrícula INSS:

| Total de Vencimentos | Total de Descontos |
|---|---|
| 750,00 | 150,00 |
| Valor Líquido ⇨ | 600,00 |

| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Cálc. FGTS | F.G.T.S do Mês | Base Cálc. IRRF | Faixa IRRF |
|---|---|---|---|---|---|
| 0,00 | 750,00 | 0,00 | 0,00 | 185,20 | 0,00 |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data ___/___/___

banrisul

**Recibo de Transferência**

Número: 01615782015/00000000017480/343204
Data: 08/11/2024
Hora: 14:38:21

| | |
|---|---|
| Canal: | Office Banking |
| Data Débito: | 08/11/2024 |
| Valor: | R$ 6.757,20 |
| 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: | 0475-06.026834.0-6 |
| Nome do Destinatário: | RENATA JACCOTTET FREITAS ATENDIMENT |
| Finalidade: | PGTO ACOES EM SAUDE OUT 2024 |

Atenciosamente

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

038A1AE07C14A0178444A82090D92CF07F86

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

Toda transação está sujeita à análise de fraude, podendo levar alguns minutos até ser efetivada ou, eventualmente, ser cancelada pelo Banrisul. Mantenha seus contatos atualizados.

# PREFEITURA MUNICIPAL DE PELOTAS

## SECRETARIA MUNICIPAL DE RECEITA

## Nota Fiscal Eletrônica de Serviços

**Número / Série:** 172 / NFSe **Emissão:** 07/11/2024 16:40:43 **Retenção ISS:** Tributado
**Data Prestação Serviço:** 07/11/2024 **Incidência:** PELOTAS (RS) **Nº RPS:**

### PRESTADOR DE SERVIÇOS

**Nome/Razão Social:** RENATA JACCOTTET FREITAS ATENDIMENTO MEDICO PEDIATRICO LTDA
**CPF / CNPJ:** 97.533.902/0001-25 **Regime:** Faturamento
**Endereço:** Rua Rua Darci Adam, nº 111, Bairro Tres Vendas
**Telefone:** **Município:** PELOTAS (RS)
**E-Mail:** CONTABIL.PATRICIADUARTE@GMAIL.COM
**Inscr. Municipal:** 599981 **Inscr. Estadual:**
**Nome Fantasia:** CRIANCA E SAUDE

### TOMADOR DE SERVIÇOS

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

### DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

**Código CNAE:** 8610-1/01-00 **Denominação:** ATIVIDADES DE ATENDIMENTO HOSPITALAR, EXCETO PRONTO-SOCORRO E UNIDADES PARA
**Código Serviço:** 4.03 **Serviço:** Hospitais; Clinicas; Laboratorios; Sanatorios; Manicomios; Casas de Saude; Prontos-Socorros;
**Local da Prestação dos Serviços:** PELOTAS (RS)
**Discriminação dos Serviços Prestados:**
Honorários médicos hospitalares Referente Ações em Saúde Outubro2024

### RETENÇÕES DE IMPOSTOS

| INSS | COFINS | CSLL | PIS | IRRF | Outras Retenções |
|---|---|---|---|---|---|
| R$ 0,00 | R$ 216,00 | R$ 72,00 | R$ 46,80 | R$ 108,00 | R$ 0,00 |

### DETALHAMENTO DE VALORES

| Valor Total da Nota | Deduções Permitidas em Lei | Base de Cálculo | Alíquota | ISS | Totais Retenções |
|---|---|---|---|---|---|
| R$ 7.200,00 | R$ 0,00 | R$ 7.200,00 | 2,00 % | R$ 144,00 | R$ 442,80 |

**Valor Líquido: R$ 6.757,20**

### INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Emitido por Patricia De Azevedo Duarte Hardt

A validação dos dados desta nota poderá ser feita junto ao site da Prefeitura, através do endereço https://nfe.pelotas.rs.gov.br/ no menu "Consultar" - "Validar Documento" informando o código de validação abaixo:

**BBFC.FC92.0276.3B56.8570.1274.E596.F848**

# 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: tuane@escritoriofariars.com.br
Fone: (53) 98427-8909

| CNPJ / CPF | Inscrição Estadual | Inscrição Municipal |
|---|---|---|
| 08.646.512/0001-31 | **** | 359692 |

| Número da NFS-e | | |
|---|---|---|
| **202400000000279** | | |
| Data do Serviço | Código Verificador | |
| **31/10/2024** | **343cab4ab** | |

| **PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARÃO/RS** | Dt. de Emissão | Exigibilidade ISS | Tributado no Município |
|---|---|---|---|
| **Secretaria Municipal da Fazenda** | 07/11/2024 | Exigível | Jaguarão/RS |
| Fone: (53) 3261-1999 - sistemas.jaguarao.rs.gov.br/NFSe.Portal | | | |

**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 / NIF: 88.413.661/0001-90 | Inscrição Municipal: 3072 | Inscrição Estadual:
E-mail: santacasajaguarao@gmail.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 |
|---|---|---|---|---|
| Ações em saúde ref: Outubro/2024. | 5.000,00 | 3,00 | 150,00 | Não |

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

Código NBS: *********

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

| Base Cálculo ISSQN Próprio | Valor do ISSQN Próprio | Base Cálculo ISSQN Retido | Valor do ISSQN Retido | Valor Total do ISSQN | Valor Dedução/Descontos |
|---|---|---|---|---|---|
| 5.000,00 | 150,00 | 0,00 | 0,00 | 150,00 | 0,00 |

| 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 07/11/2024 às 10:08:12.

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

2 0 2 4 0 0 0 0 0 0 0 0 2 7 9 3 4 3 c a b 4 a b 0 8 6 4 6 5 1 2 0 0 0 1 3 1

| Recebi(emos) de CLINICA DE CARDIOLOGIA PASSOS LTDA os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado. | Número da NFS-e 202400000000279 | Número de Controle do Município |
|---|---|---|
| ___/___/_____ Data — Identificação e assinatura do recebedor | Competência 31/10/2024 | |
| | NFS-e 343cab4ab | |

Consulta realizada em 07/11/2024 às 10:08:12.

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

banrisul

**Recibo de Transferência**

Número: 01615879842/00000000250654/343783
Data: 08/11/2024
Hora: 16:54:02

| | |
|---|---|
| Canal: | Office Banking |
| Data Débito: | 08/11/2024 |
| Valor: | R$ 5.000,00 |
| 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 ACOES EM SAUDE OUT 2024 |

Atenciosamente

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

03BB586854E3192010394D717427D1BBA252

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

Toda transação está sujeita à análise de fraude, podendo levar alguns minutos até ser efetivada ou, eventualmente, ser cancelada pelo Banrisul. Mantenha seus contatos atualizados.

banrisul

**Recibo de Transferência**

Número: 01615842690/00000000154248/343596
Data: 08/11/2024
Hora: 15:57:08

| | |
|---|---|
| Canal: | Office Banking |
| Data Débito: | 08/11/2024 |
| Valor: | 1.200,00 |
| 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: | 2762-6 |
| Conta do Destinatário: | 50708-3 |
| Correntista de Crédito: | 080.776.011-03 - FANNY MARTINEZ ACOSTA |
| Finalidade: | 00005 - PAGAMENTO DE FORNECEDORES |
| Identificador: | PG ACOES EM SAUDE OUT 24 |

Atenciosamente

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

0374478BBB67E3FC900D04641E1CD49E0575

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

Toda transação está sujeita à análise de fraude, podendo levar alguns minutos até ser efetivada ou, eventualmente, ser cancelada pelo Banrisul. Mantenha seus contatos atualizados.

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

CC: GERAL
Mensalista

Folha Mensal
Outubro de 2024

| Código | Nome do Funcionário | CBO | Departamento | Filial |
|---|---|---|---|---|
| 38 | FANNY MARTINEZ ACOSTA<br>MEDICO | 225125<br>Admissão: | 21<br>01/11/2023 | 1 |

| Código | Descrição | Referência | Vencimentos | Descontos |
|---|---|---|---|---|
| 214 | OUTROS SERVIÇOS PROFISSIONAIS | 1.500,00 | 1.500,00 | |
| 858 | INSS AUTONOMO | 20,00 | | 300,00 |

Matrícula INSS:

| Total de Vencimentos | Total de Descontos |
|---|---|
| 1.500,00 | 300,00 |
| Valor Líquido ⇨ | 1.200,00 |

| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Cálc. FGTS | F.G.T.S do Mês | Base Cálc. IRRF | Faixa IRRF |
|---|---|---|---|---|---|
| 0,00 | 1.500,00 | 0,00 | 0,00 | 935,20 | 0,00 |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

___/___/___ Data

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

CC: GERAL
Mensalista

Folha Mensal
Outubro de 2024

| Código | Nome do Funcionário | CBO | Departamento | Filial |
|---|---|---|---|---|
| 38 | FANNY MARTINEZ ACOSTA<br>MEDICO | 225125<br>Admissão: | 21<br>01/11/2023 | 1 |

| Código | Descrição | Referência | Vencimentos | Descontos |
|---|---|---|---|---|
| 214 | OUTROS SERVIÇOS PROFISSIONAIS | 1.500,00 | 1.500,00 | |
| 858 | INSS AUTONOMO | 20,00 | | 300,00 |

Matrícula INSS:

| Total de Vencimentos | Total de Descontos |
|---|---|
| 1.500,00 | 300,00 |
| Valor Líquido ⇨ | 1.200,00 |

| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Cálc. FGTS | F.G.T.S do Mês | Base Cálc. IRRF | Faixa IRRF |
|---|---|---|---|---|---|
| 0,00 | 1.500,00 | 0,00 | 0,00 | 935,20 | 0,00 |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

___/___/___ Data

banrisul

**Recibo de Transferência**

Número: 01615840891/00000000149978/343583
Data: 08/11/2024
Hora: 15:54:41

| | |
|---|---|
| Canal: | Office Banking |
| Data Débito: | 08/11/2024 |
| Valor: | 1.200,00 |
| 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: | 0645-9 |
| Conta do Destinatário: | 42829-9 |
| Correntista de Crédito: | 093.233.709-08 - GUSTAVO GOMES EKO |
| Finalidade: | 00005 - PAGAMENTO DE FORNECEDORES |
| Identificador: | PG ACOES EM SAUDE OUT 24 |

Atenciosamente

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

03CA9838435492335AAEBE95774AE672EB94

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

Toda transação está sujeita à análise de fraude, podendo levar alguns minutos até ser efetivada ou, eventualmente, ser cancelada pelo Banrisul. Mantenha seus contatos atualizados.

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

CC: GERAL
Mensalista

Folha Mensal
Outubro de 2024

| Código | Nome do Funcionário | CBO | Departamento | Filial |
|---|---|---|---|---|
| 39 | GUSTAVO GOMES EKO<br>MEDICO | 225125<br>Admissão: | 21 | 1<br>01/11/2023 |

| Código | Descrição | Referência | Vencimentos | Descontos |
|---|---|---|---|---|
| 214 | OUTROS SERVIÇOS PROFISSIONAIS | 1.500,00 | 1.500,00 | |
| 858 | INSS AUTONOMO | 20,00 | | 300,00 |

Matrícula INSS:

Chave Pix: 09323370908

| Total de Vencimentos | Total de Descontos |
|---|---|
| 1.500,00 | 300,00 |
| Valor Líquido ⇨ | 1.200,00 |

| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Cálc. FGTS | F.G.T.S do Mês | Base Cálc. IRRF | Faixa IRRF |
|---|---|---|---|---|---|
| 0,00 | 1.500,00 | 0,00 | 0,00 | 935,20 | 0,00 |

*** PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 02 DE NOVEMBRO ***

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

___/___/___ Data


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

CC: GERAL
Mensalista

Folha Mensal
Outubro de 2024

| Código | Nome do Funcionário | CBO | Departamento | Filial |
|---|---|---|---|---|
| 39 | GUSTAVO GOMES EKO<br>MEDICO | 225125<br>Admissão: | 21 | 1<br>01/11/2023 |

| Código | Descrição | Referência | Vencimentos | Descontos |
|---|---|---|---|---|
| 214 | OUTROS SERVIÇOS PROFISSIONAIS | 1.500,00 | 1.500,00 | |
| 858 | INSS AUTONOMO | 20,00 | | 300,00 |

Matrícula INSS:

Chave Pix: 09323370908

| Total de Vencimentos | Total de Descontos |
|---|---|
| 1.500,00 | 300,00 |
| Valor Líquido ⇨ | 1.200,00 |

| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Cálc. FGTS | F.G.T.S do Mês | Base Cálc. IRRF | Faixa IRRF |
|---|---|---|---|---|---|
| 0,00 | 1.500,00 | 0,00 | 0,00 | 935,20 | 0,00 |

*** PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 02 DE NOVEMBRO ***

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

___/___/___ Data

banrisul

**Recibo de Transferência**

Número: 01615838406/00000000144018/343568
Data: 08/11/2024
Hora: 15:51:20

| | |
|---|---|
| Canal: | Office Banking |
| Data Débito: | 08/11/2024 |
| Valor: | 600,00 |
| 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: | 0192-9 |
| Conta do Destinatário: | 1708-6 |
| Correntista de Crédito: | 027.912.220-90 - ZILMARA DOS SANTOS LUIS |
| Finalidade: | 00005 - PAGAMENTO DE FORNECEDORES |
| Identificador: | PG ACOES EM SAUDE OUT 24 |

Atenciosamente

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

035D732C66B1E3562FE04667B47B0848D848

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

Toda transação está sujeita à análise de fraude, podendo levar alguns minutos até ser efetivada ou, eventualmente, ser cancelada pelo Banrisul. Mantenha seus contatos atualizados.

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

CC: GERAL
Mensalista

Folha Mensal
Outubro de 2024

| Código | Nome do Funcionário | CBO | Departamento | Filial |
|---|---|---|---|---|
| 50 | ZILMARA DOS SANTOS LUIS<br>MEDICO | 225125<br>Admissão: | 21 | 1<br>01/10/2024 |

| Código | Descrição | Referência | Vencimentos | Descontos |
|---|---|---|---|---|
| 214 | OUTROS SERVIÇOS PROFISSIONAIS | 750,00 | 750,00 | |
| 858 | INSS AUTONOMO | 20,00 | | 150,00 |

Matrícula INSS:

| Total de Vencimentos | Total de Descontos |
|---|---|
| 750,00 | 150,00 |
| Valor Líquido ⇨ | 600,00 |

| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Cálc. FGTS | F.G.T.S do Mês | Base Cálc. IRRF | Faixa IRRF |
|---|---|---|---|---|---|
| 0,00 | 750,00 | 0,00 | 0,00 | 185,20 | 0,00 |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data ___/___/___

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

CC: GERAL
Mensalista

Folha Mensal
Outubro de 2024

| Código | Nome do Funcionário | CBO | Departamento | Filial |
|---|---|---|---|---|
| 50 | ZILMARA DOS SANTOS LUIS<br>MEDICO | 225125<br>Admissão: | 21 | 1<br>01/10/2024 |

| Código | Descrição | Referência | Vencimentos | Descontos |
|---|---|---|---|---|
| 214 | OUTROS SERVIÇOS PROFISSIONAIS | 750,00 | 750,00 | |
| 858 | INSS AUTONOMO | 20,00 | | 150,00 |

Matrícula INSS:

| Total de Vencimentos | Total de Descontos |
|---|---|
| 750,00 | 150,00 |
| Valor Líquido ⇨ | 600,00 |

| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Cálc. FGTS | F.G.T.S do Mês | Base Cálc. IRRF | Faixa IRRF |
|---|---|---|---|---|---|
| 0,00 | 750,00 | 0,00 | 0,00 | 185,20 | 0,00 |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data ___/___/___