

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 DA SUBVENÇÃO RECEBIDA : 28/06/24

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARÃO

PRESTAÇÃO DE CONTAS

PLANO OPERATIVO / JUNHO 2024

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 | 30.000,00     | PROGRAMA PACIENTES INTERNADOS- CLINICA MEDICA | 30.000,00     |
|                                               |               |                                               |               |
|                                               |               |                                               |               |
|                                               |               |                                               |               |
|                                               |               |                                               |               |
| TOTAL                                         | 30.000,00     |                                               | 30.000,00     |

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARÃO

PRESTAÇÃO DE CONTAS

ANEXO III

| 1.4       | 1.5      | 1.6                     | 1.7       |
|-----------|----------|-------------------------|-----------|
| DOCUMENTO | DATA     | FAVORECIDO              | VALOR R\$ |
| NF 577    | 09/07/24 | CLINICA DR SERGIO BURCH | 30.000,00 |
| TOTAL     |          |                         | 30.000,00 |

**Recibo de Pagamento**

NSU: 20240709000838485674  
Data: 09/07/2024  
Hora: 14:34:52

ID Transação: E9270206720240709173400838485674  
Tarifa do Pagador: R\$ 0,00  
Situação da Operação: EFETIVADA  
Descrição: PGTO CLINICA MEDICA JUNHO 24  
Valor: R\$ 30.000,00

**Informações do Destinatário**

Nome: S S BURCH  
CNPJ: 17.800.523/0001-15  
Instituição: CAIXA ECONOMICA FEDERAL

**Informações do Pagador**

Nome: SANTA CASA DE CARIDADE JAG CONVENIO  
CNPJ: 88.413.661/0001-90  
Instituição: BANRISUL - BCO DO ESTADO DO RS S.A.  
Agência: 0235  
Conta: 0602523204

Em caso de dúvidas, entre em contato com o SAC Banrisul, informando o ID da transação.

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.

## DANFSE - Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Serviço Eletrônica

S S BURCH - EPP

RUA 15 DE NOVEMBRO, 444 - SALA 2

CEP: 96300-000 - Bairro: CENTRO

Município: Jaguarão - RS

E-mail: serjaoburch@gmail.com

Fone: (53) 3261-1470

CNPJ / CPF

17.800.523/0001-15

Inscrição Estadual

\*\*\*\*

Inscrição Municipal

11715



Número da NFS-e

202400000000577

Data do Serviço

05/07/2024

Código Verificador

a654f891f

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARÃO/RS

Secretaria Municipal da Fazenda

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

Dt. de Emissão

05/07/2024

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 / NIF

88.413.661/0001-90

E-mail

santacasajaguarao@gmail.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

\*\*\*\*\*

E-mail

CNPJ / CPF

\*\*\*\*\*

Inscrição Municipal

\*\*\*\*\*

Fone

Cidade

\*\*\*\*\*

## DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

ref;clinica medica junho de 2024

VALOR TOTAL

30.000,00

ALIQ.

3,00

VALOR IMPOSTO

900,00

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

30.000,00

Valor do ISSQN Próprio

900,00

Base Cálculo ISSQN Retido

0,00

Valor do ISSQN Retido

0,00

Valor Total do ISSQN

900,00

Valor Dedução/Descontos

0,00

Valor Total da NFS-e

30.000,00

Valor Líquido da NFS-e

30.000,00

Informações Adicionais

Lei 12741/2012: Mun: R\$627,00; Est: R\$0,00; Fed: R\$4035,00; Total Aprox: R\$4662,00. Fonte: IBPT.



Consulta realizada em 05/07/2024 às 15:38:09.

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



202400000000577a654f891f17800523000115

Recebi(emos) de  
S S BURCH - EPP

os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado.

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Data\_\_\_\_\_  
Identificação e assinatura do recebedorNúmero da NFS-e  
202400000000577Competência  
05/07/2024NFS-e  
a654f891f

Número de Controle do Município

Consulta realizada em 05/07/2024 às 15:38:09.  
Para consultar a autenticidade acesse: sistemas.jaguarao.rs.gov.br/NFSe.Portal