

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: 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\$33.000,00  
(TRINTA E TRÊS MIL REAIS)

8- DATA DA SUBVENÇÃO RECEBIDA : 29/02/2024.

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARÃO

PRESTAÇÃO DE CONTAS

PLANO OPERATIVO / FEVEREIRO 2024.

ANEXO II

| 1- RECEITA                                      |               | 2- DESPESA                                      |               |
|-------------------------------------------------|---------------|-------------------------------------------------|---------------|
| 1.1 DISCRIMINAÇÃO                               | 1.2 VALOR R\$ | 2.1 DISCRIMINAÇÃO                               | 2.2 VALOR R\$ |
| PROGRAMA SAUDE<br>MATERNO INFANTIL<br>PEDIATRAS | 33.000,00     | PROGRAMA SAUDE<br>MATERNA INFANTIL<br>PEDIATRAS | 32.309,14     |
| TRASNPOR TADO                                   | 0,57          | A TRASNPORTAR                                   | 691,43        |
|                                                 |               |                                                 |               |
|                                                 |               |                                                 |               |
|                                                 |               |                                                 |               |
| TOTAL                                           | 33.000,57     | ✓                                               | 33.000,57 ✓   |

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARÃO

PRESTAÇÃO DE CONTAS

ANEXO III

| 1.4       | 1.5      | 1.6                                                     | 1.7             |
|-----------|----------|---------------------------------------------------------|-----------------|
| DOCUMENTO | DATA     | FAVORECIDO                                              | VALOR R\$       |
| NF 139    | 12/03/24 | CLINICA DE<br>FISIOTERAPIA<br>PEDIATRIA<br>LTDA.(LELIA) | 19.060,30 ✓     |
| RPA       | 12/03/24 | SOLANGE MENDES                                          | 2.722,95 ✓      |
| NF 203    | 12/03/24 | T AMARAL MEDEIROS                                       | 5.120,70 ✓      |
| NF 08     | 12/03/24 | DRA ALESSANDRA<br>YUTANI                                | 5.405,19 ✓      |
| TOTAL     |          |                                                         | R\$ 32.309,14 ✓ |

**Recibo de Pagamento**

NSU: 20240312000711205410

Data: 12/03/2024

Hora: 15:10:32

ID Transação: E9270206720240312181000711205410  
Tarifa do Pagador: R\$ 0,00  
Situação da Operação: EFETIVADA  
Descrição: PGTO PEDIATRIA FEV 24  
Valor: R\$ 2.722,95

**Informações do Destinatário**

Nome: SOLANGE MENDES VIEIRA  
CPF: \*\*\*.379.552-\*\*  
Instituição: BCO DO BRASIL S.A.

**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.

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

CC: GERAL  
Mensalista

Folha Mensal  
Fevereiro de 2024

|        |                                 |           |              |        |
|--------|---------------------------------|-----------|--------------|--------|
| Código | Nome do Funcionário             | CBO       | Departamento | Filial |
| 42     | SOLANGE MENDES VIEIRA<br>MEDICO | 225125    | 21           | 1      |
|        |                                 | Admissão: | 01/11/2023   |        |

| Código | Descrição                     | Referência | Vencimentos | Descontos |
|--------|-------------------------------|------------|-------------|-----------|
| 214    | OUTROS SERVIÇOS PROFISSIONAIS | 5.113,81   | 5.113,81    |           |
| 858    | INSS AUTONOMO                 | 20,00      |             | 1.022,76  |
| 857    | IRRF AUTONOMO                 | 22,50      |             | 257,72    |

Matricula INSS:

|                      |   |                    |  |
|----------------------|---|--------------------|--|
| Total de Vencimentos |   | Total de Descontos |  |
| 5.113,81             |   | 1.280,48           |  |
| Valor Líquido        | ⇒ | 3.833,33           |  |

|              |                  |                 |             |                 |            |
|--------------|------------------|-----------------|-------------|-----------------|------------|
| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Calc. FGTS | FGTS do Mês | Base Calc. IRRF | Faixa IRRF |
| 0,00         | 5.113,81         | 0,00            | 0,00        | 4.091,05        | 22,50      |

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  
Fevereiro de 2024

|        |                                 |           |              |        |
|--------|---------------------------------|-----------|--------------|--------|
| Código | Nome do Funcionário             | CBO       | Departamento | Filial |
| 42     | SOLANGE MENDES VIEIRA<br>MEDICO | 225125    | 21           | 1      |
|        |                                 | Admissão: | 01/11/2023   |        |

| Código | Descrição                     | Referência | Vencimentos | Descontos |
|--------|-------------------------------|------------|-------------|-----------|
| 214    | OUTROS SERVIÇOS PROFISSIONAIS | 5.113,81   | 5.113,81    |           |
| 858    | INSS AUTONOMO                 | 20,00      |             | 1.022,76  |
| 857    | IRRF AUTONOMO                 | 22,50      |             | 257,72    |

Matricula INSS:

|                      |   |                    |  |
|----------------------|---|--------------------|--|
| Total de Vencimentos |   | Total de Descontos |  |
| 5.113,81             |   | 1.280,48           |  |
| Valor Líquido        | ⇒ | 3.833,33           |  |

|              |                  |                 |             |                 |            |
|--------------|------------------|-----------------|-------------|-----------------|------------|
| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Calc. FGTS | FGTS do Mês | Base Calc. IRRF | Faixa IRRF |
| 0,00         | 5.113,81         | 0,00            | 0,00        | 4.091,05        | 22,50      |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

**Recibo de Pagamento**

NSU: 20240312000711189495  
Data: 12/03/2024  
Hora: 14:58:00

ID Transação: E9270206720240312175700711189495  
Tarifa do Pagador: R\$ 0,00  
Situação da Operação: EFETIVADA  
Descrição: PGTO PEDIATRIA FEV 24  
Valor: R\$ 5.120,70

**Informações do Destinatário**

Nome: T AMARAL MEDEIROS  
CNPJ: 35.344.798/0001-73  
Instituição: CECM UNICRED INTEGRAÇÃO

**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.



**PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO GRANDE**  
**SECRETARIA DE MUNICÍPIO DA FAZENDA**  
**NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS**

Número da Nota - Série

**00000000203 - 1**

Autenticidade

**8FUU-Q1R5**

Data de Emissão

**07/03/2024**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

**CPF/CNPJ:** 35.344.798/0001-73 **Inscrição Municipal:** 450599 **Fone:** (53) 99990-9800  
**Nome/Razão Social:** T AMARAL MEDEIROS  
**Endereço:** RUA TRES DE JULHO,148,CENTRO - CEP : 96200000  
**Município:** RIO GRANDE **UF:** RS **E-mail:** evertoncontatecrg@gmail.com

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARÃO  
**CPF/CNPJ:** 88.413.661/0001-90 **Inscrição Municipal:** **Fone:**  
**Endereço:** RUA DOUTOR PINTO AFFONSO,SN,CENTRO - CEP : 96300000  
**Município:** Jaguarão **UF:** RS **E-mail:**

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS:

PEDIATRIA 02/2024

DR. THIAGO AMARAL MEDEIROS

HORAS DIAS NORMAIS: - ..... = R\$ 5.120,70

TOTAL ..... = R\$ 5.120,70

DADOS BANCÁRIOS:

BANCO UNICRED

AGÊNCIA: 1450

CONTA CORRENTE: 137.435-4

Documento Emitido por Optante do Simples Nacional, de acordo com a L.C. 123/2006.

PROCON Rio Grande - Endereço: Rua Vice-Almirante Abreu, 737

Telefones: (53) 3233-8499 / WhatsApp: (53) 99174-0462 Email:procon@riogrande.rs.gov.br - Atendimento: 12h30 às 17h30.

Processo executado por: 172.16.20.60

**Consulte a autenticidade desta Nota Fiscal através  
do site: <http://www.riogrande.rs.gov.br>**

Situação de Tributação

**Tributada no Prestador**

Código do Serviço

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

Deduções de Materiais  
**0,00**

Base de Cálculo (R\$)  
**5.120,70**

Alíquota (%)  
**2,8100%**

Vr do ISS (R\$)  
**143,89**

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 5.120,70**



## Recibo de Pagamento

NSU: 20240312000711185013  
Data: 12/03/2024  
Hora: 14:54:55

ID Transação: E9270206720240312175400711185013  
Tarifa do Pagador: R\$ 0,00  
Situação da Operação: EFETIVADA  
Descrição: PGTO PEDIATRIA FEV 24  
Valor Final: R\$ 5.405,19

### Informações do Destinatário

Nome: DRA. ALESSANDRA YUTANI  
CNPJ: 52.602.295/0001-70  
Instituição: NU PAGAMENTOS - IP

### 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.

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

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

**PREFEITURA MUNICIPAL DE PELOTAS****SECRETARIA MUNICIPAL DE RECEITA****Nota Fiscal Eletrônica de Serviços****Número / Série:**

8 / NFSe

**Emissão:** 05/03/2024 17:35:12**Retenção ISS:** Tributado**Data Prestação Serviço:** 05/03/2024**Incidência:** PELOTAS (RS)**Nº RPS:****PRESTADOR DE SERVIÇOS****Nome/Razão Social:** ALESSANDRA YUTANI SERVICOS MEDICOS LTDA**CPF / CNPJ:** 52.602.295/0001-70**Regime:** Simples (Alíquota 2.00%)**Endereço:** - Avenida Arthur Augusto Assumpcao, nº 770, Bairro Balneario Valverde**Telefone:** (53) 33026397**Município:** PELOTAS (RS)**E-Mail:** REGISTROS@MARCOSAMIR.COM**Inscr. Municipal:** 1046574**Inscr. Estadual:****Nome Fantasia:** DRA. ALESSANDRA YUTANI**TOMADOR DE SERVIÇOS****Nome/Razão Social:** SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARAO**CPF / CNPJ:** 88.413.661/0001-90**Endereço:** Rua 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; Clínicas; Laboratórios; Sanatórios; Manicomios; Casas de Saude; Prontos-Socorros;**Local da Prestação dos Serviços:** JAGUARAO (RS)**Discriminação dos Serviços Prestados:**

#Ref Pediatria Fevereiro/2024- R\$ 5.405,19

**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\$ 5.405,19

**Deduções Permitidas em Lei**

R\$ 0,00

**Base de Cálculo**

R\$ 5.405,19

**Alíquota**

2,00 %

**ISS**

R\$ 108,10

**Totais Retenções**

R\$ 0,00

**Valor Líquido:****R\$ 5.405,19****INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

Emitido por Marcos Amir Baldez Da Silva

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:

**D1C7.FDD0.C08B.7622.A208.5A1B.FAD8.6FEF**

**banrisul****Recibo de Transferência**

Número: 01544455426/00000000467199/035177

Data: 12/03/2024

Hora: 15:00:02

---

Canal: Office Banking  
Data Débito: 12/03/2024  
Valor: R\$ 19.060,30  
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: 0235-06.039133.0-8  
Nome do Destinatário: CLINICA DE FISIOTERAPIA E PEDIATRIA  
Finalidade: PGTO PEDIATRIA FEV 24

Atenciosamente

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

03099963DEFE7D8BE0BF1FB3B3F1B85C4994

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

## 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

202400000000139

Data do Serviço

29/02/2024

Código Verificador

fe8d519cd

CNPJ / CPF

08.040.063/0001-83

Inscrição Estadual

\*\*\*\*

Inscrição Municipal

359559

## PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARÃO/RS

Secretaria Municipal da Fazenda

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

Dt. de Emissão

07/03/2024

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 / NIF

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

Ref Pediatria Fevereiro/2024- R\$ 19.060,30

19.060,30

3,00

571,81

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

19.060,30

Valor do ISSQN Próprio

571,81

Base Cálculo ISSQN Retido

0,00

Valor do ISSQN Retido

0,00

Valor Total do ISSQN

571,81

Valor Dedução/Descontos

0,00

Valor Total da NFS-e

19.060,30

Valor Líquido da NFS-e

19.060,30

Informações Adicionais

Lei 12741/2012: Mun: R\$398,36; Est: R\$0,00; Fed: R\$2563,61; Total Aprox: R\$2961,97. Fonte: IBPT.



Consulta realizada em 07/03/2024 às 07:57:19.

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



202400000000139fe8d519cd08040063000183

Recebi(emos) de

CLINICA DE FISIOTERAPIA E PEDIATRIA LTDA

os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado.

Número da NFS-e

202400000000139

Número de Controle do Município

Competência

29/02/2024

NFS-e

fe8d519cd

Data

Identificação e assinatura do receptor

Consulta realizada em 07/03/2024 às 07:57:19.

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