



HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE

AVENIDA PINHEIRO MACHADO, 828 – FONE (54) 3381.2800 – SOLEDADE – RS
Insc. Est. 137/0031898 – CNPJ/MF 97.503.676/0001-30 – Reg. CNSS nº 3579/44 – Reg STAS nº 0624

“Nosso maior patrimônio é a Vida”

Of. 007/2024

Soledade/RS, 11 de janeiro de 2024

À

Secretaria de Saúde de Soledade – RS

Sr. Secretário de Saúde

Na oportunidade em que cumprimos Vossa Senhoria, estamos encaminhando a nota fiscal Nº 77680, no valor de **RS 172.500,00** (cento e setenta e dois mil e quinhentos reais), referente a serviços prestados no mês de **JANEIRO/2024**.

Após realizar o pagamento da mesma solicitamos que seja encaminhado o comprovante do pagamento para o E-mail de: adairtoforti@hotmail.com, financeiro.hcfc@gmail.com e hcfc@terra.com.br,
(Contas para o depósito: Sicredi – Agência: 0247 – Soledade, Conta: 36450-9) ou
(Banco do Brasil – Agência: 0418 – Soledade, Conta: 06.000896.1-2).

Sendo o que tínhamos para o momento, colocamo-nos à disposição para maiores esclarecimentos.

Atenciosamente,


Adairto Angelo Forti
Administrador
CRA - 30671

Nota Fiscal de Serviço Eletrônica

HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE HOSPITAL FREI CLEMENTE AV. AV. PINHEIRO MACHADO, 828 CEP: 99300-000 - Bairro: CENTRO Município: Soledade - RS E-mail: carlaghellerhcf@gmail.com Fone: (54) 3381-1244			Número da NFS-e 202400000077680	
CNPJ / CPF Inscrição Estadual Inscrição Municipal 97.503.676/0001-30 1370031898 3575			Data do Serviço 11/01/2024	Código Verificador fe89d45e4

 MUNICÍPIO DE SOLEDADE/RS Secretaria Municipal da Fazenda Fone: (54) 3381-9010 - soledade-portais.govcloud.com.br/NFSe.Portal	Dt. de Emissão 11/01/2024	Exigibilidade ISS Isenção	Tributado no Município Soledade/RS
--	-------------------------------------	------------------------------	---------------------------------------

TOMADOR DO SERVIÇO		Município de Prestação do Serviço			
Nome / Razão Social MUNICÍPIO DE SOLEDADE		Soledade/RS			
Endereço AV. AV. JULIO DE CASTILHOS,898					
Cidade Soledade	UF RS			Fone (54) 3381-9010	CEP 99300-000
Bairro CENTRO					
CNPJ / CPF 87.738.530/0001-10	Inscrição Municipal 6820			Inscrição Estadual	
E-mail fiscalizacao@soledade.rs.gov.br					

INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO	
Nome / Razão Social *****	CNPJ / CPF *****
E-mail	Fone *****

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	VALOR TOTAL	ALIQ.	VALOR IMPOSTO	RETIDO
REFERENTE A SERVIÇOS PRESTADOS NO MÊS DE JANEIRO/2024. OBSERVAÇÃO: CONTA PARA PAGAMENTO BANCO: 748 AGÊNCIA: 0247 CONTA: 18089-4	172.500,00	0,00	0,00	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
Base Cálculo ISSQN Próprio 172.500,00	Valor do ISSQN Próprio 0,00	Base Cálculo ISSQN Retido 0,00	Valor do ISSQN Retido 0,00
Valor Total da NFS-e 172.500,00		Valor Líquido da NFS-e 172.500,00	

Informações Adicionais Lei 12741/2012: Mun: R\$3605,25; Est: R\$0,00; Fed: R\$23201,25; Total Aprox: R\$26806,50. Fonte: IBPT.	
---	---

Consulta realizada em 11/01/2024 às 14:45:21.

Para consultar a autenticidade acesse: soledade-portais.govcloud.com.br/NFSe.Portal



202400000077680fe89d45e497503676000130

Recebi(emos) de HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado. _____ Data	Identificação e assinatura do recebedor _____	Número da NFS-e 202400000077680 Competência 11/01/2024 NFS-e fe89d45e4	Número de Controle do Município 
--	--	---	--

Consulta realizada em 11/01/2024 às 14:45:21.

Para consultar a autenticidade acesse: soledade-portais.govcloud.com.br/NFSe.Portal



HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE

AVENIDA PINHEIRO MACHADO, 828 – FONE (54) 3381.2800 – SOLEDADE – RS
Insc Est. 137/0031898 – CNPJ/MF 97.503.676/0001-30 – Reg. CNSS nº 3579/44 – Reg STAS nº 9624

“Nosso maior patrimônio é a Vida”

Of. 064/2024

Soledade/RS, 19 de fevereiro de 2024

À

Secretaria de Saúde de Soledade – RS

Sr. Secretário de Saúde

Na oportunidade em que cumprimentamos Vossa Senhoria, estamos encaminhando a nota fiscal N° 78671, no valor de **R\$ 172.500,00** (cento e setenta e dois mil e quinhentos reais), referente a serviços prestados no mês de **FEVEREIRO/2024**.

Após realizar o pagamento da mesma solicitamos que seja encaminhado o comprovante do pagamento para o E-mail de: adairtoforti@hotmail.com, financeiro.hcfc@gmail.com e hcfc@terra.com.br.
(Contas para o depósito: Sicredi – Agência: 0247 – Soledade, Conta: 36450-9) ou
(Banrisul, Agência: 0418 – Soledade, Conta: 06.000896.1-2).

Sendo o que tínhamos para o momento, colocamo-nos à disposição para maiores esclarecimentos.

Atenciosamente,

Adairto Angelo Forti
Administrador
CRA - 30671



Adairto A. Forti
ADMINISTRADOR - CRA 30671
HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE
SOLEDADE - RS

Nota Fiscal de Serviço Eletrônica

HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE
HOSPITAL FREI CLEMENTE
AV. AV. PINHEIRO MACHADO, 828
CEP: 99300-000 - Bairro: CENTRO
Município: Soledade - RS
E-mail: mendesmarciad@yahoo.com.br
Fone: (54) 3381-1244



Número da NFS-e 202400000078671	
Data do Serviço 19/02/2024	Código Verificador a9d64aef9

CNPJ / CPF Inscrição Estadual Inscrição Municipal
97.503.676/0001-30 1370031898 3575



MUNICÍPIO DE SOLEDADE/RS

Secretaria Municipal da Fazenda

Fone: (54) 3381-9010 - soledade-portais.govcloud.com.br/NFSe.Portal

Dt. de Emissão

19/02/2024

Exigibilidade
ISS

Isonção

Tributado no Município

Soledade/RS

TOMADOR DO SERVIÇO

Nome / Razão Social
MUNICÍPIO DE SOLEDADE

Endereço
AV. AV. JULIO DE CASTILHOS, 898

Cidade UF Fone CEP
Soledade RS (54) 3381-9010 99300-000

Bairro

CENTRO

CNPJ / CPF Inscrição Municipal Inscrição Estadual
87.738.530/0001-10 6820

E-mail
fiscalizacao@soledade.rs.gov.br

Município de Prestação do Serviço

Soledade/RS

INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO

Nome / Razão Social

CNPJ / CPF

Inscrição Municipal

Fone

Cidade

E-mail

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

VALOR TOTAL

ALIQ.

VALOR IMPOSTO

RETIDO

172.500,00

0,00

0,00

Não

REFERENTE A SERVIÇOS PRESTADOS NO MÊS DE FEVEREIRO/2024.
OBSERVAÇÃO: CONTA PARA PAGAMENTO
BANCO: 748
AGÊNCIA: 0247
CONTA: 18089-4

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

172.500,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

Valor Total da NFS-e 172.500,00 Valor Líquido da NFS-e 172.500,00

Informações Adicionais

Lei 12741/2012: Mun: R\$3605,25; Est: R\$0,00; Fed: R\$23201,25; Total Aprox: R\$26806,50. Fonte: IBPT.



Consulta realizada em 19/02/2024 às 11:04:40.

Para consultar a autenticidade acesse: soledade-portais.govcloud.com.br/NFSe.Portal



202400000078671a9d64aef997503676000130

Recebi(emos) de
HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE

os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado.

____/____/____
Data

Identificação e assinatura do receptor

Número da NFS-e
202400000078671

Competência
19/02/2024

NFS-e
a9d64aef9

Número de Controle do Município

Consulta realizada em 19/02/2024 às 11:04:40.

Para consultar a autenticidade acesse: soledade-portais.govcloud.com.br/NFSe.Portal



HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE

Av. Pinheiro Machado, 828 – Fone (054) 3381.1244 – Soledade – RS – CNPJ 97.503.676/0001-30

“Nosso maior patrimônio é a Vida”

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO OBJETO, ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E METAS

Soledade, 04 de março de 2024.

O Hospital de Caridade Frei Clemente, inscrito no CNPJ nº 97.503.676/0001-30, com sede na Av. Pinheiro Machado, nº 828, neste ato representado por seu presidente, vem apresentar Relatório de Execução do Objeto, Atividades Desenvolvidas e Metas.

Evidencia-se que os recursos repassados pela Prefeitura Municipal de Soledade (Convênio nº 01/2023) foram utilizados adequadamente, com o atingimento das metas de atendimento médico e hospitalar complementar ao Sistema Único de Saúde-SUS à população soledadense, tendo sido garantidos os serviços nas seguintes especialidades: Sobreaviso nas urgências e emergências, em Clínica Geral no Pronto Socorro, em Cirurgia Geral, em Anestesiologia, em Pediatria (sala de parto) e em obstetrícia.

O período correspondente aos meses de Janeiro/2024 e Fevereiro/2024 totalizaram os seguintes quantitativos: 3.049 pacientes atendidos no Pronto Socorro; 219 pacientes internados; 29 cirurgias realizadas; 25 partos normais; 13 cesarianas.



Carlos Alberto Rocha
PRESIDENTE
HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE
SOLEDADE - RS

Carlos Alberto Rocha
Presidente

Atendimento - Clínica Geral



Obstetrícia e Pediatria





HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE

Av. Pinheiro Machado, 828 – Fone (054) 3381.1244 – Soledade – RS – CEP 97.503.676/0001-30

“Nosso maior patrimônio é a Vida”

Atendimento em Clínica Geral – Pronto Socorro



Atendimento SAMU



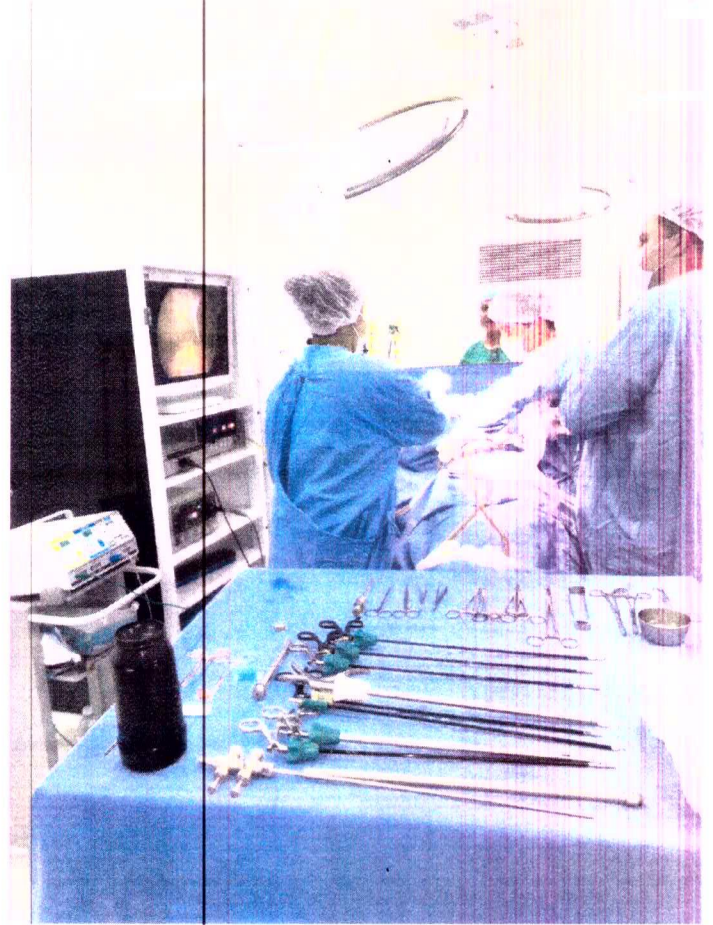
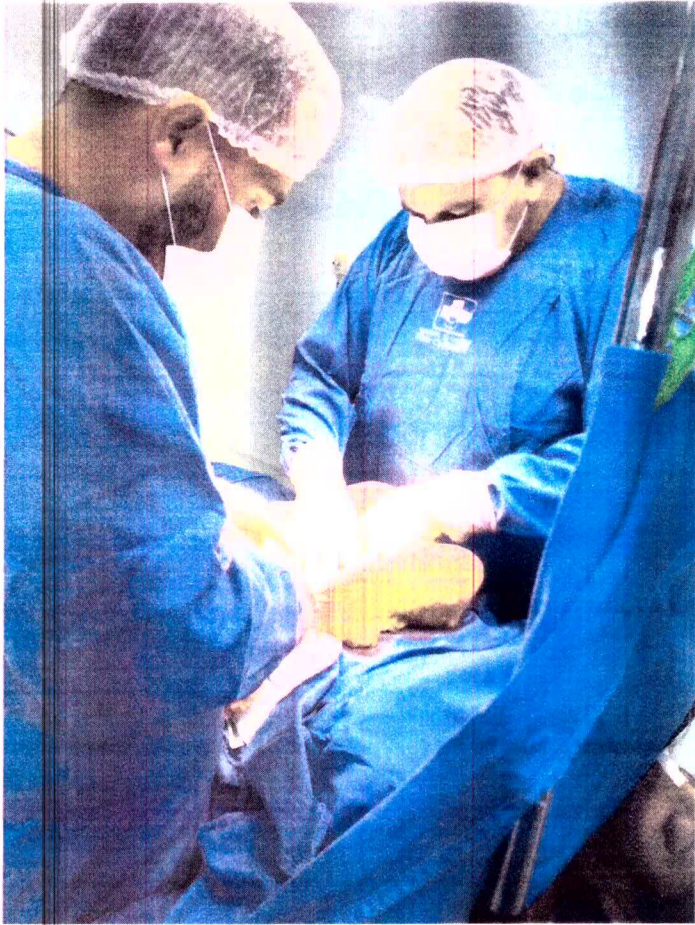
Atendimento – Cirurgião Geral



Atendimento – Obstetrícia



Cirurgias Gerais





HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE
AVENIDA PINHEIRO MACHADO, 828 – FONE (54) 3381.2800 – SOLEDADE – RS

FICHA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Paciente: 8792 - ERLI RITZ DA SILVA SAME: 23694

CNS: 709006869361213

CPF: 95306153020

RG: 1073343798

RN:

Endereço: RS 332, 1310 -

Bairro: FARROUPILHA

Telefone: 54996775224 54996775224

Cidade: 99300000 - SOLEDADE - RS

Nascimento: 11/03/1975 Idade: 48 anos 9 meses 21 dias

Sexo: MASCULINO

Raça: BRANCA

Estado Civil: CASADO (A)

Peso: 0,00

Altura: 0,00

IMC: 0,00

Convênio: SUS

Matrícula: 709006869361213

Cartão Nacional de Saúde: 709006869361213

Validade: Plano: SUS

Natural de: SOLEDADE

Religião:

Profissão:

Trabalho:

Nome da mãe: TERESINHA FATIMA RITZ

Nome do pai: DARCI PRADO DA SILVA

Cônjuge: ROSEMARI ALVES DOS SANTOS

Responsável: ROSMARI ALVES DOS SANTOS

CPF: 01247320030 RG:

Endereço: , -

Fone: Cidade: Telefone: 54999941321

Fam. entesco: CONJUGE

Executante: TIA GO TRES 44583

Caráter de Atendimento: URGENTE

Internação: 01/01/2024 Hora: 20:11:38 Leito: 403 - 403-B

Data da alta: 04/01/2024

Motivo da Alta: ALTA MELHORADO

Diagnóstico: TRATAMENTO DE DOENÇAS INFECCIOSAS E INTESTINAIS

CID: A049, INFECÇÃO INTESTINAL BACTERIANA NÃO ESPECIFICADA

Registrante: ELCIMARA DA ROCHA RIQUEZ

OBSERVAÇÕES:

TERMO DE RESPONSABILIDADE:

I - Autorizo este hospital a promover o tratamento clínico ou cirúrgico do paciente acima identificado, bem como realizar as investigações técnicas que forem julgadas necessárias para um perfeito diagnóstico.

II - Outrossim responsabilizo-me pelo ressarcimento de toda e qualquer despesa MÉDICA E HOSPITALAR que venha a ser realizada decorrente deste internação, que esteja fora de cobertura do convênio pré-estabelecido.

III - Comprometo-me a desocupar as dependências do hospital após receber a alta hospitalar, e estou ciente que a diária hospitalar encerra-se é (onze) horas de cada dia, devendo providenciar junto ao médico assistente a alta hospitalar.

A ocupação dos aposentos por qualquer motivo após este horário, incide na cobrança da diária correspondente.

IV - Ao optar por acomodações em UNIDADE DIFERENCIADA, responsabilizo-me pelo pagamento de todas as despesas hospitalares não cobertas pelo convênio, decorrentes desta internação.

V - HOSPITAL NÃO SE RESPONSABILIZA PELA GUARDA OU EXTRAVIO DE OBJETOS PESSOAIS, OBJETOS DE VALOR OU VALORES EM ESPÉCIE DE PACIENTES E ACOMPANHANTES.

Assinatura Paciente/Responsável



HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE
AVENIDA PINHEIRO MACHADO, 828 – FONE (54) 3381.2800 – SOLEDADE – RS

FICHA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Paciente: 27237 - TAIANE DA SILVA SAME: 10351

CNS: 704107802012550

CPF: 04627615094

RG: 2128470735

RN:

Endereço: RAPOSO TAVARES, 287 -

Bairro: IPIRANGA

Telefone: 54996115915 54981292566

Cidade: 99300000 - SOLEDADE - RS

Nascimento: 03/01/2000

Idade: 24 anos

Sexo: FEMININO

Raça: BRANCA

Estado Civil: SOLTEIRO (A)

Peso: 0,00

Altura: 0,00

IMC: 0,00

Convênio: SUS

Matrícula: 704107802012550

Cartão Nacional de Saúde: 704107802012550

Validade: Plano: SUS

Natural de: SOLEDADE

Religião: CATOLICO(A)

Profissão: DO LAR - DONA DE CASA

Trabalho:

Nome da mãe: SOLANGE APARECIDA DA SILVA

Nome do pai: NILSON DA SILVA

Cônjuge:

Responsável: JESSICA DA SILVA

CPF: RG:

Endereço: , -

Bairro:

Cidade: Telefone: 54996753016

Parentesco: TIO(A)

Executante: ANA CAROLINA DE SOUZA CAVALCANTI 2082

Caráter de Atendimento: URGENTE

Internação: 03/01/2024 Hora: 15:22:56 Leito: 409- MAT - 409-E

Data da alta: 06/01/2024

Motivo da Alta: ALTA DA MAE/PUERPERA E DO RECEM-NASCIDO

Diagnóstico: PARTO CESARIANO

CID: O820, PARTO POR CESARIANA ELETIVA

Registrante: CRISTIANE ANDRADE DE OLIVEIRA

OBSERVAÇÕES:

TERMO DE RESPONSABILIDADE:

- I - Autorizo este hospital a promover o tratamento clínico ou cirúrgico do paciente acima identificado, bem como realizar as investigações técnicas que forem julgadas necessárias para um perfeito diagnóstico.
- II - Outrossim responsabilizo-me pelo ressarcimento de toda e qualquer despesa MÉDICA E HOSPITALAR que venha a ser realizada decorrente deste internação, que esteja fora de cobertura do convênio pré-estabelecido.
- III - Comprometo-me a desocupar as dependências do hospital após receber a alta hospitalar, e estou ciente que a diária hospitalar encerra-se às 11 (onze) horas de cada dia, devendo providenciar junto ao médico assistente a alta hospitalar.
- IV - Ao optar por acomodações em UNIDADE DIFERENCIADA, responsabilizo-me pelo pagamento de todas as despesas hospitalares não cobertas pelo convênio, decorrentes desta internação.
- V - **HOSPITAL NÃO SE RESPONSABILIZA PELA GUARDA OU EXTRAVIO DE OBJETOS PESSOAIS, OBJETOS DE VALOR OU VALORES EM ESPÉCIE DE PACIENTES E ACOMPANHANTES.**

Assinatura Paciente/Responsável



HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE
AVENIDA PINHEIRO MACHADO, 828 – FONE (54) 3381.2800 – SOLEDADE – RS

FICHA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Paciente: 15821 - **KARINE DOS SANTOS DE MORAES** **SAME:** 27181

CNS: 702001896401180

CPF: 02317047045

RG: 8104320927

RN:

Endereço: JOAO RUI TATIM, 10 -

Bairro: BOTUCARAÍ

Telefone: 54991498105 54991498105

Cidade: 99300000 - SOLEDADE - RS

Nascimento: 31/08/1989

Idade: 34 anos 4 meses 6 dias

Sexo: FEMININO

Raça: PRETO

Estado Civil: CASADO (A)

Peso: 0,00

Altura: 0,00

IMC: 0,00

Convênio: SUS

Matrícula: 702001896401180

Cartão Nacional de Saúde: 702001896401180

Validade: Plano: SUS

Natural de: SOLEDADE

Religião: CATOLICO(A)

Profissão:

Trabalho:

Nome da mãe: MARINES DOS SANTOS DE MORAES

Nome do pai:

Cônjuge: PETERSON RODRIGUES DE AQUINO

Responsável: PETERSON RODRIGUES DE AQUINO

CPF: 04739013070

RG: 9124150294

Endereço: , -

Bairro:

Cidade:

Telefone: 54991498105

Parentesco:

Executante: ANA CAROLINA DE SOUZA CA VALCANTI 2082

Caráter de Atendimento: URGENTE

Internação: 06/01/2024 Hora: 02:56:49 Leito: 409- MAT - 409-E

Data da alta: 07/01/2024

Motivo da Alta: ALTA DA MAE/PUERPERA E DO RECEM-NASCIDO

Diagnóstico: PARTO NORMAL

CID: O809, PARTO ÚNICO ESPONTÂNEO, NÃO ESPECIFICADO

Registrante: ELCIMARA DA ROCHA RIQUEZ

OBSERVAÇÕES:

TERMO DE RESPONSABILIDADE:

- I - Autorizo este hospital a promover o tratamento clínico ou cirúrgico do paciente acima identificado, bem como realizar as investigações técnicas que forem julgadas necessárias para um perfeito diagnóstico.
- II - Outrossim responsabilizo-me pelo ressarcimento de toda e qualquer despesa MÉDICA E HOSPITALAR que venha a ser realizada decorrente desta internação, que esteja fora de cobertura do convênio pré-estabelecido.
- III - Comprometo-me a desocupar as dependências do hospital após receber a alta hospitalar, e estou ciente que a diária hospitalar encerra-se às 11 (onze) horas de cada dia, devendo providenciar junto ao médico assistente a alta hospitalar.
- ...ocupação dos aposentos por qualquer motivo após este horário, incide na cobrança da diária correspondente.
- IV - Ao optar por acomodações em UNIDADE DIFERENCIADA, responsabilizo-me pelo pagamento de todas as despesas hospitalares não cobertas pelo convênio, decorrentes desta internação.
- V - HOSPITAL NÃO SE RESPONSABILIZA PELA GUARDA OU EXTRAVIO DE OBJETOS PESSOAIS, OBJETOS DE VALOR OU VALORES EM ESPÉCIE DE PACIENTES E ACOMPANHANTES.**

Assinatura Paciente/Responsável



HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE
AVENIDA PINHEIRO MACHADO, 828 – FONE (54) 3381.2800 – SOLEDADE – RS

FICHA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Paciente: 22249 - NEREU JURANDIR LUCAS DELA VI SAME: 375

CNS: 701404664031539 CPF: 36210889034 RG: 8044414293 RN:

Endereço: MARGEM SAO BENTO, 0 -

Bairro: ZONA RURAL

Telefone: 54999764029 54999764029

Cidade: 99300000 - SOLEDADE - RS

Nascimento: 29/11/1956 Idade: 67 anos 1 mês 26 dias Sexo: MASCULINO Raça: BRANCA Estado Civil: CASADO (A)

Peso: 0,00 Altura: 0,00 IMC: 0,00

Convênio: SUS Matrícula: 701404664031539

Cartão Nacional de Saúde: 701404664031539

Validade: Plano: SUS

Natural de: SOLEDADE

Religião: CATOLICO(A)

Profissão:

Trabalho:

Nome da mãe: ERACY LUCAS DELA VI

Nome do pai: NERY HOMERO DELA VI

Cônjuge: MARLENE PEREIRA DELA VI

Responsável: MARLENE PEREIRA DELA VI CPF: RG:

Endereço: , -

Bairro: Cidade: Telefone: 54999764029

Parentesco: CONJUGE

Executante: JORGE ELI THEISEN 27693

Caráter de Atendimento: URGENTE

Internação: 25/01/2024 Hora: 17:41:08 Leito: 402 - 402-B

Data da alta: 30/01/2024

Motivo da Alta: ALTA MELHORADO

Diagnostico: TRATAMENTO DE EDEMA AGUDO DE PULMAO

CID: J439, ENFISEMA NÃO ESPECIFICADO

Registrante: CRISTIANE ANDRADE DE OLIVEIRA

OBSERVAÇÕES:

TERMO DE RESPONSABILIDADE:

- I - Autorizo este hospital a promover o tratamento clínico ou cirúrgico do paciente acima identificado, bem como realizar as investigações técnicas que forem julgadas necessárias para um perfeito diagnóstico.
- II - Outrossim responsabilizo-me pelo ressarcimento de toda e qualquer despesa MÉDICA E HOSPITALAR que venha a ser realizada decorrente deste internação, que esteja fora de cobertura do convênio pré-estabelecido.
- III - Comprometo-me a desocupar as dependências do hospital após receber a alta hospitalar, e estou ciente que a diária hospitalar encerra-se em 11 (onze) horas de cada dia, devendo providenciar junto ao médico assistente a alta hospitalar.
- IV - A ocupação dos aposentos por qualquer motivo após este horário, incide na cobrança da diária correspondente.
- IV - Ao optar por acomodações em UNIDADE DIFERENCIADA, responsabilizo-me pelo pagamento de todas as despesas hospitalares não cobertas pelo convênio, decorrentes desta internação.
- V - **HOSPITAL NÃO SE RESPONSABILIZA PELA GUARDA OU EXTRAVIO DE OBJETOS PESSOAIS, OBJETOS DE VALOR OU VALORES EM ESPÉCIE DE PACIENTES E ACOMPANHANTES.**

Assinatura Paciente/Responsável



HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE
AVENIDA PINHEIRO MACHADO, 828 – FONE (54) 3381.2800 – SOLEDADE – RS

FICHA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Paciente: 26848 - SINVAL TURELA LAUTERT SAME: 27853

CNS: 702804672812662

CPF: 36998575068

RG: 3065067393

RN:

Endereço: RINCAO DOS LAUTERT, -

Bairro: INTERIOR

Telefone: 54991790438 54984120334

Cidade: 99300000 - SOLEDADE - RS

Nascimento: 06/12/1953 Idade: 70 anos 1 mês 25 dias

Sexo: MASCULINO

Raça: BRANCA

Estado Civil: CASADO (A)

Peso: 0,00

Altura: 0,00

IMC: 0,00

Convênio: SUS

Matrícula: 702804672812662

Cartão Nacional de Saúde: 702804672812662

Validade: Plano: SUS

Natural de: SOLEDADE

Religião:

Profissão:

Trabalho:

Nome da mãe: ALAIDES BORGES TURELA

Nome do pai: MARTINHO LAUTERT

Cônjuge: RENI VAZ LAUTERT

Responsável: DENISE VAZ LAUTERT

CPF: RG:

Endereço: , -

Bairro:

Cidade: Telefone: 54984120334

Filhos: Antesco: FILHO (A)

Executante: JORGE ELI THEISEN 27693

Caráter de Atendimento: URGENTE

Internação: 31/01/2024 Hora: 14:01:35 Leito: 413 - 413-B

Data da alta: 12/02/2024

Motivo da Alta: OBITO COM DECLARACAO DE OBITO FORNECIDA PELO MEDICO ASSISTENTE

Diagnostico: TRATAMENTO DE DISTURBIOS METABOLICOS

CID: E90, TRANSTORNOS NUTRICIONAIS E METABÓLICOS EM DOENÇAS CLASSIFICADAS EM OUTRA PARTE

Registrante: KEYLA BORGES FLORIANO

OBSERVAÇÕES:

TERMO DE RESPONSABILIDADE:

- I - Autorizo este hospital a promover o tratamento clínico ou cirúrgico do paciente acima identificado, bem como realizar as investigações técnicas que forem julgadas necessárias para um perfeito diagnóstico.
- II - Outrossim responsabilizo-me pelo ressarcimento de toda e qualquer despesa MÉDICA E HOSPITALAR que venha a ser realizada decorrente deste internação, que esteja fora de cobertura do convênio pré-estabelecido.
- III - Comprometo-me a desocupar as dependências do hospital após receber a alta hospitalar, e estou ciente que a diária hospitalar encerra-se às (onze) horas de cada dia, devendo providenciar junto ao médico assistente a alta hospitalar.
- A ocupação dos aposentos por qualquer motivo após este horário, incide na cobrança da diária correspondente.
- IV - Ao optar por acomodações em UNIDADE DIFERENCIADA, responsabilizo-me pelo pagamento de todas as despesas hospitalares não cobertas pelo convênio, decorrentes desta internação.
- V - HOSPITAL NÃO SE RESPONSABILIZA PELA GUARDA OU EXTRAVIO DE OBJETOS PESSOAIS, OBJETOS DE VALOR OU VALORES EM ESPÉCIE DE PACIENTES E ACOMPANHANTES.**

Assinatura Paciente/Responsável



HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE
AVENIDA PINHEIRO MACHADO, 828 – FONE (54) 3381.2800 – SOLEDADE – RS

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Atendimento N°: 7 Data: 03/01/2024 Hora: 19:17:27
Paciente: 28613 - VALENTINA DOS SANTOS GOREZ SEXO: FEMININO SAME: 28021
Endereço: VENANCIO AIRES, 903 - Bairro: CENTRO Telefone: 54991338245
Cidade: 99300000 - SOLEDADE - RS Mãe: AMANDA DOS SANTOS GOREZ
Nascimento: 30/05/2019 Idade: 4 anos 7 meses 4 dias
Convênio: SUS Plano: SUS 898005913995424
Executante: JORGE ELI THEISEN 27693
Registrante: ELCIMARA DA ROCHA RIQUEZ

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: VERDE (ATENDIMENTO EM ATÉ 2 HORAS)

SINAIS VITAIS PA: / FC: PESO: 20,00 TAX: 36,40 SPO: HGT: 0,00

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

DIABETES: SIM () - NÃO () - HIPERTENSÃO: SIM () - NÃO ()

QUEIXA PRINCIPAL: QUEIXA DE CEFALÉIA, DOR ABDOMINAL, VÔMITO E DIARREIA COM INÍCIO HOJE PELA MANHÃ
NEGA ALERGIAS
NEGA USO DE MEDICAÇÕES

MOTIVO DO ATENDIMENTO/TRATAMENTO/PROCEDIMENTOS/MEDICAÇÃO:

Su f 500
Painel 0,6
Dipirona 0,6
L.B. 4 me

2030

JORGE ELI THEISEN
MÉDICO
CRM 27693
1460 22 201

Assinatura Paciente / Responsável: Polegar Direito:



HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE
AVENIDA PINHEIRO MACHADO, 828 – FONE (54) 3381.2800 – SOLEDADE – RS

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Atendimento N°: 25 Data: 04/01/2024 Hora: 10:33:44
Paciente: 14455 - JONIEL DA SILVA SEXO: MASCULINO SAME: 5040
Endereço: MANOEL FERNANDES PEDROSO, 132 - Bairro: IPIRANGA Telefone:
54996431948 54999224430
Cidade: 99300000 - SOLEDADE - RS Mãe: ONADIR RIBEIRO DA SILVA
Nascimento: 18/03/1988 Idade: 35 anos 9 meses 17 dias
Convênio: SUS Plano: SUS 701102003280210
Executante: TIAGO TRES 44583
Registrante: CRISTIANO DE OLIVEIRA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: AZUL (ATENDIMENTO EM ATÉ 4 HORAS)

SINAIS VITAIS PA: 108 / 67 FC: 101 PESO: 0,00 TAX: 36,40 SPO: 100 HGT: 108,00

ALERGIA: Nega

MEDICAMENTOS: Não faz uso por conta própria

DIABETES: SIM () - NÃO () - HIPERTENSÃO: SIM () - NÃO ()

QUEIXA PRINCIPAL: Paciente chega ao Pronto Atendimento, encaminhado de ESF local, por quadro de hematoquez hematúria e hematemese há +- 10 dias. Histórico de cirrose hepática e hepatite C - sem tratamento. Nega atopias medicamentosas.
Apresentando icterícia geral e algia generalizada.
Dependente químico, tabagista e etilista.

MOTIVO DO ATENDIMENTO/TRATAMENTO/PROCEDIMENTOS/MEDICAÇÃO:

Phosol EV

500ml de F. h. -

folha de Sina

Assinatura Paciente / Responsável: Polegar Direito:



HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE
AVENIDA PINHEIRO MACHADO, 828 – FONE (54) 3381.2800 – SOLEDADE – RS

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Atendimento Nº: 12 Data: 16/01/2024 Hora: 22:45:09
Paciente: 19151 - MARIA CATARINA SOARES NUNES DOS SANTOS SEXO: FEMININO SAME: 2648
Endereço: ALICE CARDOSO, 103 - Bairro: BOTO CARAI Telefone: 54992048604
Cidade: 99300000 - SOLEDADE - RS Mãe: SENHORINHA SOARES NUNES DOS SANTOS
Nascimento: 01/10/1961 Idade: 62 anos 3 meses 15 dias
Convênio: SUS Plano: SUS 706207521148969
Executante: JORGE ELI THEISEN 27693
Registrante: FERNANDA VASCONCELLOS MORAIS

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: VERDE (ATENDIMENTO EM ATÉ 2 HORAS)

SINAIS VITAIS PA: 155 / 74 FC: 97 PESO: 0,00 TAX: 36,70 SPO: 86 HGT: 0,00

ALERGIA: nega

MEDICAMENTOS: enalapril furosemida anlodipino fluoxetina escitalopram AAS tylex diazepam simvastatina

DIABETES: SIM () - NÃO () - HIPERTENSÃO: SIM (X) - NÃO ()

Rafaela Oliveira da Silva
Enfermeira
COREN-RS 803098

QUEIXA PRINCIPAL: Paciente com dor no peito, algia epigástrica, náusea e diarreia com inicio há algumas horas.
Histórico de cardiopatia.

MOTIVO DO ATENDIMENTO/TRATAMENTO/PROCEDIMENTOS/MEDICAÇÃO:

19151 - MARIA CATARINA SOARES NUNES DOS SANTOS
10/10/1961 62 anos 3 meses 15 dias
2310

JORGE ELI THEISEN
MÉDICO
CRM 27693
CPF: 460222280-34

Assinatura Paciente / Responsável: Polegar Direito:



HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE
AVENIDA PINHEIRO MACHADO, 828 – FONE (54) 3381.2800 – SOLEDADE – RS

FICHA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Paciente: 29097 - VERCIDO AMARANTE SAME: 1265

CNS: 700004057545403

CPF: 45835780087

RG: 4133751621

RN:

Endereço: ESAU PORTELLA PEDROSO, 308 -

Bairro: BOTUCARAÍ

Telefone: 5433812810 54991819003

Cidade: 99300000 - SOLEDADE - RS

Nascimento: 23/03/1960

Idade: 63 anos 10 meses 16 dias

Sexo: MASCULINO

Raça: BRANCA

Estado Civil: SOLTEIRO (A)

Peso: 0,00

Altura: 0,00

IMC: 0,00

Convênio: SUS

Matrícula: 700004057545403

Cartão Nacional de Saúde: 700004057545403

Validade: Plano: SUS

Natural de: IBIRAPUITA

Religião: CATOLICO(A)

Profissão: APOSENTADO(A)

Trabalho:

Nome da mãe: RODOLFINA FELES DO AMARANTE

Nome do pai: DELFINO CIRINO DO AMARANTE

Cônjuge:

Responsável: JAIRO DO AMARANTE

CPF: 46196641034 RG:

Endereço: , -

País:

Cidade:

Telefone: 54993548938

Parentesco: IRMAO(A)

Executante: TIAGO TRES 44583

Caráter de Atendimento: URGENTE

Internação: 08/02/2024 Hora: 22:49:34 Leito: 403 - 403-D

Data da alta: 26/02/2024

Motivo da Alta: OBITO COM DECLARACAO DE OBITO FORNECIDA PELO MEDICO ASSISTENTE

Diagnostico: TRATAMENTO DE OUTRAS DOENCAS DO APARELHO RESPIRATORIO

CID: J960, INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA

Registrante: ELCIMARA DA ROCHA RIQUEZ

OBSERVAÇÕES:

TERMO DE RESPONSABILIDADE:

I - Autorizo este hospital a promover o tratamento clínico ou cirúrgico do paciente acima identificado, bem como realizar as investigações técnicas que forem julgadas necessárias para um perfeito diagnóstico.

II - Outrossim responsabilizo-me pelo ressarcimento de toda e qualquer despesa MÉDICA E HOSPITALAR que venha a ser realizada decorrente desta internação, que esteja fora de cobertura do convênio pré-estabelecido.

III - Comprometo-me a desocupar as dependências do hospital após receber a alta hospitalar, e estou ciente que a diária hospitalar encerra-se às 11 (onze) horas de cada dia, devendo providenciar junto ao médico assistente a alta hospitalar.

A ocupação dos aposentos por qualquer motivo após este horário, incide na cobrança da diária correspondente.

IV - Ao optar por acomodações em UNIDADE DIFERENCIADA, responsabilizo-me pelo pagamento de todas as despesas hospitalares não cobertas pelo convênio, decorrentes desta internação.

V - HOSPITAL NÃO SE RESPONSABILIZA PELA GUARDA OU EXTRAVIO DE OBJETOS PESSOAIS, OBJETOS DE VALOR OU VALORES EM ESPÉCIE DE PACIENTES E ACOMPANHANTES.

Assinatura Paciente/Responsável



HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE
AVENIDA PINHEIRO MACHADO, 828 – FONE (54) 3381.2800 – SOLEDADE – RS

FICHA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Paciente: 11946 - INDIARA RODRIGUES RAEI SAME: 22500

CNS: 704509330298713 CPF: 02535905078 RG: 8109800584 RN:

Endereço: DONA MINDOCA, 83 -

Bairro: CENTRO

Telefone: 54991317400

Cidade: 99300000 - SOLEDADE - RS

Nascimento: 22/04/1986 Idade: 37 anos 9 meses 24 dias Sexo: FEMININO Raça: PARDO Estado Civil: CASADO (A)

Peso: 0,00 Altura: 0,00 IMC: 0,00

Convênio: SUS

Matrícula:

Cartão Nacional de Saúde: 704509330298713

Validade: Plano: SUS

Natural de: SOLEDADE

Religião: CATOLICO(A)

Profissão:

Trabalho:

Nome da mãe: IZAURA RODRIGUES RAEI

Nome do pai: DIRCEU BARCELOS RAEI

Cônjuge: RUDINEI DOS SANTOS

Responsável: RUDINEI DOS SANTOS CPF: 06462255021 RG:

Endereço: , -

Peso:

Cidade:

Telefone: 51995707075

Estado civil: CONJUGE

Executante: RODRIGO SOUSA SILVA SANTANA GORDILHO 52269

Caráter de Atendimento: URGENTE

Internação: 16/02/2024 Hora: 22:01:10 Leito: 409- MAT - 409-A

Data da alta: 18/02/2024

Motivo da Alta: ALTA DA MAE/PUERPERA E DO RECEM-NASCIDO

Diagnostico: PARTO NORMAL

CID: O809, PARTO ÚNICO ESPONTÂNEO, NÃO ESPECIFICADO

Registrante: ELCIMARA DA ROCHA RIQUEZ

OBSERVAÇÕES:

TERMO DE RESPONSABILIDADE:

I - Autorizo este hospital a promover o tratamento clínico ou cirúrgico do paciente acima identificado, bem como realizar as investigações técnicas que forem julgadas necessárias para um perfeito diagnóstico.

II - Outrossim responsabilizo-me pelo ressarcimento de toda e qualquer despesa MÉDICA E HOSPITALAR que venha a ser realizada decorrente deste internação, que esteja fora de cobertura do convênio pré-estabelecido.

III - Comprometo-me a desocupar as dependências do hospital após receber a alta hospitalar, e estou ciente que a diária hospitalar encerra-se às 1 (onze) horas de cada dia, devendo providenciar junto ao médico assistente a alta hospitalar.

A ocupação dos aposentos por qualquer motivo após este horário, incide na cobrança da diária correspondente.

IV - Ao optar por acomodações em UNIDADE DIFERENCIADA, responsabilizo-me pelo pagamento de todas as despesas hospitalares não cobertas pelo convênio, decorrentes desta internação.

V - HOSPITAL NÃO SE RESPONSABILIZA PELA GUARDA OU EXTRAVIO DE OBJETOS PESSOAIS, OBJETOS DE VALOR OU VALORES EM ESPÉCIE DE PACIENTES E ACOMPANHANTES.

Assinatura Paciente/Responsável



HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE
AVENIDA PINHEIRO MACHADO, 828 – FONE (54) 3381.2800 – SOLEDADE – RS

FICHA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Paciente: 27341 - TALIA GONCALVES SANTANA SAME: 6359

CNS: 706301727644574

CPF: 03180861070

RG:

RN:

Endereço: AURELIO VILA NOVA, 35 -

Bairro: BOTUCARAÍ

Telefone: 54991214374

Cidade: 99300000 - SOLEDADE - RS

Nascimento: 31/03/2000 Idade: 23 anos 10 meses 21 dias

Sexo: FEMININO

Raça: BRANCA

Estado Civil: SOLTEIRO (A)

Peso: 0,00

Altura: 0,00

IMC: 0,00

Convênio: SUS

Matrícula: 706301727644574

Cartão Nacional de Saúde: 706301727644574

Validade: Plano: SUS

Natural de: SOLEDADE

Religião:

Profissão:

Trabalho:

Nome da mãe: NEURA GONCALVES SANTANA

Nome do pai: JOSE LUIZ SANTANA

Cônjuge:

Responsável: NEURA

CPF: RG:

Endereço: , -

Peso:

Cidade:

Telefone: 54991019086

Parentesco: MAE

Executante: ANA CAROLINA DE SOUZA CAVALCANTI 2082

Caráter de Atendimento: URGENTE

Internação: 21/02/2024 Hora: 13:22:10 Leito: 314 - 314

Data da alta: 24/02/2024

Motivo da Alta: ALTA DA MAE/PUERPERA E DO RECEM-NASCIDO

Diagnostico: CESARIANA

CID: O820, PARTO POR CESARIANA ELETIVA

Registrante: CRISTIANO DE OLIVEIRA

OBSERVAÇÕES:

TERMO DE RESPONSABILIDADE:

I - Autorizo este hospital a promover o tratamento clínico ou cirúrgico do paciente acima identificado, bem como realizar as investigações técnicas que forem julgadas necessárias para um perfeito diagnóstico.

II - Outrossim responsabilizo-me pelo ressarcimento de toda e qualquer despesa MÉDICA E HOSPITALAR que venha a ser realizada decorrente deste internação, que esteja fora de cobertura do convênio pré-estabelecido.

III - Comprometo-me a desocupar as dependências do hospital após receber a alta hospitalar, e estou ciente que a diária hospitalar encerra-se às 15h (onze) horas de cada dia, devendo providenciar junto ao médico assistente a alta hospitalar.

A ocupação dos aposentos por qualquer motivo após este horário, incide na cobrança da diária correspondente.

IV - Ao optar por acomodações em UNIDADE DIFERENCIADA, responsabilizo-me pelo pagamento de todas as despesas hospitalares não cobertas pelo convênio, decorrentes desta internação.

V - HOSPITAL NÃO SE RESPONSABILIZA PELA GUARDA OU EXTRAVIO DE OBJETOS PESSOAIS, OBJETOS DE VALOR OU VALORES EM ESPÉCIE DE PACIENTES E ACOMPANHANTES.

Assinatura Paciente/Responsável



HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE
AVENIDA PINHEIRO MACHADO, 828 – FONE (54) 3381.2800 – SOLEDADE – RS

FICHA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Paciente: 462606 - RHAVY CARVALHO DA SILVA SAME: 65253

CNS: 709805097972792

CPF: 07139956022

RG:

RN:

Endereço: NEY VILA SBOAS, 489 -

Bairro: BOTUCARAI

Telefone: 5499219300 54991131250

Cidade: 99300000 - SOLEDADE - RS

Nascimento: 18/06/2023

Idade: 8 meses 11 dias

Sexo: MASCULINO

Raça: BRANCA

Estado Civil: SOLTEIRO (A)

Peso: 9,00

Altura: 0,00

IMC: 0,00

Convênio: SUS

Matrícula: 709805097972792

Cartão Nacional de Saúde: 709805097972792

Validade: Plano: SUS

Natural de: SOLEDADE

Religião: CATOLICO(A)

Profissão:

Trabalho:

Nome da mãe: CRISTIANE DE FATIMA CARVALHO

Nome do pai: LUCAS DA SILVA

Cônjuge:

Responsável: CRISTIANE DE FATIMA CARVALHO

CPF: RG:

Endereço: , -

Fone:

Cidade: Telefone: 54991131250

Parentesco: MAE

Executante: CLEUSA SALETE SCIPIONI DA ROCHA 15770

Caráter de Atendimento: URGENTE

Internação: 29/02/2024 Hora: 19:12:28 Leito: 501- PEDIATRIA - 501-A

Data da alta: 05/03/2024

Motivo da Alta: ALTA MELHORADO

Diagnostico: TRATAMENTO DE PNEUMONIAS OU INFLUENZA (GRIPE)

CID: J180, BRONCOPNEUMONIA NÃO ESPECIFICADA

Registrante: VANDREIA MARQUES DOS SANTOS

OBSERVAÇÕES:

TERMO DE RESPONSABILIDADE:

I - Autorizo este hospital a promover o tratamento clínico ou cirúrgico do paciente acima identificado, bem como realizar as investigações técnicas que forem julgadas necessárias para um perfeito diagnóstico.

II - Outrossim responsabilizo-me pelo ressarcimento de toda e qualquer despesa MÉDICA E HOSPITALAR que venha a ser realizada decorrente deste internação, que esteja fora de cobertura do convênio pré-estabelecido.

III - Comprometo-me a desocupar as dependências do hospital após receber a alta hospitalar, e estou ciente que a diária hospitalar encerra-se às 11 (onze) horas de cada dia, devendo providenciar junto ao médico assistente a alta hospitalar.

A ocupação dos aposentos por qualquer motivo após este horário, incide na cobrança da diária correspondente.

IV - Ao optar por acomodações em UNIDADE DIFERENCIADA, responsabilizo-me pelo pagamento de todas as despesas hospitalares não cobertas pelo convênio, decorrentes desta internação.

V - HOSPITAL NÃO SE RESPONSABILIZA PELA GUARDA OU EXTRAVIO DE OBJETOS PESSOAIS, OBJETOS DE VALOR OU VALORES EM ESPÉCIE DE PACIENTES E ACOMPANHANTES.

Assinatura Paciente/Responsável



HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE
AVENIDA PINHEIRO MACHADO, 828 – FONE (54) 3381.2800 – SOLEDADE – RS

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Atendimento N°: 24

Data: 24/02/2024 Hora: 11:37:48

Paciente: 6754 - DIENEFER RIBEIRO PEREIRA SEXO: FEMININO SAME: 6019

Endereço: ATILIO JOSE DA SILVA, 85 - Bairro: BOTUCARAI

Telefone: 54991701145

54991701145

Cidade: 99300000 - SOLEDADE - RS

Mãe: MARIA ZENEIDE RIBEIRO PEREIRA

Nascimento: 26/06/1995 Idade: 28 anos 7 meses 28 dias

Convênio: SUS

Plano: SUS

702303198650516

Executante: JORGE ELI THEISEN 27693

Registrante: CRISTIANO DE OLIVEIRA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: AZUL (ATENDIMENTO EM ATÉ 4 HORAS)

SINAIS VITAIS PA: 128 / 77 FC: 114 PESO: 0,00 TAX: 0,00 SPO: 96 HGT: 0,00

ALERGIA: Nega

MEDICAMENTOS: nega

DIABETES: SIM () - NÃO () - HIPERTENSÃO: SIM () - NÃO ()

QUEIXA PRINCIPAL: PACIENTE RELATA CEFALÉIA, ALGIA EPIGÁSTRICA, DOR NOS MII E LOMBALC

COMORBIDADES: NEGA

NEGA ATOPIA MEDICAMENTOSA.

MOTIVO DO ATENDIMENTO/TRATAMENTO/PROCEDIMENTOS/MEDICAÇÃO:

Diplopia 12 15:55

JORGE ELI THEISEN
MÉDICO
CRM 27693
CPF: 480 222 280-34

DIENEFER RIBEIRO PEREIRA

Assinatura Paciente / Responsável: Polegar Direito:



HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE
AVENIDA PINHEIRO MACHADO, 828 – FONE (54) 3381.2800 – SOLEDADE – RS

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Atendimento N°: 14 Data: 27/02/2024 Hora: 21:37:07
Paciente: 13046 - JANETE PALUDO SEXO: FEMININO SAME: 12913
Endereço: MACIEIRA, 0 - Bairro: INTERIOR Telefone: 54991365652 54991365652
Cidade: 99300000 - SOLEDADE - RS Mãe: SALETE BORDIGNON PALUDO
Nascimento: 08/11/1970 Idade: 53 anos 3 meses 19 dias
Convênio: SUS Plano: SUS 708500350757777
Executante: TIAGO TRES 44583
Registrante: VANDREIA MARQUES DOS SANTOS

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: AZUL (ATENDIMENTO EM ATÉ 4 HORAS)

SINAIS VITAIS PA: 145 / 95 FC: 99 PESO: 0,00 TAX: 36,00 SPO: 96 HGT: 195,00

ALERGIA: DIPIRONA, CAFEINA

MEDICAMENTOS: ENALAPRIL 10MG HIDRO 25MG GLIFAGE XR 500MG

DIABETES: SIM () - NÃO () - HIPERTENSÃO: SIM (X) - NÃO ()

Nicole Loeblein
Enfermeira
COREN-RS 075.796.8

QUEIXA PRINCIPAL: PACIENTE APRESENTA EDEMA EM LABIO SUPERIOR + FACE.
REAÇÃO ALERGICA?

MOTIVO DO ATENDIMENTO/TRATAMENTO/PROCEDIMENTOS/MEDICAÇÃO:

TIAGO TRES
Médico
CRMERS 44583

Assinatura do Paciente / Responsável: Polegar Direito:
20/2020

Assinatura Paciente / Responsável: Polegar Direito:

CONVENIENTE:

HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE

INSTRUMENTO Nº

01/2023

PROJETO:

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES
COMPLEMENTARES NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

PERÍODO PRESTAÇÃO DE CONTAS:

05/01/2024
04/03/2024

RECEITAS			DESPESAS		
DATA	DESCRIÇÃO	VALOR	DATA	DESCRIÇÃO	VALOR
18/01/24	REPASSE DO MUNICIPIO	R\$ 172.500,00	18/01/24	IGOR ELIAS GHELLER E CIA LTDA	R\$ 23.462,00
22/02/24	REPASSE DO MUNICIPIO	R\$ 172.500,00	19/12/23	TS SULZBACH SERVIÇOS MÉDICOS LTDA	R\$ 47.267,10
			19/01/24	CLINICA MÉDICA TATIM LTDA	R\$ 24.250,00
			19/01/24	IZA PIAZZA & CIA LTDA	R\$ 25.000,00
			19/01/24	SERVIÇOS MÉDICOS T3 LTDA	R\$ 10.000,00
			19/01/24	PALLUDO & ALGAYER LTDA	R\$ 25.000,00
			22/01/24	ANA C. NAZARI SAÚDE	R\$ 17.520,90
			23/02/24	IZA PIAZZA & CIA LTDA	R\$ 20.000,00
			23/02/24	SERVIÇOS MÉDICOS T3 LTDA	R\$ 20.000,00
			23/02/24	CLINICA MÉDICA TATIM LTDA	R\$ 19.400,00
			23/02/24	IGOR ELIAS GHELLER E CIA LTDA	R\$ 18.770,00
			23/02/24	PALLUDO & ALGAYER LTDA	R\$ 20.000,00
			23/02/24	CLEUSA SALETE SCIPIONI DA ROCHA	R\$ 20.000,00
			26/02/24	ANA C. NAZARI SAÚDE	R\$ 34.330,00
			27/02/24	GLRM SERVIÇOS MÉDICOS LTDA	R\$ 20.000,00
TOTAL DA RECEITA		R\$ 345.000,00	TOTAL DAS DESPESAS:		R\$ 345.000,00

de Naeco

CARLOS ALBERTO ROCHA
PRESIDENTE

[assinatura]

JONATAS TURELA BORGES
CONTADOR CRC/RS 60.958

04/01/2024 a 04/03/2024

JONATAS TURELA BORGES
CONTADOR CRC/RS 60.958



Associado: HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE
Cooperativa: 0247 Conta Corrente: 18089-4 Impresso em 23/01/2024 08:29:02

Extrato				
Dados referentes ao período 01/01/2024 a 23/01/2024.				
Data	Descrição	Documento	Valor (R\$)	Saldo (R\$)
	SALDO			0,50
18/01/2024	TED 87738530000110 PM FUNDO SAUDE PROPRIOS	639835	172.500,00	172.500,50
18/01/2024	TRANSF ENTRE CONTAS 15287128000155 IGOR ELIAS GH	SI01151	-23.462,50	149.038,00
18/01/2024	DEBITO TED/IB 43333246000198 TS SULZBACH SERVICO	I00202	-47.267,10	101.770,90
18/01/2024	DOC/TED INTERNET PJ		-2,00	101.768,90
19/01/2024	TRANSF ENTRE CONTAS 97503676000130 HOSPITAL DE C	SI00223	12,00	101.780,90
19/01/2024	DEBITO TED/IB 12560518000169 CLINICA MEDICA TATI	I00057	-24.250,00	77.530,90
19/01/2024	DEBITO TED/IB 18792637000123 IZA PIAZZA E CIA LT	I00172	-25.000,00	52.530,90
19/01/2024	DEBITO TED/IB 31671349000189 SERVICOS MEDICOS T3	I00267	-10.000,00	42.530,90
19/01/2024	DEBITO TED/IB 29881807000162 PALLUDO E ALGAYER L	I00299	-25.000,00	17.530,90
19/01/2024	DOC/TED INTERNET PJ		-2,00	17.528,90
19/01/2024	DOC/TED INTERNET PJ		-2,00	17.526,90
19/01/2024	DOC/TED INTERNET PJ		-2,00	17.524,90
19/01/2024	DOC/TED INTERNET PJ		-2,00	17.522,90
22/01/2024	DEBITO TED/IB 21804490000159 ANA C. NAZARI SAUDE	I00435	-17.520,90	2,00
22/01/2024	DOC/TED INTERNET PJ		-2,00	0,00
Saldo da Conta			Saldo em 23/01/2024	
Saldo atual (disponível em conta)			R\$ 0,00	
Saldo bloqueado			R\$ 0,00	
Lançamentos a conferir			R\$ 0,00	
Saldo de investimentos com resgate automático			R\$ 0,00	
Limite cheque especial			R\$ 0,00	
Limite disponível do cheque especial			R\$ 0,00	
Taxa de juros mensal do cheque especial			0.00 %	
Taxa de inadimplência do cheque especial			1.00 %	
Vencimento do cheque especial				
Custo Efetivo Total (CET) - Anual			0.00 %	

Sicredi Fone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
0800 724 4770 (Demais Regiões)
SAC 0800 724 7220
Ouvidoria 0800 646 2519

QW

Nota Fiscal de Serviço Eletrônica

IGOR ELIAS GHELLER & CIA LTDA CLINICA GHELLER RUA QUINTINO BOCAIUVA, 643 - SALA 02 CEP: 99300-000 - Bairro: CENTRO Município: Soledade - RS E-mail: denilson.tonezer@terra.com.br Fone: (00) 0000-0000			Número da NFS-e 202400000000786	
CNPJ / CPF Inscrição Estadual Inscrição Municipal 15.287.128/0001-55 ISENTA 7908			Data do Serviço 18/01/2024	Código Verificador 0043fc324

 MUNICÍPIO DE SOLEDADE/RS Secretaria Municipal da Fazenda Fone: (54) 3381-9010 - soledade-portais.govcloud.com.br/NFSePortal	Dt. de Emissão 18/01/2024	Exigibilidade ISS Exigível	Tributado no Município Soledade/RS
--	-------------------------------------	-------------------------------	---------------------------------------

TOMADOR DO SERVIÇO		Município de Prestação do Serviço	
Nome / Razão Social HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE Endereço AV. AV. PINHEIRO MACHADO,828 Cidade Soledade UF RS Fone (54) 3381-1244 CEP 99300-000 Bairro CENTRO CNPJ / CPF 97.503.676/0001-30 Inscrição Municipal 3575 Inscrição Estadual 1370031898 E-mail carlaghellerrhcf@gmail.com		Soledade/RS	

INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO	
Nome / Razão Social ***** E-mail *****	CNPJ / CPF ***** Inscrição Municipal *****

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	VALOR TOTAL	ALIQ.	VALOR IMPOSTO	RETIDO
HONORÁRIOS MÉDICOS	25.000,00	3,00	750,00	Não

Código do Serviço 04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.		Código NBS *****	
IPI 0,00	COFINS 750,00	COFINS Importação 0,00	IPI 0,00
Base Cálculo ISSQN Próprio 25.000,00	Valor do ISSQN Próprio 750,00	Base Cálculo ISSQN Retido 0,00	Valor do ISSQN Retido 0,00
Valor Total da NFS-e 25.000,00		Valor Líquido da NFS-e 23.462,50	
Informações Adicionais Lei 12741/2012: Mun: R\$522,50; Est: R\$0,00; Fed: R\$3362,50; Total Aprox: R\$3885,00. Fonte: IBPT. IR Retido: R\$375,00 Retenções: COFINS R\$ 750,00; PIS R\$ 162,50; CSLL R\$ 250,00;			

LANÇADO

Consulta realizada em 18/01/2024 às 14:38:57.
 Para consultar a autenticidade acesse: soledade-portais.govcloud.com.br/NFSePortal



2024000000007860043fc32415287128000155

Recebi(emos) de IGOR ELIAS GHELLER & CIA LTDA os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado. _____ Data Identificação e assinatura do receptor	Número da NFS-e 202400000000786 Competência 18/01/2024 NFS-e 0043fc324	Número de Controle do Município 
--	---	--

Consulta realizada em 18/01/2024 às 14:38:57.
 Para consultar a autenticidade acesse: soledade-portais.govcloud.com.br/NFSePortal

**Associado:** HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE**Cooperativa:** 0247 **Conta Corrente:** 18089-4 **Impresso em** 18/01/2024 15:36:15**Transferência entre Contas do Sicredi**

Solicitante: CARLOS
Cooperativa Origem: 0247
Conta Origem: 18089-4
Número de Controle: 2140730583
Cooperativa Destino: 247
Conta Destino: 51212-5
Favorecido: IGOR ELIAS GHELLER E CIA LTDA ME
Origem dos Recursos: Conta Corrente
Data da Transferência: 18/01/2024
Hora da Transferência: 15:35:58
Valor Transferido (R\$): 23.462,50
Motivo da Transferência: PAGTO HONORARIOS MEDICOS
Autenticação Eletrônica: 1917.B0AD.50D7.0CB6.C51D.F7FC.FC9C.728A

* A transação acima foi realizada via Internet Banking Sicredi conforme as condições especificadas neste comprovante.
* Os transferências realizadas nos sábados, domingos e feriados serão processadas com a data contábil do próximo dia útil.
* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.
* Em caso de agendamento, a efetivação da transação ocorrerá mediante disponibilidade de limite, saldo e demais requisitos do serviço. Acompanhe sua conta e sempre confira a execução dos agendamentos na data programada.

Serviços por telefone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
0800 724 4770 (Demais Regiões)
SAC 0800 724 7220
Ouvidoria 0800 646 2519
Atendimento aos deficientes auditivos ou de fala 0800 724 0525

LANÇADO



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE LAJEADO



NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFSe

Número da Nota	Data e Hora da Emissão	Competência	Código de Verificação
202391	19/12/2023 às 15:52:17	19/12/2023	128701583

PRESTADOR DO SERVIÇO

Nome ou Razão Social: TS SULZBACH SERVIÇOS MEDICOS LTDA

Telefone: 5581000295

CNPJ: 43.333.246/0001-98

Inscrição Municipal: 53802

Endereço: AVENIDA BENJAMIN CONSTANT, 670, Sala 205 - CENTRO

CEP: 95900-106

Município/UF: LAJEADO/RS

E-mail:

TOMADOR DO SERVIÇO

Nome ou Razão Social: HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE

Telefone:

CNPJ: 97.503.676/0001-30

Inscrição Municipal: 47946

Endereço: AVENIDA PINHEIRO MACHADO, 828, - CENTRO

CEP: 99300-000

Município/UF: SOLEDADE/RS

E-mail:

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Referente aos serviços médicos - especialidade Ginecologia e Obstetrícia - prestados no mês de Novembro de 2023, conforme Contrato Administrativo nº 01/2023, na modalidade de Plantão de Sobreaviso Obstétrico, para 720 horas mensais. Serviços médicos e ambulatoriais, consultas médicas de urgência e emergência, procedimentos médicos.

CNAE Fiscal: Atividades de atendimento em pronto-socorro e unidades hospitalares para atendimento a urgências

Item da Lista de Serviços: 04.03 - 04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros.

Natureza da Operação: [6.2] Imposto devido em Lajeado, sem obrigação de retenção na fonte

Município da Prestação de Serviço: SOLEDADE

Construção Civil:

Matrícula CFE:

Intermediário dos Serviços:

VALOR NOTA FISCAL

Valor dos Serviços	Descontos	Retenções	ISS Retido na Fonte	Valor Líquido da Nota
RS 52.200,00	(-) RS 0,00	(-) RS 4.932,90	RS 0,00	RS 47.267,10

CÁLCULO DO ISS

Valor dos Serviços	Deduções	Descontos Incondicionáveis	Base de Cálculo do ISS	Alíquota	Valor do ISS
RS 52.200,00	(-) RS 0,00	(-) RS 0,00	RS 52.200,00	(x) 2,50 %	(-) RS 1.305,00

Retenções:

OBSERVAÇÕES

PIS: R\$ 339,30; COFINS: R\$ 1.566,00; CSLL: R\$ 522,00; IRRF: R\$ 2.505,60; INSS: R\$ 0,00; Outras Retenções: R\$ 0,00



Beloni Pimentel Janzer
FINANCEIRO
HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE
SOLEDADE - RS

**Associado:** HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE**Cooperativa:** 0247 **Conta Corrente:** 18089-4 **Impresso em** 18/01/2024 16:47:24**TED Outra Titularidade**

Solicitante: CARLOS
Cooperativa Origem: 0247
Conta Origem: 18089-4
Número de Controle: 2140869847
Instituição: UNICRED
Cooperativa/Agência: 1161
Tipo de Conta Destino: Conta Corrente
Conta Destino: 1348760
Favorecido: TS SULZBACH SERVICOS MEDICOS LTDA
CPF/CNPJ: 43.333.246/0001-98
Data Transferência: 18/01/2024
Hora Transferência: 16:47:03
Valor a Transferir (R\$): 47.267,10
Finalidade: Credito Em Conta
Motivo Transferência: PAGTO HONORARIOS MEDICOS
Identificador: 97503676000130
Tarifa (R\$): 2,00
Autenticação Eletrônica: 9DD8.7B8C.056B.09B4.264D.1A11.7DD2.36BD

* A transação acima foi realizada via Internet Banking Sicredi conforme as condições especificadas neste comprovante.

* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.

* Em caso de agendamento, a efetivação da transação ocorrerá mediante disponibilidade de limite, saldo e demais requisitos do serviço. Acompanhe sua conta e sempre confira a execução dos agendamentos na data programada.

Serviços por telefone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
0800 724 4770 (Demais Regiões)

SAC 0800 724 7220
Ouvidoria 0800 646 2519

Atendimento aos deficientes auditivos ou de fala 0800 724 0525

Nota Fiscal de Serviço Eletrônica

CLINICA MÉDICA TATIM LTDA. *** AV. AV. PINHEIRO MACHADO, 952 - SALA 206 - GALERIA SIDNEY BORGES CEP: 99300-000 - Bairro: CENTRO Município: Soledade - RS E-mail: contabil.brnm@yahoo.com.br Fone: (54) 3381-1278			Número da NFS-e 202400000000465	
Data do Serviço 19/01/2024			Código Verificador f1431f35c	
CNPJ / CPF 12.560.518/0001-69	Inscrição Estadual ISENTO	Inscrição Municipal 7390		

 MUNICÍPIO DE SOLEDADE/RS Secretaria Municipal da Fazenda Fone: (54) 3381-9010 - soledade-portais.govcloud.com.br/NFSe.Portal	Dt. de Emissão 19/01/2024	Exigibilidade ISS Exigível	Tributado no Município Soledade/RS
---	------------------------------	-------------------------------	---------------------------------------

TOMADOR DO SERVIÇO				Município de Prestação do Serviço			
Nome / Razão Social HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE				Soledade/RS			
Endereço AV. AV. PINHEIRO MACHADO, 828							
Cidade Soledade	UF RS	Fone (54) 3381-1244	CEP 99300-000				
Bairro CENTRO							
CNPJ / CPF 97.503.676/0001-30	Inscrição Municipal 3575	Inscrição Estadual 1370031898					
E-mail carlaghellerhcf@gmail.com							

INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO			
Nome / Razão Social *****	CNPJ / CPF *****	Fone *****	Inscrição Municipal *****
E-mail *****		Fone *****	Cidade *****

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	VALOR TOTAL	ALIQ.	VALOR IMPOSTO	RETIDO
referente ao sobreaviso	25.000,00	3,00	750,00	Sim

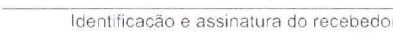
Código do Serviço 04.01 - Medicina e biomedicina.		Código NBS *****	
CIDE 0,00	COFINS 0,00	COFINS Importação 0,00	ICMS 0,00
IOF 0,00	IPI 0,00	PIS/PASEP 0,00	PIS/PASEP Importação 0,00
Base Cálculo ISSQN Próprio 0,00	Valor co ISSQN Próprio 0,00	Base Cálculo ISSQN Retido 25.000,00	Valor do ISSQN Retido 750,00
Valor Total da NFS-e 25.000,00		Valor Líquido da NFS-e 24.250,00	

Informações Adicionais Lei 12741/2012: Mun: R\$522,50; Est: R\$0,00; Fed: R\$3362,50; Total Aprox: R\$3885,00. Fonte: IBPT.	
--	---

Consulta realizada em 19/01/2024 às 08:36:51.
 Para consultar a autenticidade acesse: soledade-portais.govcloud.com.br/NFSe.Portal



202400000000465f1431f35c12560518000169

Recebi(emos) de CLINICA MEDICA TATIM LTDA. os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado. ____/____/____ Data	Identificação e assinatura do receptor 	Número da NFS-e 202400000000465 Competência 19/01/2024 NFS-e f1431f35c	Número de Controle do Município 
---	---	---	--

Consulta realizada em 19/01/2024 às 08:36:51.
 Para consultar a autenticidade acesse: soledade-portais.govcloud.com.br/NFSe.Portal

**Associado:** HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE**Cooperativa:** 0247**Conta Corrente:** 18089-4**Impresso em** 19/01/2024 09:03:32**TED Outra Titularidade**

Solicitante: CARLOS
Cooperativa Origem: 0247
Conta Origem: 18089-4
Número de Controle: 2141367462
Instituição: BANCO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL S.A
Cooperativa/Agência: 418
Tipo de Conta Destino: Conta Corrente
Conta Destino: 0603278203
Favorecido: CLINICA MEDICA TATIM
CPF/CNPJ: 12.560.518/0001-69
Data Transferência: 19/01/2024
Hora Transferência: 09:03:09
Valor a Transferir (R\$): 24.250,00
Finalidade: Credito Em Conta
Motivo Transferência: PAGTO HONORARIOS MEDICOS
Identificador: 97503676000130
Tarifa (R\$): 2,00
Autenticação Eletrônica: F100.CE39.CC7B.FA7E.3B23.ADB7.4AEE.3C5B

* A transação acima foi realizada via Internet Banking Sicredi conforme as condições especificadas neste comprovante.

* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.

* Em caso de agendamento, a efetivação da transação ocorrerá mediante disponibilidade de limite, saldo e demais requisitos do serviço. Acompanhe sua conta e sempre confira a execução dos agendamentos na data programada.

Serviços por telefone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
0800 724 4770 (Demais Regiões)

SAC 0800 724 7220

Ouvidoria 0800 646 2519

Atendimento aos deficientes auditivos ou de fala 0800 724 0525

LANÇADO

Nota Fiscal de Serviço Eletrônica

IZA PIAZZA & CIA LTDA ***** RUA ARMANDO HAEFFNER, 371 CEP: 99300-000 - Bairro. FONTES Município: Soledade - RS E-mail: escritoriourocha1@gmail.com Fone: (54) 3381-2606			Número da NFS-e 202400000000251	
CNPJ / CPF Inscrição Estadual Inscrição Municipal 18.792.637/0001-23 ISENT0 47811			Data do Serviço 19/01/2024	Código Verificador fceb7fe86

 MUNICÍPIO DE SOLEDADE/RS Secretaria Municipal da Fazenda Fone: (54) 3381-9010 - soledade-portais.govcloud.com.br/NFSe/Portal	Dt. de Emissão	Exigibilidade ISS	Tributado no Município
	19/01/2024	Exigível	Soledade/RS

TOMADOR DO SERVIÇO				Município de Prestação do Serviço	
Nome / Razão Social HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE				Soledade/RS	
Endereço AV. AV. PINHEIRO MACHADO,828					
Cidade Soledade	UF RS	Fone (54) 3381-1244	CEP 99300-000		
Bairro CENTRO					
CNPJ / CPF 97.503.676/0001-30		Inscrição Municipal 3575	Inscrição Estadual 1370031898		
E-mail carlaghellerhcf@gmail.com					

INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO			
Nome / Razão Social *****		CNPJ / CPF *****	Inscrição Municipal *****
E-mail		Fone	Cidade

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	VALOR TOTAL	ALIQ.	VALOR IMPOSTO
HONORÁRIOS MÉDICOS.	25.000,00	0,00	0,00
			Não

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

[illegible]

Valor Total da NFS-e	25.000,00	Valor Líquido da NFS-e	25.000,00
----------------------	-----------	------------------------	-----------

Informações Adicionais NOTA EMITIDA POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL NÃO GERA DIREITO A CRÉDITO FISCAL DE IPI Lei 12741/2012: Mun: R\$522,50; Est: R\$0,00; Fed: R\$3362,50; Total Aprox: R\$3885,00. Fonte: IBPT.	LAÇADO 
--	---

Consulta realizada em 19/01/2024 às 09:48:34.

Para consultar a autenticidade acesse: soledade-portais.govcloud.com.br/NFSe.Portal



```
202400000000251fceb7fe8618792637000123
```

Recebi(emos) de IZA PIAZZA & CIA LTDA	Número da NFS-e 202400000000251	Número de Controle do Município
os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado.	Competência 19/01/2024	
_____/_____/_____ Data	NFS-e fceb7fe86	

Consulta realizada em 19/01/2024 às 09:48:34

Para consultar a autenticidade acesse: soledade-portais.govcloud.com.br/NFSe.Portal

**Associado:** HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE**Cooperativa:** 0247**Conta Corrente:** 18089-4**Impresso em** 19/01/2024 10:08:48**TED Outra Titularidade**

Solicitante: CARLOS
Cooperativa Origem: 0247
Conta Origem: 18089-4
Número de Controle: 2141519977
Instituição: BANCO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL S.A
Cooperativa/Agência: 418
Tipo de Conta Destino: Conta Corrente
Conta Destino: 0604216600
Favorecido: IZA PIAZZA E CIA LTDA
CPF/CNPJ: 18.792.637/0001-23
Data Transferência: 19/01/2024
Hora Transferência: 10:08:29
Valor a Transferir (R\$): 25.000,00
Finalidade: Credito Em Conta
Motivo Transferência: PAGTO HONORARIOS MEDICOS
Identificador: 97503676000130
Tarifa (R\$): 2,00
Autenticação Eletrônica: 384F.868A.1E45.CB06.93AE.3357.C823.E32F

* A transação acima foi realizada via Internet Banking Sicredi conforme as condições especificadas neste comprovante.

* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.

* Em caso de agendamento, a efetivação da transação ocorrerá mediante disponibilidade de limite, saldo e demais requisitos do serviço. Acompanhe sua conta e sempre confira a execução dos agendamentos na data programada.

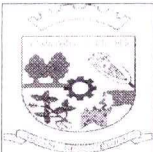
Serviços por telefone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
0800 724 4770 (Demais Regiões)

SAC 0800 724 7220

Ouvidoria 0800 646 2519

Atendimento aos deficientes auditivos ou de fala 0800 724 0525

LANÇADO

	PREFEITURA MUNICIPAL DE BARÃO DE COTEGIPE - RS		Número da Nota 115	
	SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA		Data e Hora de Emissão 19/01/2024 13:59:11	
	NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e		Código de Verificação 952E.47CB	
Competência 19/01/2024	Número do RPS / Série	Data de Emissão do RPS	Número da NFS-e Substituída	
DADOS DO(S) SERVIÇO(S)				
Exigibilidade Exigível	Município da Prestação do(s) Serviço(s) Barão de Cotegipe/RS		Município da Incidência Barão de Cotegipe/RS	
PRESTADOR DO(S) SERVIÇO				
Nome Razão Social SERVIÇOS MÉDICOS T3 LTDA				
Nome Fantasia				
Endereço Linha 3 São Roque, 666, Interior				
Município do Prestador Barão de Cotegipe/RS CEP 99740-000				
Cpf/Cnpj 31.671.349/0001-89		Inscrição Municipal 1627	Inscrição Estadual ISENTO	
Telefone (54)8448-0207		Email lt3cereais@gmail.com		
TOMADOR DO(S) SERVIÇO(S)				
Nome/Razão Social HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE				
Endereço AV PINHEIRO MACHADO, 828, CENTRO				
Município Soledade/RS CEP 99300-000				
Cpf/Cnpj 97.503.676/0001-30		Inscrição Municipal	Telefone	
Email financeiro.hcfc@gmail.com				
DISCRIMINAÇÃO DO(S) SERVIÇO				
Discriminação referente honorários médicos ps e internações		Valor do Serviço 10.000,00	Descontos(R\$)	Aliquota 3,00
Valor do(s) Serviço(s)(R\$) 10.000,00		Valor Dedução(R\$)	Descontos Incondicionais(R\$)	Base de Cálculo(R\$) 10.000,00
Aliquota(%) 3,00	Valor do ISS(R\$) 300,00	Valor do ISS Retido(R\$)	Descontos Condicionais(R\$)	
RETENÇÕES FEDERAIS				
Imposto de Renda(R\$)	PIS(R\$)	COFINS(R\$)	CSLL(R\$)	INSS(R\$)
Outras Retenções(R\$)				
TOTAIS				
Total do(s) Serviço(s)(R\$) 10.000,00		Total Líquido(R\$) 10.000,00		
Código de Classificação de Serviços 04.03 Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.				
OUTRAS INFORMAÇÕES				
A Autenticidade desta NFS-e pode ser verificada no site http://www.baraodecotegipe.rs.gov.br , item NFS-e, menu Consulta de Autenticidade da NFS-e. Valor Aproximado Tributos : Federal = R\$ 1.345,00 (13,45%) Municipal = R\$ 209,00 (2,09%) Fonte: IBPT				
Data e Hora da Impressão: 19/01/2024 13:59:17				
Recebemos de SERVIÇOS MÉDICOS T3 LTDA o(s) Serviço(s) da NFS-e indicada ao lado.				
Emissão 19/01/2024 Tomador HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE Total Líquido : R\$ 10.000,00			NFS-e Nº 115	
Data do Recebimento		Identificação e Assinatura do Recebedor		
LANÇADO				
Desenvolvido por: 				

**Associado:** HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE**Cooperativa:** 0247**Conta Corrente:** 18089-4**Impresso em** 19/01/2024 14:18:27**TED Outra Titularidade**

Solicitante: CARLOS
Cooperativa Origem: 0247
Conta Origem: 18089-4
Número de Controle: 2142012371
Instituição: UNICRED
Cooperativa/Agência: 7801
Tipo de Conta Destino: Conta Corrente
Conta Destino: 4547748
Favorecido: SERVICOS MEDICOS T3 LTDA
CPF/CNPJ: 31.671.349/0001-89
Data Transferência: 19/01/2024
Hora Transferência: 14:18:00
Valor a Transferir (R\$): 10.000,00
Finalidade: Credito Em Conta
Motivo Transferência: PAGTO HONORARIOS MEDICOS
Identificador: 97503676000130
Tarifa (R\$): 2,00
Autenticação Eletrônica: AE90.8A1B.23F8.BCEC.2E1C.B195.EF60.7750

* A transação acima foi realizada via Internet Banking Sicredi conforme as condições especificadas neste comprovante.

* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.

* Em caso de agendamento, a efetivação da transação ocorrerá mediante disponibilidade de limite, saldo e demais requisitos do serviço. Acompanhe sua conta e sempre confira a execução dos agendamentos na data programada.

Serviços por telefone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
0800 724 4770 (Demais Regiões)

SAC 0800 724 7220
Ouvidoria 0800 646 2519

Atendimento aos deficientes auditivos ou de fala 0800 724 0525

LANÇADO

Nota Fiscal de Serviço Eletrônica

PALLUDO & ALGAYER LTDA CLÍNICA ALGAYER E PALLUDO RUA VENANCIO AIRES, 816 - SALA 09 CEP: 99300-000 - Bairro: CENTRO Município: Soledade - RS E-mail: julietateixeirabrum@yahoo.com.br Fone: (54) 99636-4462			Número da NFS-e 202400000000370	
CNPJ / CPF Inscrição Estadual Inscrição Municipal 29.881.807/0001-62 ISENT0 5024758			Data do Serviço 19/01/2024	Código Verificador 2bff45aac

 MUNICÍPIO DE SOLEDADE/RS Secretaria Municipal da Fazenda Fone: (54) 3381-9010 - soledade-portais.govcloud.com.br/NFSe.Portal	Dt. de Emissão	Exigibilidade ISS	Tributado no Município
	19/01/2024	Exigível	Soledade/RS

TOMADOR DO SERVIÇO		Município de Prestação do Serviço	
Nome / Razão Social HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE Endereço AV. AV. PINHEIRO MACHADO,828 Cidade Soledade UF RS Fone (54) 3381-1244 CEP 99300-000 Bairro CENTRO CNPJ / CPF 97.503.676/0001-30 Inscrição Municipal 3575 Inscrição Estadual 1370031898 E-mail carlaghellerhcf@gmail.com		Soledade/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 honorários médicos	25.000,00	3,00	0,00	Não

Código do Serviço		Código NBS	
04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.		*****	
ICMS	COFINS	COFINS Importação	ICMS
0,00	0,00	0,00	0,00
Base Cálculo ISSQN Próprio	Valor do ISSQN Próprio	Base Cálculo ISSQN Retido	Valor do ISSQN Retido
25.000,00	0,00	0,00	0,00
Valor Total da NFS-e		Valor Líquido da NFS-e	
25.000,00		25.000,00	

Informações Adicionais Reg. Especial de Tributação: Estimativa Fixa Lei 12741/2012: Mun: R\$522,50; Est: R\$0,00; Fed: R\$3362,50; Total Aprox: R\$3885,00. Fonte: IBPT.	
--	---

Consulta realizada em 19/01/2024 às 14:24:15.
 Para consultar a autenticidade acesse: soledade-portais.govcloud.com.br/NFSe.Portal



2024000000003702bff45aac29881807000162

Recebi(emos) de PALLUDO & ALGAYER LTDA os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado. ____/____/____ Data	Identificação e assinatura do recebedor	Número da NFS-e 202400000000370 Competência 19/01/2024 NFS-e 2bff45aac	Número de Controle do Município
---	---	---	---------------------------------

Consulta realizada em 19/01/2024 às 14:24:15.
 Para consultar a autenticidade acesse: soledade-portais.govcloud.com.br/NFSe.Portal

**Associado:** HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE**Cooperativa:** 0247**Conta Corrente:** 18089-4**Impresso em** 19/01/2024 14:56:20**TED Outra Titularidade**

Solicitante: CARLOS
Cooperativa Origem: 0247
Conta Origem: 18089-4
Número de Controle: 2142100706
Instituição: UNICRED
Cooperativa/Agência: 1168
Tipo de Conta Destino: Conta Corrente
Conta Destino: 6802605
Favorecido: PALLUDO E ALGAYER LTDA
CPF/CNPJ: 29.881.807/0001-62
Data Transferência: 19/01/2024
Hora Transferência: 14:55:45
Valor a Transferir (R\$): 25.000,00
Finalidade: Credito Em Conta
Motivo Transferência: PAGTO HONORARIOS MEDICOS
Identificador: 97503676000130
Tarifa (R\$): 2,00
Autenticação Eletrônica: B2EB.5C2B.88C7.54BB.C36A.31C1.8971.FB19

* A transação acima foi realizada via Internet Banking Sicredi conforme as condições especificadas neste comprovante.

* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.

* Em caso de agendamento, a efetivação da transação ocorrerá mediante disponibilidade de limite, saldo e demais requisitos do serviço. Acompanhe sua conta e sempre confira a execução dos agendamentos na data programada.

Serviços por telefone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
0800 724 4770 (Demais Regiões)

SAC 0800 724 7220

Ouviconia 0800 646 2519

Atendimento aos deficientes auditivos ou de fala 0800 724 0525

LANÇADO

Nota Fiscal de Serviço Eletrônica

ANA C. NAZARI SAUDE CLINICA VITTA AV. AV. PINHEIRO MACHADO, 867 - SALA 103-B CEP: 99300-000 - Bairro: CENTRO Município: Soledade - RS E-mail: clinicavitta20@hotmail.com Fone: (54) 3381-3722			Número da NFS-e 202400000000189	
CNPJ / CPF 21.804.490/0001-59			Data do Serviço 22/01/2024	Código Verificador 5f4b77ed7
Inscrição Estadual ****		Inscrição Municipal 90609		

 MUNICÍPIO DE SOLEDADE/RS Secretaria Municipal da Fazenda Fone: (54) 3381-9010 - soledade-portais.govcloud.com.br/NFSe.Portal	Dt. de Emissão	Exigibilidade ISS	Tributado no Município
	22/01/2024	Exigível	Soledade/RS

TOMADOR DO SERVIÇO		Município de Prestação do Serviço	
Nome / Razão Social HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE		Soledade/RS	
Endereço AV. AV. PINHEIRO MACHADO, 828			
Cidade Soledade	UF RS	Fone (54) 3381-1244	CEP 99300-000
Bairro CENTRO			
CNPJ / CPF 97.503.676/0001-30	Inscrição Municipal 3575	Inscrição Estadual 1370031898	
E-mail carlaghellerhcf@gmail.com			

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 HONORÁRIOS MÉDICOS;. Aliquota Efetiva: 2,000000000000%.	17.520,90	2,00	350,42	Não

Código do Serviço		Código NBS	
04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.		*****	
CIDE	COFINS	COFINS Importação	ICMS
0,00	0,00	0,00	0,00
IOF	IPI	PIS/PASEP	PIS/PASEP Importação
0,00	0,00	0,00	0,00
Base Cálculo ISSQN Próprio	Valor do ISSQN Próprio	Base Cálculo ISSQN Retido	Valor do ISSQN Retido
17.520,90	350,42	0,00	0,00
Valor Total da NFS-e		Valor Líquido da NFS-e	
17.520,90		17.520,90	

Informações Adicionais NOTA EMITIDA POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL NÃO GERA DIREITO A CRÉDITO FISCAL DE IPI Lei 12741/2012: Mun: R\$366,19; Est: R\$0,00; Fed: R\$2356,56; Total Aprox: R\$2722,75. Fonte: IBPT.	
--	---

Consulta realizada em 22/01/2024 às 10:57:13.
 Para consultar a autenticidade acesse: soledade-portais.govcloud.com.br/NFSe.Portal



Recebi(emos) de ANA C. NAZARI SAUDE	Número da NFS-e 202400000000189	Número de Controle do Município
os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado.	Competência 22/01/2024	
Data	NFS-e 5f4b77ed7	
Identificação e assinatura do receptor		

Consulta realizada em 22/01/2024 às 10:57:13.
 Para consultar a autenticidade acesse: soledade-portais.govcloud.com.br/NFSe.Portal

**Associado:** HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE**Cooperativa:** 0247**Conta Corrente:** 18089-4**Impresso em** 22/01/2024 11:30:59**TED Outra Titularidade**

Solicitante: CARLOS
Cooperativa Origem: 0247
Conta Origem: 18089-4
Número de Controle: 2143822020
Instituição: UNICRED
Cooperativa/Agência: 1168
Tipo de Conta Destino: Conta Corrente
Conta Destino: 6802842
Favorecido: ANA C. NAZARI SAUDE
CPF/CNPJ: 21.804.490/0001-59
Data Transferência: 22/01/2024
Hora Transferência: 11:30:33
Valor a Transferir (R\$): 17.520,90
Finalidade: Credito Em Conta
Motivo Transferência: PAGTO HONORARIOS MEDICOS
Identificador:
Tarifa (R\$): 2,00
Autenticação Eletrônica: 1132.944F.9390.8841.F6E2.BF4B.4E40.A9DB

* A transação acima foi realizada via Internet Banking Sicredi conforme as condições especificadas neste comprovante.

* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.

* Em caso de agendamento, a efetivação da transação ocorrerá mediante disponibilidade de limite, saldo e demais requisitos do serviço. Acompanhe sua conta e sempre confira a execução dos agendamentos na data programada.

Serviços por telefone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
0800 724 4770 (Demais Regiões)

SAC 0800 724 7220
Ouvidoria 0800 646 2519

Atendimento aos deficientes auditivos ou de fala 0800 724 0525

LANÇADO



Associado: HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE
Cooperativa: 0247 Conta Corrente: 18089-4 Impresso em 01/03/2024 13:37:48

Extrato				
Dados referentes ao período 01/02/2024 a 29/02/2024.				
Data	Descrição	Documento	Valor (R\$)	Saldo (R\$)
	SALDO			0,00
22/02/2024	TED 87738530000110 PM FUNDO SAUDE PROPRIOS	241710	172.500,00	172.500,00
23/02/2024	DEBITO TED/IB 18792637000123 IZA PIAZZA E CIA LT	I00162	-20.000,00	152.500,00
23/02/2024	DEBITO TED/IB 31671349000189 SERVICOS MEDICOS T3	I00163	-20.000,00	132.500,00
23/02/2024	DEBITO TED/IB 12560518000169 CLINICA MEDICA TATI	I00192	-19.400,00	113.100,00
23/02/2024	TRANSF ENTRE CONTAS 15287128000155 IGOR ELIAS GH	SI01308	-18.770,00	94.330,00
23/02/2024	DEBITO TED/IB 29881807000162 PALLUDO E ALGAYER L	I00272	-20.000,00	74.330,00
23/02/2024	DEBITO TED/IB 30600624000100 CLEUSA SALETE SCIPI	I00278	-20.000,00	54.330,00
23/02/2024	TRANSF ENTRE CONTAS 97503676000130 HOSPITAL DE C	SI01561	12,00	54.342,00
23/02/2024	DOC/TED INTERNET PJ		-2,00	54.340,00
23/02/2024	DOC/TED INTERNET PJ		-2,00	54.338,00
23/02/2024	DOC/TED INTERNET PJ		-2,00	54.336,00
23/02/2024	DOC/TED INTERNET PJ		-2,00	54.334,00
23/02/2024	DOC/TED INTERNET PJ		-2,00	54.332,00
26/02/2024	DEBITO TED/IB 21804490000159 ANA C. NAZARI SAUDE	I00147	-34.330,00	20.002,00
26/02/2024	DOC/TED INTERNET PJ		-2,00	20.000,00
28/02/2024	TRANSF ENTRE CONTAS 53720748000125 GLRM SERVICO	SI00137	-20.000,00	0,00
Saldo da Conta				
			Saldo em 01/03/2024	
Saldo atual (disponível em conta)			R\$ 0,00	
Saldo bloqueado			R\$ 0,00	
Lançamentos a conferir			R\$ 0,00	
Saldo de investimentos com resgate automático			R\$ 0,00	
Limite cheque especial			R\$ 0,00	
Limite disponível do cheque especial			R\$ 0,00	
Taxa de juros mensal do cheque especial			0.00 %	
Taxa de inadimplência do cheque especial			1.00 %	
Vencimento do cheque especial				
Custo Efetivo Total (CET) - Anual			0.00 %	

Sicredi Fone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
0800 724 4770 (Demais Regiões)
SAC 0800 724 7220
Ouvidoria 0800 646 2519

Nota Fiscal de Serviço Eletrônica

IZA PIAZZA & CIA LTDA RUA ARMANDO HAEFFNER, 371 CEP: 99300-000 - Bairro: FONTES Município: Soledade - RS E-mail: escritoriorocha1@gmail.com Fone: (54) 3381-2606			Número da NFS-e 202400000000256	
CNPJ / CPF Inscrição Estadual Inscrição Municipal 18.792.637/0001-23 ISENTO 47811			Data do Serviço 23/02/2024	Código Verificador cca560196

 MUNICÍPIO DE SOLEDADE/RS Secretaria Municipal da Fazenda Fone: (54) 3381-9010 - soledade-portais.govcloud.com.br/NFSe.Portal	Dt. de Emissão	Exigibilidade ISS	Tributado no Município
	23/02/2024	Exigível	Soledade/RS

TOMADOR DO SERVIÇO		Município de Prestação do Serviço	
Nome / Razão Social HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE Endereço AV. AV. PINHEIRO MACHADO, 828 Cidade Soledade UF RS Fone (54) 3381-1244 CEP 99300-000 Bairro CENTRO CNPJ / CPF 97.503.676/0001-30 Inscrição Municipal 3575 Inscrição Estadual 1370031898 E-mail mendesmarciad@yahoo.com.br		Soledade/RS	

INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO			
Nome / Razão Social CNPJ / CPF Fone Cidade		Inscrição Municipal	

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	VALOR TOTAL	ALIQ.	VALOR IMPOSTO	RETIDO
REFERENTE SOBRE AVISOS 12/2023	20.000,00	0,00	0,00	Não

Código do Serviço 04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.		Código NBS *****	
ICMS	ICMS Importação	ICMS	ICMS Importação
0,00	0,00	0,00	0,00
Base Cálculo ISSQN Próprio	Valor do ISSQN Próprio	Base Cálculo ISSQN Retido	Valor do ISSQN Retido
20.000,00	0,00	0,00	0,00
Valor Total da NFS-e	20.000,00	Valor Líquido da NFS-e	20.000,00

Informações Adicionais NOTA EMITIDA POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL. NÃO GERA DIREITO A CRÉDITO FISCAL DE IPI Lei 12741/2012: Mun: R\$418,00; Est: R\$0,00; Fed: R\$2690,00; Total Aprox: R\$3108,00. Fonte: IBPT.	
---	---

Consulta realizada em 23/02/2024 às 11:29:54.
 Para consultar a autenticidade acesse: soledade-portais.govcloud.com.br/NFSe.Portal



Recebi(emos) de IZA PIAZZA & CIA LTDA os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado. _____ Data	Identificação e assinatura do receptor _____ Identificação e assinatura do receptor	Número da NFS-e 202400000000256 Competência 23/02/2024 NFS-e cca560196	Número de Controle do Município 
--	---	---	--

Consulta realizada em 23/02/2024 às 11:29:54.
 Para consultar a autenticidade acesse: soledade-portais.govcloud.com.br/NFSe.Portal



Associado: HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE

Cooperativa: 0247 Conta Corrente: 18089-4 Impresso em 23/02/2024 11:51:14

TED Outra Titularidade

Solicitante: CARLOS
Cooperativa Origem: 0247
Conta Origem: 18089-4
Número de Controle: 2183218752
Instituição: BANCO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL S.A
Cooperativa/Agência: 418
Tipo de Conta Destino: Conta Corrente
Conta Destino: 0604216600
Favorecido: IZA PIAZZA E CIA LTDA
CPF/CNPJ: 18.792.637/0001-23
Data Transferência: 23/02/2024
Hora Transferência: 11:50:32
Valor a Transferir (R\$): 20.000,00
Finalidade: Credito Em Conta
Motivo Transferência: PAGTO HONORARIOS MEDICOS
Identificador: 97.503.676/0001-30
Tarifa (R\$): 2,00
Autenticação Eletrônica: 5FAF.C069.D3FB.F5AC.DD9B.2CB4.7B8C.3564

* A transação acima foi realizada via Internet Banking Sicredi conforme as condições especificadas neste comprovante.

* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.

* Em caso de agendamento, a efetivação da transação ocorrerá mediante disponibilidade de limite, saldo e demais requisitos do serviço. Acompanhe sua conta e sempre confira a execução dos agendamentos na data programada.

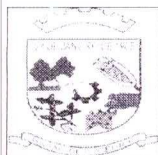
Serviços por telefone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas)

0800 724 4770 (Demais Regiões)

SAC 0800 724 7220

Ouvidoria 0800 646 2519

Atendimento aos deficientes auditivos ou de fala 0800 724 0525



PREFEITURA MUNICIPAL DE BARÃO DE COTEGIPE - RS

SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

Número da Nota

117

Data e Hora de Emissão

23/02/2024 11:42:13

Código de Verificação

8DF2.955C

Número da NFS-e Substituída



Competência

23/02/2024

Número do RPS / Série

Data de Emissão do RPS

DADOS DO(S) SERVIÇO(S)

Exigibilidade

Exigível

Município da Prestação do(s) Serviço(s)

Barão de Cotegipe/RS

Município da Incidência

Barão de Cotegipe/RS

PRESTADOR DO(S) SERVIÇO

Nome Razão Social

SERVIÇOS MÉDICOS T3 LTDA

Nome Fantasia

Endereço

Linha 3 São Roque, 666, Interior

Município do Prestador

Barão de Cotegipe/RS CEP 99740-000

Cpf/Cnpj

31.671.349/0001-89

Inscrição Municipal

1627

Inscrição Estadual

ISENTO

Telefone

(54)8448-0207

Email

lt3cereais@gmail.com

TOMADOR DO(S) SERVIÇO(S)

Nome/Razão Social

HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE

Endereço

AV PINHEIRO MACHADO, 828, CENTRO

Município

Soledade/RS CEP 99300-000

Cpf/Cnpj

97.503.676/0001-30

Inscrição Municipal

Telefone

Email

financeiro.hcfc@gmail.com

DISCRIMINAÇÃO DO(S) SERVIÇO

Discriminação

Honorário médicos

Valor do Serviço

20.000,00

Descontos(R\$)

Aliquota

3,00

Valor do ISS(R\$)

600,00

Valor do(s) Serviço(s)(R\$)

20.000,00

Valor Dedução(R\$)

Descontos Incondicionais(R\$)

Base de Cálculo(R\$)

20.000,00

Aliquota(%)

3,00

Valor do ISS(R\$)

600,00

Valor do ISS Retido(R\$)

Descontos Condicionais(R\$)

RETENÇÕES FEDERAIS

Imposto de Renda(R\$)

PIS(R\$)

COFINS(R\$)

CSLL(R\$)

INSS(R\$)

Outras Retenções(R\$)

TOTAIS

Total do(s) Serviço(s)(R\$)

20.000,00

Total Líquido(R\$)

20.000,00

Código de Classificação de Serviços

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

OUTRAS INFORMAÇÕES

A Autenticidade desta NFS-e pode ser verificada no site <http://www.baraodecotegipe.rs.gov.br>, item NFS-e, menu Consulta de Autenticidade da NFS-e.
Valor Aproximado Tributos : Federal = R\$ 2.690,00 (13,45%) Municipal = R\$ 418,00 (2,09%) Fonte: IBPT

Data e Hora da Impressão: 23/02/2024 11:42:23

Recebemos de SERVIÇOS MÉDICOS T3 LTDA o(s) Serviço(s) da NFS-e indicada ao lado.

Emissão 23/02/2024 Tomador HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE Total Líquido : R\$ 20.000,00

NFS-e Nº 117

Data de Recebimento

Identificação e Assinatura do Recebedor

**Associado:** HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE**Cooperativa:** 0247 **Conta Corrente:** 18089-4 **Impresso em** 23/02/2024 11:51:15**TED Outra Titularidade**

Solicitante: CARLOS
Cooperativa Origem: 0247
Conta Origem: 18089-4
Número de Controle: 2183222036
Instituição: UNICRED
Cooperativa/Agência: 7801
Tipo de Conta Destino: Conta Corrente
Conta Destino: 4547748
Favorecido: SERVICOS MEDICOS T3 LTDA
CPF/CNPJ: 31.671.349/0001-89
Data Transferência: 23/02/2024
Hora Transferência: 11:50:32
Valor a Transferir (R\$): 20.000,00
Finalidade: Credito Em Conta
Motivo Transferência: PAGTO HONORARIOS MEDICOS
Identificador: 97.503.676/0001-30
Tarifa (R\$): 2,00
Autenticação Eletrônica: BFE7.69F7.E9E4.77CF.8B62.46E1.149E.EA52

* A transação acima foi realizada via Internet Banking Sicredi conforme as condições especificadas neste comprovante.

* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.

* Em caso de agendamento, a efetivação da transação ocorrerá mediante disponibilidade de limite, saldo e demais requisitos do serviço. Acompanhe sua conta e sempre confira a execução dos agendamentos na data programada.

Serviços por telefone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
0800 724 4770 (Demais Regiões)

SAC 0800 724 7220
Ouvidoria 0800 646 2519

Atendimento aos deficientes auditivos ou de fala 0800 724 0525

Nota Fiscal de Serviço Eletrônica

CLINICA MÉDICA TATIM LTDA. *** AV. AV. PINHEIRO MACHADO, 952 - SALA 206 - GALERIA SIDNEY BORGES CEP: 99300-000 - Bairro: CENTRO Município: Soledade - RS E-mail: contabil.brum@yahoo.com.br Fone: (54) 3381-1278 CNPJ / CPF Inscrição Estadual Inscrição Municipal 12.560.518/0001-69 ISENT0 7390		Número da NFS-e 202400000000470 Data do Serviço Código Verificador 23/02/2024 96b71f23c
---	--	--

 MUNICÍPIO DE SOLEDADE/RS Secretaria Municipal da Fazenda Fone: (54) 3381-9010 - soledade-portais.govcloud.com.br/NFSe.Portal	Dt. de Emissão	Exigibilidade ISS	Tributado no Município
	23/02/2024	Exigível	Soledade/RS

TOMADOR DO SERVIÇO		Município de Prestação do Serviço	
Nome / Razão Social HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE Endereço AV. AV. PINHEIRO MACHADO,828 Cidade Soledade UF RS Fone: (54) 3381-1244 CEP 99300-000 Bairro CENTRO CNPJ / CPF Inscrição Municipal Inscrição Estadual 97.503.676/0001-30 3575 1370031898 E-mail mendesmarciad@yahoo.com.br		Soledade/RS	

INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO	
Nome / Razão Social ***** E-mail	CNPJ / CPF ***** Fone: Cidade *****

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	VALOR TOTAL	ALIQ.	VALOR IMPOSTO	RETIDO
referente sobreaviso 12/23	20.000,00	3,00	600,00	Sim

Código do Serviço 04.01 - Medicina e biomedicina.	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 0,00 0,00 20.000,00 600,00 0,00 0,00	
Valor Total da NFS-e 20.000,00 Valor Líquido da NFS-e 19.400,00	

Informações Adicionais Lei 12741/2012; Mun: R\$418,00; Est: R\$0,00; Fed: R\$2690,00; Total Aprox: R\$3108,00. Fonte: IBPT.	
--	---

Consulta realizada em 23/02/2024 às 12:35:04.
 Para consultar a autenticidade acesse: soledade-portais.govcloud.com.br/NFSe.Portal



Recebi(emos) de CLINICA MEDICA TATIM LTDA. os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado. ____/____/____ Data Identificação e assinatura do receptor	Número da NFS-e 202400000000470 Competência 23/02/2024 NFS-e 96b71f23c	Número de Controle do Município 
---	---	--

Consulta realizada em 23/02/2024 às 12:35:04.
 Para consultar a autenticidade acesse: soledade-portais.govcloud.com.br/NFSe.Portal

**Associado:** HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE**Cooperativa:** 0247**Conta Corrente:** 18089-4**Impresso em** 23/02/2024 13:11:12**TED Outra Titularidade**

Solicitante: CARLOS
Cooperativa Origem: 0247
Conta Origem: 18089-4
Número de Controle: 2183321751
Instituição: BANCO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL S.A
Cooperativa/Agência: 418
Tipo de Conta Destino: Conta Corrente
Conta Destino: 0603278203
Favorecido: CLINICA MEDICA TATIM
CPF/CNPJ: 12.560.518/0001-69
Data Transferência: 23/02/2024
Hora Transferência: 13:10:51
Valor a Transferir (R\$): 19.400,00
Finalidade: Credito Em Conta
Motivo Transferência: PAGTO HONORARIOS MEDICOS
Identificador: 97.503.676/0001-30
Tarifa (R\$): 2,00
Autenticação Eletrônica: 9C4A.D914.6D43.2F92.F0C6.746B.CFB8.9655

* A transação acima foi realizada via Internet Banking Sicredi conforme as condições especificadas neste comprovante.

* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.

* Em caso de agendamento, a efetivação da transação ocorrerá mediante disponibilidade de limite, saldo e demais requisitos do serviço. Acompanhe sua conta e sempre confira a execução dos agendamentos na data programada.

Serviços por telefone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
0800 724 4770 (Demais Regiões)

SAC 0800 724 7220
Ouvidoria 0800 646 2519

Atendimento aos deficientes auditivos ou de fala 0800 724 0525

Nota Fiscal de Serviço Eletrônica

IGOR ELIAS GHELLER & CIA LTDA CLINICA GHELLER RUA QUINTINO BOCAIUVA, 643 - SALA 02 CEP: 99300-000 - Bairro: CENTRO Município: Soledade - RS E-mail: denilson.tonezer@terra.com.br Fone: (00) 0000-0000			Número da NFS-e 202400000000799	
CNPJ / CPF Inscrição Estadual Inscrição Municipal 15.287.128/0001-55 ISENTA 7908			Data do Serviço 23/02/2024	Código Verificador 3f2423c46

 MUNICÍPIO DE SOLEDADE/RS Secretaria Municipal da Fazenda Fone: (54) 3381-9010 - soledade-portais.govcloud.com.br/NFSe.Portal	Dt. de Emissão 23/02/2024	Exigibilidade ISS Exigível	Tributado no Município Soledade/RS
---	-------------------------------------	-------------------------------	---------------------------------------

TOMADOR DO SERVIÇO		Município de Prestação do Serviço	
Nome / Razão Social HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE Endereço AV. AV. PINHEIRO MACHADO,828 Cidade Soledade UF RS Fone (54) 3381-1244 CEP 99300-000 Bairro CENTRO CNPJ / CPF 97.503.676/0001-30 Inscrição Municipal 3575 Inscrição Estadual 1370031898 E-mail mendesmarciad@yahoo.com.br		Soledade/RS	

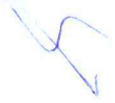
INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO	
Nome / Razão Social ***** E-mail	CNPJ / CPF ***** Fone Cidade *****

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	VALOR TOTAL	ALIQ.	VALOR IMPOSTO	RETIDO
SOBREAVISO REFERENTE MES DEZEMBRO DE 2023.	20.000,00	3,00	600,00	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 600,00 COFINS Importação 0,00 ICMS 0,00 IOF 0,00 IPI 0,00 PIS/PASFP 130,00 PIS/PASFP Importação 0,00	Base Cálculo ISSQN Proprio 20.000,00 Valor do ISSQN Proprio 600,00 Base Cálculo ISSQN Retido 0,00 Valor do ISSQN Retido 0,00 Valor Total do ISSQN 600,00 Valor Dedução/Descontos 0,00		
Valor Total da NFS-e 20.000,00		Valor Líquido da NFS-e 18.770,00	
Informações Adicionais Lei 12741/2012: Mun. R\$418,00; Est. R\$0,00; Fed. R\$2690,00; Total Aprox. R\$3108,00. Fonte: IBPT. IR Retido: R\$300,00 Retenções: COFINS R\$ 600,00;PIS R\$ 130,00;CSLL R\$ 200,00;			

Consulta realizada em 23/02/2024 às 14:10:41.
 Para consultar a autenticidade acesse: soledade-portais.govcloud.com.br/NFSe.Portal



Recebi(emos) de IGOR ELIAS GHELLER & CIA LTDA os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado. _____ Data Identificação e assinatura do receptor	Número da NFS-e 202400000000799 Competência 23/02/2024 NFS-e 3f2423c46	Número de Controle do Município 
--	---	--

Consulta realizada em 23/02/2024 às 14:10:41.
 Para consultar a autenticidade acesse: soledade-portais.govcloud.com.br/NFSe.Portal

**Associado:** HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE**Cooperativa:** 0247**Conta Corrente:** 18089-4**Impresso em** 23/02/2024 14:27:29

Transferência entre Contas do Sicredi

Solicitante: CARLOS
Cooperativa Origem: 0247
Conta Origem: 18089-4
Número de Controle: 2183444197
Cooperativa Destino: 247
Conta Destino: 51212-5
Favorecido: IGOR ELIAS GHELLER E CIA LTDA ME
Origem dos Recursos: Conta Corrente
Data da Transferência: 23/02/2024
Hora da Transferência: 14:27:09
Valor Transferido (R\$): 18.770,00
Motivo da Transferência: PAGTO HONORARIOS MEDICOS
Autenticação Eletrônica: EFCF.20FF.B521.4C08.7D41.0347.1EC3.2F71

- * A transação acima foi realizada via Internet Banking Sicredi conforme as condições especificadas neste comprovante.
- * Os transferências realizadas nos sábados, domingos e feriados serão processadas com a data contábil do próximo dia útil.
- * Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.
- * Em caso de agendamento, a efetivação da transação ocorrerá mediante disponibilidade de limite, saldo e demais requisitos do serviço. Acompanhe sua conta e sempre confira a execução dos agendamentos na data programada.

Serviços por telefone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
0800 724 4770 (Demais Regiões)
SAC 0800 724 7220
Ouvidoria 0800 646 2519
Atendimento aos deficientes auditivos ou de fala 0800 724 0525

Nota Fiscal de Serviço Eletrônica

PALLUDO & ALGAYER LTDA CLÍNICA ALGAYER E PALLUDO RUA VENANCIO AIRES, 816 - SALA 09 CEP: 99300-000 - Bairro: CENTRO Município: Soledade - RS E-mail: julietateixeirabrum@yahoo.com.br Fone: (54) 99636-4462			Número da NFS-e 202400000000375	
CNPJ / CPF Inscrição Estadual Inscrição Municipal 29.881.807/0001-62 ISENT0 5024758			Data do Serviço 23/02/2024	Código Verificador 2eba6260e

 MUNICÍPIO DE SOLEDADE/RS Secretaria Municipal da Fazenda Fone: (54) 3381-9010 - soledade-portais.govcloud.com.br/NFSe.Portal	Dt. de Emissão 23/02/2024	Exigibilidade ISS Exigível	Tributado no Município Soledade/RS
---	-------------------------------------	-------------------------------	---------------------------------------

TOMADOR DO SERVIÇO				Município de Prestação do Serviço	
Nome / Razão Social HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE				Soledade/RS	
Endereço AV. AV. PINHEIRO MACHADO, 828					
Cidade Soledade	UF RS	Fone (54) 3381-1244	CEP 99300-000		
Bairro CENTRO					
CNPJ / CPF 97.503.676/0001-30		Inscrição Municipal 3575	Inscrição Estadual 1370031898		
E-mail mendesmarciad@yahoo.com.br					

INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO					
Nome / Razão Social *****		CNPJ / CPF *****		Inscrição Municipal *****	
E-mail			Fone		Cidade *****

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	VALOR TOTAL	ALIQ.	VALOR IMPOSTO	RETIDO
referente sobreaviso 12/23.	20.000,00	3,00	0,00	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 20.000,00	Valor do ISSQN Próprio 0,00	Base Cálculo ISSQN Retido 0,00	Valor do ISSQN Retido 0,00
Valor Total da NFS-e 20.000,00		Valor Líquido da NFS-e 20.000,00	

Informações Adicionais Reg. Especial de Tributação: Estimativa Fixa Lei 12741/2012: Mun: R\$418,00; Est: R\$0,00; Fed: R\$2690,00; Total Aprox: R\$3108,00; Fonte: IBPT.	
--	---

Consulta realizada em 23/02/2024 às 15:09:20.
 Para consultar a autenticidade acesse: soledade-portais.govcloud.com.br/NFSe.Portal



2024000000003752eba6260e29881807000162

Recebi(emos) de PALLUDO & ALGAYER LTDA os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado. ____/____/____ Data	Identificação e assinatura do receptor	Número da NFS-e 202400000000375 Competência 23/02/2024 NFS-e 2eba6260e	Número de Controle do Município
--	--	---	---------------------------------

Consulta realizada em 23/02/2024 às 15:09:20.
 Para consultar a autenticidade acesse: soledade-portais.govcloud.com.br/NFSe.Portal

**Associado:** HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE**Cooperativa:** 0247**Conta Corrente:** 18089-4**Impresso em** 23/02/2024 16:05:23**TED Outra Titularidade**

Solicitante: CARLOS
Cooperativa Origem: 0247
Conta Origem: 18089-4
Número de Controle: 2183636089
Instituição: UNICRED
Cooperativa/Agência: 1168
Tipo de Conta Destino: Conta Corrente
Conta Destino: 6802605
Favorecido: PALLUDO E ALGAYER LTDA
CPF/CNPJ: 29.881.807/0001-62
Data Transferência: 23/02/2024
Hora Transferência: 16:04:39
Valor a Transferir (R\$): 20.000,00
Finalidade: Credito Em Conta
Motivo Transferência: PAGTO HONORARIOS MEDICOS
Identificador: 97.503.676/0001-30
Tarifa (R\$): 2,00
Autenticação Eletrônica: D070.CB13.4800.19A7.BA23.F523.E73E.920B

* A transação acima foi realizada via Internet Banking Sicredi conforme as condições especificadas neste comprovante.

* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.

* Em caso de agendamento, a efetivação da transação ocorrerá mediante disponibilidade de limite, saldo e demais requisitos do serviço. Acompanhe sua conta e sempre confira a execução dos agendamentos na data programada.

Serviços por telefone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
0800 724 4770 (Demais Regiões)

SAC 0800 724 7220

Ouvidoria 0800 646 2519

Atendimento aos deficientes auditivos ou de fala 0800 724 0525

Nota Fiscal de Serviço Eletrônica

CLEUSA SALETE SCIPIONI DA ROCHA **** AV. AV. PINHEIRO MACHADO, 952 - SALA 104 CEP. 99300-000 - Bairro: CENTRO Município: Soledade - RS E-mail: contabil.br@gmail.com.br Fone: (54) 3381-1504			Número da NFS-e 202400000000258	
CNPJ / CPF Inscrição Estadual Inscrição Municipal 30.600.624/0001-00 ISENT0 5048			Data do Serviço 23/02/2024	Código Verificador 87bb6307a

 MUNICÍPIO DE SOLEDADE/RS Secretaria Municipal da Fazenda Fone: (54) 3381-9010 - soledade-portais.govcloud.com.br/NFSe.Portal	Dt. de Emissão	Exigibilidade ISS	Tributado no Município
	23/02/2024	Exigível	Soledade/RS

TOMADOR DO SERVIÇO		Município de Prestação do Serviço	
Nome / Razão Social HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE Endereço AV. AV. PINHEIRO MACHADO, 828 Cidade Soledade UF RS Fone (54) 3381-1244 CEP 99300-000 Bairro CENTRO CNPJ / CPF 97.503.676/0001-30 Inscrição Municipal 3575 Inscrição Estadual 1370031898 E-mail mendesmarciad@yahoo.com.br		Soledade/RS	

INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO			
Nome / Razão Social ***** E-mail		CNPJ / CPF ***** Fone	Inscrição Municipal ***** Cidade *****

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	VALOR TOTAL	ALIQ.	VALOR IMPOSTO	RETIDO
REFERENTE SOBREAVISO 12/2023	20.000,00	3,00	0,00	Não

Código do Serviço 04.01 - Medicina e biomedicina.		Código NBS *****	
CIDF 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 Proprio 20.000,00	Valor da ISSQN Proprio 0,00	Base Cálculo ISSQN Retido 0,00	Valor do ISSQN Retido 0,00
Valor Total da NFS-e 20.000,00		Valor Líquido da NFS-e 20.000,00	

Informações Adicionais Reg. Especial de Tributação: Estimativa Fixa Lei 12741/2012: Mun: R\$418,00; Est: R\$0,00; Fed: R\$2690,00; Total Aprox: R\$3108,00. Fonte: IBPT.	
--	---

Consulta realizada em 23/02/2024 às 15:25:00.

Para consultar a autenticidade acesse: soledade-portais.govcloud.com.br/NFSe.Portal



20240000000025887bb6307a30600624000100

Recebi(emos) de CLEUSA SALETE SCIPIONI DA ROCHA os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado. ____/____/____ Data	Identificação e assinatura do recebedor	Número da NFS-e 202400000000258 Competência 23/02/2024 NFS-e 87bb6307a	Número de Controle do Município
---	---	---	---------------------------------

Consulta realizada em 23/02/2024 às 15:25:00.

Para consultar a autenticidade acesse: soledade-portais.govcloud.com.br/NFSe.Portal



Associado: HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE

Cooperativa: 0247 Conta Corrente: 18089-4 Impresso em 23/02/2024 16:09:06

TED Outra Titularidade

Solicitante: ADAIRTO
Cooperativa Origem: 0247
Conta Origem: 18089-4
Número de Controle: 2183642148
Instituição: UNICRED
Cooperativa/Agência: 1168
Tipo de Conta Destino: Conta Corrente
Conta Destino: 744824
Favorecido: CLEUSA SALETE SCIPIONI DA ROCHA
CPF/CNPJ: 30.600.624/0001-00
Data Transferência: 23/02/2024
Hora Transferência: 16:08:31
Valor a Transferir (R\$): 20.000,00
Finalidade: Credito Em Conta
Motivo Transferência: PAGTO HONORARIOS MEDICOS
Identificador: 97.503.676/0001-30
Tarifa (R\$): 2,00
Autenticação Eletrônica: DA31.EFDA.A670.4448.A284.49E6.95BF.8D17

* A transação acima foi realizada via Internet Banking Sicredi conforme as condições especificadas neste comprovante.

* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.

* Em caso de agendamento, a efetivação da transação ocorrerá mediante disponibilidade de limite, saldo e demais requisitos do serviço. Acompanhe sua conta e sempre confira a execução dos agendamentos na data programada.

Serviços por telefone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
0800 724 4770 (Demais Regiões)

SAC 0800 724 7220
Ouvidoria 0800 646 2519

Atendimento aos deficientes auditivos ou de fala 0800 724 0525

Nota Fiscal de Serviço Eletrônica

ANA C. NAZARI SAUDE CLINICA VITTA AV. AV. PINHEIRO MACHADO, 867 - SALA 103-B CEP: 99300-000 - Bairro: CENTRO Município: Soledade - RS E-mail: clinicavitta20@hotmail.com Fone: (54) 3381-3722			Número da NFS-e 202400000000196	
CNPJ / CPF Inscrição Estadual Inscrição Municipal 21.804.490/0001-59 **** 90609			Data do Serviço 26/02/2024	Código Verificador 23a8b2e59

 MUNICÍPIO DE SOLEDADE/RS Secretaria Municipal da Fazenda Fone: (54) 3381-9010 - soledade-portais.govcloud.com.br/NFSe.Portal	Dt. de Emissão 26/02/2024	Exigibilidade ISS Exigível	Tributado no Município Soledade/RS
---	-------------------------------------	-------------------------------	---------------------------------------

TOMADOR DO SERVIÇO				Município de Prestação do Serviço	
Nome / Razão Social HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE				Soledade/RS	
Endereço AV. AV. PINHEIRO MACHADO,828					
Cidade Soledade	UF RS	Fone (54) 3381-1244	CEP 99300-000		
Bairro CENTRO					
CNPJ / CPF 97.503.676/0001-30	Inscrição Municipal 3575	Inscrição Estadual 1370031898			
E-mail mendesmarciad@yahoo.com.br					

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 PLANTÃO PA 12/2023, Alíquota Efetiva: 2,000000000000%.	34.330,00	2,00	686,60	Não

Código do Serviço 04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.				Código NBS *****	
CDF 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 34.330,00	Valor do ISSQN Próprio 686,60	Base Cálculo ISSQN Retido 0,00	Valor do ISSQN Retido 0,00	Valor Total do ISSQN 686,60	Valor Dedução/Descontos 0,00
Valor Total da NFS-e 34.330,00		Valor Líquido da NFS-e 34.330,00			

Informações Adicionais NOTA EMITIDA POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL NÃO GERA DIREITO A CRÉDITO FISCAL DE IPI Lei 12741/2012: Mun: R\$717,50; Est: R\$0,00; Fed: R\$4617,38; Total Aprox: R\$5334,88. Fonte: IBPT.	
--	---

Consulta realizada em 26/02/2024 às 11:01:38.
 Para consultar a autenticidade acesse: soledade-portais.govcloud.com.br/NFSe.Portal



20240000000019623a8b2e5921804490000159

Recebi(emos) de ANA C. NAZARI SAUDE os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado. _____ Data	Identificação e assinatura do recebedor _____ _____ _____	Número da NFS-e 202400000000196 Competência 26/02/2024 NFS-e 23a8b2e59	Número de Controle do Município 
--	--	---	--

Consulta realizada em 26/02/2024 às 11:01:38.
 Para consultar a autenticidade acesse: soledade-portais.govcloud.com.br/NFSe.Portal

**Associado:** HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE**Cooperativa:** 0247**Conta Corrente:** 18089-4**Impresso em** 26/02/2024 11:24:24**TED Outra Titularidade**

Solicitante: CARLOS
Cooperativa Origem: 0247
Conta Origem: 18089-4
Número de Controle: 2185038158
Instituição: UNICRED
Cooperativa/Agência: 1168
Tipo de Conta Destino: Conta Corrente
Conta Destino: 6802842
Favorecido: ANA C. NAZARI SAUDE
CPF/CNPJ: 21.804.490/0001-59
Data Transferência: 26/02/2024
Hora Transferência: 11:23:57
Valor a Transferir (R\$): 34.330,00
Finalidade: Credito Em Conta
Motivo Transferência: PAGTO HONORARIOS MEDICOS
Identificador: 97.503.676/0001-30
Tarifa (R\$): 2,00
Autenticação Eletrônica: 1098.E1E3.11E7.15AE.723A.DF3D.3E7A.71C6

* A transação acima foi realizada via Internet Banking Sicredi conforme as condições especificadas neste comprovante.

* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.

* Em caso de agendamento, a efetivação da transação ocorrerá mediante disponibilidade de limite, saldo e demais requisitos do serviço. Acompanhe sua conta e sempre confira a execução dos agendamentos na data programada.

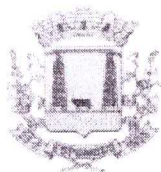
Serviços por telefone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas)

0800 724 4770 (Demais Regiões)

SAC 0800 724 7220

Ouvidoria 0800 646 2519

Atendimento aos deficientes auditivos ou de fala 0800 724 0525



PREFEITURA MUNICIPAL DE ESPUMOSO - RS
SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

SIM - Serviço de Informações Municipais
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e



Número da Nota Fiscal Série E

02400000000006

Código de Verificação de Autenticidade

E49Z-V3BP

Data e Hora de Emissão da NFS-e
27/02/2024 18:00:21

Informações Fiscais

Exigibilidade do ISS Exigível (Tributado)	Município da Incidência do ISS Espumoso/RS	Número do Processo
Número do RPS	Série do RPS	Data de Emissão do RPS
		Data da Competência 27/02/2024



Chave de Acesso

053720748000125202400000000006

Prestador de Serviços

CPF/CNPJ 53.720.748/0001-25	Insc. Estadual	Insc. Municipal 43496	Nome/Razão Social GLRM SERVIÇOS MEDICOS LTDA
Número 151	Endereço RUA DR FLORES	Complemento SALA 03	Bairro CENTRO
CEP 99400-000	Cidade/UF Espumoso/RS	Telefone (54) 8161-2709	E-mail GLRMACHADO99@GMAIL.COM

Tomador de Serviços

CPF/CNPJ 97.503.676/0001-30	Inscrição Municipal	Nome/Razão Social HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE	
Número 828	Endereço RUA PINHEIRO MACHADO	Complemento	Bairro CENTRO
CEP 99300-000	Cidade/UF Soledade/RS	Telefone	E-mail financeiro.hcfc@gmail.com

Descrição do Serviço Prestado

SERVIÇOS DE PEDIATRIA PRESTADOS NO MÊS DE DEZEMBRO/2023.
A SEREM TRANSFERIDOS PARA: BANCO SICREDI(748) CC:61230-8 AG:0218.
DR GERSON L.R. MACHADO

Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS

Item da LC 116/2003 4.01 - Medicina e biomedicina.				Aliquota (%) 2,01	Atividade no Município 18539	Código CNAE 86.30-5.03
Valor Total dos Serviços R\$ 20.000,00	Desconto Incondicionado R\$ 0,00	Deduções Base de Cálculo R\$ 0,00	Base de Cálculo R\$ 20.000,00	ISS SIMPLES NACIONAL	ISS Retido Não	Desconto Condicionado R\$ 0,00

Retenções de Impostos

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

Valor Líquido da Nota Fiscal de Serviços

R\$ 20.000,00

Informações Complementares

- A autenticidade desta NFS-e está sujeita a verificação através do sitesim.digifred.net.br/espumoso.
- Esta NFS-e foi emitida com respaldo da Lei Nº Dec. 2.966/2015.
- Data de vencimento do ISS desta NFS-e em: 15/03/2024.
- Empresa optante pelo Simples Nacional c/c. Lei Complementar nº 123, de 14 de dezembro de 2006 e/ou alterações posteriores.
- Documento emitido por ME ou EPP ou MEI optante pelo Simples..
- Não gera direito a Crédito Fiscal de ISS.

**Associado:** HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE**Cooperativa:** 0247**Conta Corrente:** 18089-4**Impresso em** 28/02/2024 08:30:42

Transferência entre Contas do Sicredi

Solicitante: CARLOS
Cooperativa Origem: 0247
Conta Origem: 18089-4
Número de Controle: 2187607501
Cooperativa Destino: 218
Conta Destino: 61230-8
Favorecido: GLRM SERVICOS MEDICOS LTDA
Origem dos Recursos: Conta Corrente
Data da Transferência: 28/02/2024
Hora da Transferência: 08:28:46
Valor Transferido (R\$): 20.000,00
Motivo da Transferência: PAGTO HONORARIOS MEDICOS
Autenticação Eletrônica: 22D5.CF79.5A82.09A6.E66A.0F9A.99BB.51A4

* A transação acima foi realizada via Internet Banking Sicredi conforme as condições especificadas neste comprovante.
* Os transferências realizadas nos sábados, domingos e feriados serão processadas com a data contábil do próximo dia útil.
* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.
* Em caso de agendamento, a efetivação da transação ocorrerá mediante disponibilidade de limite, saldo e demais requisitos do serviço. Acompanhe sua conta e sempre confira a execução dos agendamentos na data programada.

Serviços por telefone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
0800 724 4770 (Demais Regiões)
SAC 0800 724 7220
Ouvidoria 0800 646 2519
Atendimento aos deficientes auditivos ou de fala 0800 724 0525

**Associado:** HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE**Cooperativa:** 0247**Conta Corrente:** 25899-7**Impresso em** 23/02/2024 16:14:43

Transferência entre Contas do Sicredi

Solicitante: CARLOS

Cooperativa Origem: 0247

Conta Origem: 25899-7

Número de Controle: 2183651276

Cooperativa Destino: 247

Conta Destino: 18089-4

Favorecido: HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE

Origem dos Recursos: Conta Corrente

Data da Transferência: 23/02/2024

Hora da Transferência: 16:13:30

Valor Transferido (R\$): 12,00

Motivo da Transferência: ENTRE CONTAS

Autenticação Eletrônica: B2AE.85AD.82C1.E7EB.9C5B.7F92.961B.60FF

* A transação acima foi realizada via Internet Banking Sicredi conforme as condições especificadas neste comprovante.

* Os transferências realizadas nos sábados, domingos e feriados serão processadas com a data contábil do próximo dia útil.

* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.

* Em caso de agendamento, a efetivação da transação ocorrerá mediante disponibilidade de limite, saldo e demais requisitos do serviço. Acompanhe sua conta e sempre confira a execução dos agendamentos na data programada.

Serviços por telefone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas)

0800 724 4770 (Demais Regiões)

SAC 0800 724 7220

Ouvidoria 0800 646 2519

Atendimento aos deficientes auditivos ou de fala 0800 724 0525