

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

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

6- ASSINATURA DO RESPONSÁVEL:

7- VALOR DA SUBVENÇÃO RECEBIDA: R\$ 15.000,00  
(QUINZE 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 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 161    | 11/03/24 | TRAUMA CLIN. DE TRAUMATO ORTOPEDIA | 15.000,00 ✓ |
|           |          |                                    |             |
| TOTAL     |          |                                    | 15.000,00 ✓ |

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

Número: 01544093585/00000000569359/033445

Data: 11/03/2024

Hora: 17:22:41

---

Canal: Office Banking  
Data Débito: 11/03/2024  
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 TRAUMATO FEV 24

Atenciosamente

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

03247F7BD8108DD1280904FDC4E84060BB69

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

**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

**202400000000161**

Data do Serviço

Código Verificador

**06/03/2024**

**dea32a43d**

CNPJ / CPF

Inscrição Estadual Inscrição Municipal

00.705.064/0001-98

\*\*\*\*

361455

**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

06/03/2024

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 / 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**

Serviços Prestados referente a TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA do mês de Fevereiro de 2024.

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 06/03/2024 às 10:59:40.

Para consultar a autenticidade acesse: [sistemas.jaguarao.rs.gov.br/NFSe.Portal](http://sistemas.jaguarao.rs.gov.br/NFSe.Portal)



202400000000161dea32a43d00705064000198

Recebi(emos) de

TRAUMA CLINICA DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA LTDA - ME

os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado.

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Identificação e assinatura do recebedor

Número da NFS-e

202400000000161

Competência

06/03/2024

NFS-e

dea32a43d

Número de Controle do Município

Consulta realizada em 06/03/2024 às 10:59:40.

Para consultar a autenticidade acesse: [sistemas.jaguarao.rs.gov.br/NFSe.Portal](http://sistemas.jaguarao.rs.gov.br/NFSe.Portal)