

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 : 28/03/2024.

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARÃO

PRESTAÇÃO DE CONTAS

PLANO OPERATIVO / MARÇO 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 | 29.833,70     |
| TRANSPORTADO                                    | 691,43        | A TRANSPORTAR                                   | 3.857,73      |
|                                                 |               |                                                 |               |
|                                                 |               |                                                 |               |
|                                                 |               |                                                 |               |
| TOTAL                                           | 33.691,43     |                                                 | 33.691,43     |

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARÃO

PRESTAÇÃO DE CONTAS

ANEXO III

| 1.4       | 1.5      | 1.6                                          | 1.7           |
|-----------|----------|----------------------------------------------|---------------|
| DOCUMENTO | DATA     | FAVORECIDO                                   | VALOR R\$     |
| NF 141    | 09/04/24 | CLINICA DE<br>FISIOTERAPIA<br>PEDIATRIA LTDA | 17.697,46     |
| RPA       | 09/04/24 | SOLANGE MENDES                               | 4.222,50      |
| NF 207    | 09/04/24 | T AMARAL MEDEIROS                            | 2.661,27      |
| NF 10     | 09/04/24 | DRA ALESSANDRA<br>YUTANI                     | 3.060,47      |
| NF 270    | 09/04/24 | FAGUNDES RAZERA                              | 2.192,00      |
| TOTAL     |          |                                              | R\$ 29.833,70 |

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

Número: 01552956599/00000000029508/069765

Data: 09/04/2024

Hora: 09:06:34

---

Canal: Office Banking  
Data Débito: 09/04/2024  
Valor: R\$ 17.697,46  
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 MARCO 24

Atenciosamente

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

03E993BAF48A9831DF7D20117F876BA9A452

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: luane@escritoriofariars.com.br  
Fone: (53) 3261-2163

Número da NFS-e

202400000000141

Data do Serviço

30/03/2024

Código Verificador

20ae08339

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

08/04/2024

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

REFERENTE A PEDIATRIA MARÇO/2024

17.697,46

3,00

530,92

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

17.697,46

Valor do ISSQN Próprio

530,92

Base Cálculo ISSQN Retido

0,00

Valor do ISSQN Retido

0,00

Valor Total do ISSQN

530,92

Valor Dedução/Descontos

0,00

Valor Total da NFS-e

17.697,46

Valor Líquido da NFS-e

17.697,46

Informações Adicionais

Lei 12741/2012: Mun: R\$369,86; Est: R\$0,00; Fed: R\$2380,31; Total Aprox: R\$2750,19. Fonte: IBPT.



Consulta realizada em 08/04/2024 às 10:57:36.

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



20240000000014120ae0833908040063000183

Recebi(emos) de

CLINICA DE FISIOTERAPIA E PEDIATRIA LTDA

os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado.

Data

Identificação e assinatura do recebedor

Número da NFS-e

202400000000141

Competência

30/03/2024

NFS-e

20ae08339

Número de Controle do Município

Consulta realizada em 08/04/2024 às 10:57:36.

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

**Recibo de Pagamento**

NSU: 20240409000739545226

Data: 09/04/2024

Hora: 09:22:16

ID Transação: E9270206720240409122100739545226  
Tarifa do Pagador: R\$ 0,00  
Situação da Operação: EFETIVADA  
Descrição: PGTO PEDIATRIA MARCO 24  
Valor: R\$ 4.222,50

**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  
Março de 2024

Código

42

Nome do Funcionário

SOLANGE MENDES VIEIRA  
MEDICO

CBO

225125

Departamento

21

Faixa

1

Admissão:

01/11/2023

| Código          | Descrição                     | Referência      | Vencimentos                      | Descontos                      |            |
|-----------------|-------------------------------|-----------------|----------------------------------|--------------------------------|------------|
| 214             | OUTROS SERVIÇOS PROFISSIONAIS | 7.287,06        | 7.287,06                         |                                |            |
| 858             | INSS AUTONOMO                 | 20,00           |                                  | 1.457,41                       |            |
| 857             | IRRF AUTONOMO                 | 27,50           |                                  | 707,15                         |            |
| Matrícula INSS: |                               |                 | Total de Vencimentos<br>7.287,06 | Total de Descontos<br>2.164,56 |            |
|                 |                               |                 | Valor Líquido ➡                  | 5.122,50                       |            |
| Salário Base    | Sal. Contr. INSS              | Base Calc. FGTS | FGTS do Mês                      | Base Calc. IRRF                | Faixa IRRF |
| 0,00            | 7.287,06                      | 0,00            | 0,00                             | 5.829,65                       | 27,50      |

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  
Março de 2024

Código

42

Nome do Funcionário

SOLANGE MENDES VIEIRA  
MEDICO

CBO

225125

Departamento

21

Faixa

1

Admissão:

01/11/2023

| Código          | Descrição                     | Referência     | Vencimentos                      | Descontos                      |            |
|-----------------|-------------------------------|----------------|----------------------------------|--------------------------------|------------|
| 214             | OUTROS SERVIÇOS PROFISSIONAIS | 7.287,06       | 7.287,06                         |                                |            |
| 858             | INSS AUTONOMO                 | 20,00          |                                  | 1.457,41                       |            |
| 857             | IRRF AUTONOMO                 | 27,50          |                                  | 707,15                         |            |
| Matrícula INSS: |                               |                | Total de Vencimentos<br>7.287,06 | Total de Descontos<br>2.164,56 |            |
|                 |                               |                | Valor Líquido ➡                  | 5.122,50                       |            |
| Salário Base    | Sal Contr. INSS               | Base Calc FGTS | FGTS do Mês                      | Base Calc IRRF                 | Faixa IRRF |
| 0,00            | 7.287,06                      | 0,00           | 0,00                             | 5.829,65                       | 27,50      |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo

Assinatura do Funcionário

Data

**Recibo de Pagamento**

NSU: 20240409000739543040  
Data: 09/04/2024  
Hora: 09:20:35

ID Transação: E9270206720240409122000739543040  
Tarifa do Pagador: R\$ 0,00  
Situação da Operação: EFETIVADA  
Descrição: PGTO PEDIATRIA MARCO 24  
Valor: R\$ 2.661,27

**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

**000000000207 - 1**

Autenticidade

**UPLF-SVRF**

Data de Emissão

**08/04/2024**

**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 03/2024

DR. THIAGO AMARAL MEDEIROS

HORAS DIAS NORMAIS: - ..... = R\$ 2.661,27

TOTAL ..... = R\$ 2.661,27

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,ambulatorios e congêneres.**

Deduções de Materiais  
**0,00**

Base de Cálculo (R\$)  
**2.661,27**

Aliquota (%)  
**2,8000%**

Vr do ISS (R\$)  
**74,52**

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 2.661,27**

**banrisul****Recibo de Pagamento**

NSU: 20240409000739540532

Data: 09/04/2024

Hora: 09:18:17

ID Transação: E9270206720240409121800739540532  
Tarifa do Pagador: R\$ 0,00  
Situação da Operação: EFETIVADA  
Descrição: PGTO PEDIATRIA MARCO 24  
Valor: R\$ 3.060,47

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

Número / Série: 10 / NFSe Emissão: 05/04/2024 14:02:39 Retenção ISS: Tributado  
Data Prestação Serviço: 05/04/2024 Incidência: PELOTAS (RS) N° 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:  
#R#Ref Pediatria Março/2024- R\$ 3.060,47

**RETENÇÕES DE IMPOSTOS**

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

**DETALHAMENTO DE VALORES**

| Valor Total da Nota | Deduções Permitidas em Lei | Base de Cálculo | Alíquota | ISS       | Totais Retenções |
|---------------------|----------------------------|-----------------|----------|-----------|------------------|
| R\$ 3.060,47        | R\$ 0,00                   | R\$ 3.060,47    | 2,00 %   | R\$ 61,21 | R\$ 0,00         |

**Valor Líquido: R\$ 3.060,47**

**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:

512A.1E66.CDC5.908D.2474.126F.ABF0.A5C1





banrisul

**Recibo de Pagamento**

NSU: 20240409000739536983

Data: 09/04/2024

Hora: 09:15:16

ID Transação: E9270206720240409121500739536983  
Tarifa do Pagador: R\$ 0,00  
Situação da Operação: EFETIVADA  
Descrição: PGTO PEDIATRIA MARCO 24  
Valor: R\$ 2.192,00

**Informações do Destinatário**

Nome: FAGUNDES RAZERA  
CNPJ: 46.367.184/0001-23  
Instituição: BANCO INTER

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

Número / Série: 270 / NFS-e Emissão: 08/04/2024 17:37:48 Retenção ISS: Tributado  
Data Prestação Serviço: 05/04/2024 Incidência: PELOTAS (RS) Nº RPS:

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

Nome/Razão Social: FAGUNDES RAZERA SERVICOS DE SAUDE LTDA

CPF / CNPJ: 46.367.184/0001-23

Regime: Simples (Alíquota 2.00%)

Endereço: - Av. Pres. Juscelino K. De Oliveira, nº 4808, B.I.A Apt.1002, Bairro Areal

Telefone:

Município: PELOTAS (RS)

E-Mail: fagundesrazera@gmail.com

Inscr. Municipal: 1040229

Inscr. Estadual:

Nome Fantasia: \*\*\*\*\*

**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: 8630-5/03-00 Denominação: ATIVIDADE MEDICA AMBULATORIAL RESTRITA A CONSULTAS

Código Serviço: 4.01 Serviço: Medicina e Biomedicina

Local da Prestação dos Serviços: PELOTAS (RS)

Discriminação dos Serviços Prestados:

# Ref. Pediatria Março/2024

**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\$ 2.192,00

Deduções Permitidas em Lei

R\$ 0,00

Base de Cálculo

R\$ 2.192,00

Alíquota

2,00 %

ISS

R\$ 43,84

Totais Retenções

R\$ 0,00

**Valor Líquido:****R\$ 2.192,00****INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

Emitido por Marcos Vinícios Razera

Esta nota substituiu a nota nº 269 emitida em 05/04/2024 12:04:00, relativa a serviços prestados em 05/04/2024

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:

29AC.9B0D.6C0A.D943.80BD.AA21.4D80.DEF0

