

**FORMULÁRIO DE ACOMPANHAMENTO DA EXECUÇÃO DOS
SERVIÇOS CONTRATADOS**

**MUNICÍPIO DE SOLEDADE
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
ACOMPANHAMENTO DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS CONTRATADOS**

TERMO DE CONVÊNIO: 01/2023	VIGÊNCIA DO CONTRATO: MAIO23-DEZEMBRO23
CONTRATADO: HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMANTE	
OBJETO DO CONTRATO Prestação de Serviços hospitalares complementares ao Sistema Único de Saúde	
PREPOSTO DO CONTRATADO HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMANTE	MÊS/ANO AVALIAÇÃO: MAIO 2023
Ocorrências	
DATA	EXECUÇÃO CONTRATUAL
	PLANTÃO MÉDICO: 24H PARA CLÍNICA EM GERAL (URGÊNCIA/ MERGÊNCIA COMPLETANDO TODO O ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO SOBREAVISO MÉDICO: 24H NAS ESPECIALIDADES DE CIRURGIA GERAL – VALOR MENSAL R\$172.500,00
DATA	DOCUMENTOS EXPEDIDOS
23/06/23	Nota Fiscal nº 202300000071587 - R\$ 172.500,00
NOME DO FISCAL:	MATRÍCULA:
ASSINATURA:	DATA: 23/06/23

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: financeirohcfrc@gmail.com

Fone: (54) 3381-1244

CNPJ / CPF

97.503.676/0001-30

Inscrição Estadual

1370031898

Inscrição Municipal

3575



Número da NFS-e

202300000071587

Data do Serviço

23/06/2023

Código Verificador

58db53261

MUNICÍPIO DE SOLEDADE/RS

Secretaria Municipal da Fazenda

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

Dt. de Emissão

23/06/2023

Exigibilidade
ISS

Isenção

Tributado no Município

Soledade/RS

TOMADOR DO SERVIÇO

Nome / Razão Social

MUNICÍPIO DE SOLEDADE

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

Município de Prestação do Serviço

Soledade/RS

INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO

Nome / Razão Social

CNPJ / CPF

Inscrição Municipal

E-mail

Fone

Cidade

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

VALOR TOTAL

172.500,00

ALIQ.

0,00

VALOR IMPOSTO

0,00

RETIDO

Não

REFERENTE A SERVIÇOS PRESTADOS NO MÊS DE MAIO/2023.

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

ICMS

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

172.500,00

Valor do ISSQN Próprio

0,00

Base Cálculo ISSQN Retido

0,00

Valor do ISSQN Retido

0,00

Valor Total do ISSQN

0,00

Valor Dedução/Descontos

0,00

Valor Total da NFS-e

172.500,00

Valor Líquido da NFS-e

172.500,00

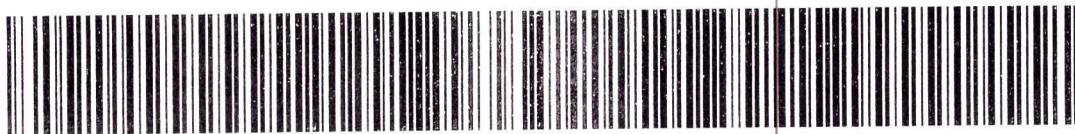
Informações Adicionais

Lei 12741/2012: Mun: R\$0,00; Est: R\$0,00; Fed: R\$0,00; Total Aprox: R\$0,00.



Consulta realizada em 23/06/2023 às 10:50:35.

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



20230000007158758db5326197503676000130

Recebi(emos) de

HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE

Número da NFS-e

202300000071587

Número de Controle do Município

Competência

23/06/2023

NFS-e

58db53261

os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado.

Data

Identificação e assinatura do recebedor

Consulta realizada em 23/06/2023 às 10:50:35.

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

**FORMULÁRIO DE ACOMPANHAMENTO DA EXECUÇÃO DOS
SERVIÇOS CONTRATADOS**

**MUNICÍPIO DE SOLEDADE
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
ACOMPANHAMENTO DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS CONTRATADOS**

TERMO DE CONVÊNIO: 01/2023	VIGÊNCIA DO CONTRATO: MAIO23-DEZEMBRO23
CONTRATADO: HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMANTE	
OBJETO DO CONTRATO Prestação de Serviços hospitalares complementares ao Sistema Único de Saúde	
PREPOSTO DO CONTRATADO HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMANTE	MÊS/ANO AVALIAÇÃO: JUNHO 2023
Ocorrências	
DATA	EXECUÇÃO CONTRATUAL
	PLANTÃO MÉDICO: 24H PARA CLÍNICA EM GERAL (URGÊNCIA/ MERGÊNCIA COMPLETANDO TODO O ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO SOBREAVISO MÉDICO: 24H NAS ESPECIALIDADES DE CIRURGIA GERAL – VALOR MENSAL R\$172.500,00
DATA	DOCUMENTOS EXPEDIDOS
03/07/2023	Nota Fiscal nº 202300000071911 - R\$ 172.500,00
RECURSO	LIVRE
NOME DO FISCAL:	MATRÍCULA:
ASSINATURA:	DATA: 05/07/2023

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: financeirohcf@gmail.com
Fone: (54) 3381-1244



Número da NFS-e

202300000071911

Data do Serviço
03/07/2023

Código Verificador
01d07b5b9

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

03/07/2023

Exigibilidade
ISS

Isenção

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

E-mail Fone Cidade

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

VALOR TOTAL

ALIQ.

VALOR IMPOSTO

RETIDO

172.500,00

0,00

0,00

Não

REFERENTE A SERVIÇOS PRESTADOS NO MÊS DE JUNHO/2023.
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 03/07/2023 às 15:46:23.

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



20230000007191101d07b5b997503676000130

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
202300000071911

Competência
03/07/2023

NFS-e
01d07b5b9

Número de Controle do Município

Consulta realizada em 03/07/2023 às 15:46:23.

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



HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE

Av. Pinheiro Machado, 828 – Fone (054) 381.1244 – Soledade – RS - CNPJ 97.503.676/0001-30

“Nosso maior patrimônio é a Vida”

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO OBJETO, ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E METAS.

O Hospital de Caridade Frei Clemente vem por meio deste ressaltar a importância do incentivo financeiro da Prefeitura Municipal de Soledade, visto que os atendimentos são contínuos. No período de 01/06/2023 a 13/07/2023, o Hospital de Caridade Frei Clemente realizou 3.781 atendimentos aos munícipes de Soledade; no Pronto Atendimento, internou 279 pessoas, realizou 30 partos normais, 20 cesáreas e realizou 33 cirurgias. Vários foram os motivos que os trouxeram para a nossa Instituição:

Sobreavisos nas especialidades de cirurgia geral, anestesia, pediatria e obstetrícia, Urgência e emergências em Clínica Geral no Pronto Socorro.

Desta forma, é possível afirmar que as metas foram alcançadas, conforme Prestação de Contas.

É de suma importância mencionar a qualidade do atendimento prestado em nosso Hospital, amparando e atendendo a todos que nos procuram em momentos de necessidade.

Agradecemos a Prefeitura Municipal de Soledade pela parceria que permite fazermos mais pela saúde no âmbito Hospitalar.

Desde já agradecemos;

Bem como contamos novamente com o apoio!

Soledade, 13 de Julho de 2023.

Carlos Alberto Rocha
Presidente



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



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

FICHA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Paciente: 14379 - JOLAR DA SILVA NUNES **SAME:** 25572

CNS: 700705927584770

CPF: 52015645004

RG:

RN:

Endereço: TREZE DE MAIO, 1434 -

Bairro: MISSOES

Telefone: 54991540494

Cidade: 99300000 - SOLEDADE - RS

Nascimento: 07/05/1962 Idade: 60 anos 11 meses 27 dias

Sexo: MASCULINO

Raça: BRANCA

Estado Civil: CASADO (A)

Peso: 76,60 Altura: 0,00 IMC: 0,00

Convênio: SUS

Matrícula: 700705927584770

Cartão Nacional de Saúde: 700705927584770

Validade: Plano: SUS

Natural de: SOLEDADE

Religião: CATOLICO(A)

Profissão:

Trabalho:

Nome da mãe: ANA NAIR DA SILVA NUNES

Nome do pai: MIGUEL NUNES

Cônjuge: IVONETE ORTIZ

Responsável: MATHEUS ORTIZ NUNES

CPF: RG:

Endereço: , -

Bairro: Cidade: Telefone: 54991338069

Parentesco: FILHO (A)

Executante: TIA GO TRES 44583

Caráter de Atendimento: URGENTE

Internação: 03/05/2023 Hora: 13:07:43 Leito: 411- ISOLAMENTO - 411-A

Data da alta: 12/05/2023

Motivo da Alta: ALTA MELHORADO

Diagnóstico: TRATAMENTO DE OUTRAS DOENÇAS BACTERIANAS

CID: A 498, OUTRAS INFECÇÕES BACTERIANAS DE LOCALIZAÇÃO 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 INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Paciente: 40631 - DAVIROSS MORAIS SAME: 52335

CNS: 702500389386533 CPF: RG: RN:

Endereço: CEL FALKEMBACH, 951 -

Bairro: CENTRO Telefone: 54999532979

Cidade: 99300000 - SOLEDADE - RS

Nascimento: 10/04/2021 Idade: 2 anos 24 dias Sexo: MASCULINO Raça: BRANCA Estado Civil: SOLTEIRO (A)

Peso: 16,00 Altura: 0,00 IMC: 0,00

Convênio: SUS Matrícula: 702500389386533

Cartão Nacional de Saúde: 702500389386533

Validade: Plano: SUS

Natural de: SOLEDADE

Religião: CATOLICO(A)

Profissão:

Trabalho:

Nome da mãe: DUANY PEDROSO ROSS

Nome do pai: DIONATAN FALKEMBACK MORAIS

Cônjuge:

Responsável: DUANY PEDROSO ROSS CPF: 03864428009 RG:

Endereço: CEL FALKEMBACH, 957 -

Bairro: CENTRO Cidade: 99300000 SOLEDADE Telefone: 54999235379

Parentesco: MAE

Executante: JORGE ELI THEISEN 27693

Caráter de Atendimento: URGENTE

Internação: 04/05/2023 Hora: 15:21:50 Leito: 412 - 412-A

Data da alta: 08/05/2023

Motivo da Alta: ALTA MELHORADO

Diagnostico: TRATAMENTO DE OUTRAS INFECCOES AGUDAS DAS VIAS AEREAS INFERIORES

CID: J210, BRONQUIOLITE AGUDA DEVIDA A VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO

Registrante: JANETE TERESINHA MORAES

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 INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Paciente: 42972 - SUELI DA SILVA GIONGO SAME: 54676

CNS: 706409612088985

CPF: 03202876023

RG: 1128655642

RN:

Endereço: CAPAO ALTO, 0 -

Bairro: INTERIOR

Telefone: 54991298310 54991298310

Cidade: 99300000 - SOLEDADE - RS

Nascimento: 21/03/2006 Idade: 17 anos 1 mês 18 dias

Sexo: FEMININO

Raça: BRANCA

Estado Civil: SOLTEIRO (A)

Peso: 52,90 Altura: 0,00 IMC: 0,00

Convênio: SUS Matrícula: 706409612088985

Cartão Nacional de Saúde: 706409612088985

Validade: Plano: SUS

Natural de: SOLEDADE

Religião: CATOLICO(A)

Profissão:

Trabalho:

Nome da mãe: MARLENE DA SILVA

Nome do pai: CELITO LUIZ GIONGO

Cônjuge:

Responsável: SITIEMI DA SILVA GIONGO

CPF: 02981652010 RG:

Endereço: , -

Bairro: Cidade: Telefone: 54992943381

Parentesco: IRMAO(A)

Executante: TIAGO TRES 44583

Caráter de Atendimento: URGENTE

Internação: 08/05/2023 Hora: 19:29:21 Leito: 407 - 407-B

Data da alta: 14/05/2023

Motivo da Alta: ALTA MELHORADO

Diagnóstico: TRATAMENTO DE COMPLICAÇÕES DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS OU CLÍNICOS

CID: M544, LUMBAGO COM CIÁTICA

Registrante: ELCIMARA DA ROCHA RIQUEZ

OBSERVAÇÕES: paciente vem ao pronto atendimento para mostrar exames, a pedido do dr Jorge

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: 22795 - ODILA ANA MARQUETTE **SAME:** 4163

CNS: 700003362716002

CPF: 72229144049

RG: 8071492451

RN:

Endereço: ABILIO GARCIA, 597 -

Bairro: FONTES

Telefone: 54999644409 54999644409

Cidade: 99300000 - SOLEDADE - RS

Nascimento: 04/08/1939 Idade: 83 anos 9 meses 11 dias

Sexo: FEMININO

Raça: BRANCA

Estado Civil: VIUVO (A)

Peso: 52,00 Altura: 150,00 IMC: 0,00

Convênio: SUS

Matrícula: 700003362716002

Cartão Nacional de Saúde: 700003362716002

Validade: Plano: SUS

Natural de: IBIRAPUITA

Religião: CATOLICO(A)

Profissão: APOSENTADO(A)

Trabalho:

Nome da mãe: LAUDELINA RODRIGUES

Nome do pai: EMILIO MARQUETTE

Cônjuge:

Responsável: CRISTINA APARECIDA DOS SANTOS VOGL

CPF: 00087693038

RG: 1054951551

Endereço: JOAO DIPP, 129 -

Bairro: CENTRO

Cidade: 99300000 SOLEDADE

Telefone: 54991400345

Parentesco: OUTROS

Executante: JULIANO COGO MACHADO 29385

Caráter de Atendimento:

Internação: 15/05/2023 Hora: 16:19:53 Leito: 407 - 407-A

Data da alta: 17/05/2023

Motivo da Alta: ALTA MELHORADO

Diagnóstico: TRATAMENTO DE CRISE HIPERTENSIVA

CID: I10, HIPERTENSÃO ESSENCIAL (PRIMÁRIA)

Registrante: JANETE TERESINHA MORAES

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: 36660 - ANDRIELE DOS REIS SAME: 48364

CNS: 702803132974165

CPF: 03982854032

RG: 2122774322

RN:

Endereço: MATO ALTO, 0 -

Bairro: INTERIOR

Telefone: 5491299417

Cidade: 99300000 - SOLEDADE - RS

Nascimento: 23/11/1998 Idade: 24 anos 5 meses 23 dias

Sexo: FEMININO Raça: PARDO Estado Civil: SOLTEIRO (A)

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

Convênio: SUS Matrícula: 702803132974165

Cartão Nacional de Saúde: 702803132974165

Validade: Plano: SUS

Natural de: GETULIO VARGAS

Religião: CATOLICO(A)

Profissão:

Trabalho:

Nome da mãe: NAILE LUIZA DOS REIS

Nome do pai: JOAO FERNANDO DOS REIS

Cônjuge:

Responsável: CPF: RG:

Endereço: , -

Bairro: Cidade: Telefone:

Parentesco:

Executante: LUANA PALLUDO 38662

Caráter de Atendimento: URGENTE

Internação: 16/05/2023 Hora: 12:40:46 Leito: 409- MAT - 409-E

Data da alta: 19/05/2023

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

Diagnóstico: PARTO CESARIANO

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 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: 48438 - LEOMARA BORGES DA SILVA SAME: 60120

CNS: 700307902486436

CPF: 00125306032

RG: 1088411549

RN:

Endereço: RINCAO DOS COELHOS, 0 -

Bairro: INTERIOR

Telefone: 54996379418

Cidade: 99300000 - SOLEDADE - RS

Nascimento: 31/12/1982 Idade: 40 anos 4 meses 16 dias

Sexo: FEMININO

Raça: BRANCA

Estado Civil: CASADO (A)

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

Convênio: SUS Matrícula: 700307902486436

Cartão Nacional de Saúde: 700307902486436

Validade: Plano: SUS

Natural de: ESPUMOSO

Religião:

Profissão:

Trabalho:

Nome da mãe: TERESA LOURDES DA SILVA

Nome do pai: ANTONIO BORGES DA SILVA

Cônjuge:

Responsável: CPF: RG:

Endereço: , -

Bairro: Cidade: Telefone:

Parentesco:

Executante: LUANA PALLUDO 38662

Caráter de Atendimento: URGENTE

Internação: 16/05/2023 Hora: 11:23:20 Leito: CO-LEITO PRE-PARTO - CO-PRE-P1

Data da alta: 16/05/2023

Motivo da Alta: ALTA MELHORADO

Diagnostico: CURETAGEM POS-ABORTAMENTO / PUERPERAL

CID: O021, ABORTO RETIDO

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 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: 29582 - VOLMIR DOS SANTOS BORGES SAME: 4911

CNS: 704603675879528 CPF: 62917315091 RG: RN:

Endereço: RINCAO DOS COELHOS, 0 -

Bairro: ZONA RURAL

Telefone: 5496623017 54996165768

Cidade: 99300000 - SOLEDADE - RS

Nascimento: 04/11/1966 Idade: 56 anos 6 meses 23 dias

Sexo: MASCULINO Raça: BRANCA Estado Civil: UNIAO ESTAVEL

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

Convênio: SUS Matrícula: 704603675879528

Cartão Nacional de Saúde: 704603675879528

Validade: Plano: SUS

Natural de: SOLEDADE

Religião: CATOLICO(A)

Profissão:

Trabalho:

Nome da mãe: GESSI DOS SANTOS BORGES

Nome do pai: HEITOR WOLMAR BORGES

Cônjuge: NEUSA TERESINHA BERTE

Responsável: DIGELMA DE FATIMA DOS SANTOS BORGES PILATTI

CPF: 40217299091 RG:

Endereço: , -

Bairro: Cidade: Telefone: 54991054880

Parentesco: IRMAO(A)

Executante: JORGE ELI THEISEN 27693

Caráter de Atendimento: URGENTE

Internação: 27/05/2023 Hora: 21:44:19 Leito: 408 - 408-A

Data da alta: 31/05/2023

Motivo da Alta: ALTA MELHORADO

Diagnóstico: TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DOS ANEIS PELVICOS

CID: S325, FRATURA DO PÚBIS

Registrante: FERNANDA VASCONCELLOS MORAIS

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 INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Paciente: 3927 - BRUNA ROSA LEMOS **SAME:** 11004

CNS: 708204160869147

CPF: 04055145063

RG: 4123627111

RN:

Endereço: ANTENOR RODRIGUES DA SILVA, 196 -

Bairro: BOTUCARAÍ

Telefone: 5495660699 51995718271

Cidade: 99300000 - SOLEDADE - RS

Nascimento: 08/02/1997 Idade: 26 anos 3 meses 25 dias

Sexo: FEMININO

Raça: BRANCA

Estado Civil: UNIAO ESTAVEL

Peso: 0,00

Altura: 0,00

IMC: 0,00

Convênio: SUS

Matrícula: 708204160869147

Cartão Nacional de Saúde: 708204160869147

Validade: Plano: SUS

Natural de: NOVO HAMBURGO

Religião: CATOLICO(A)

Profissão:

Trabalho:

Nome da mãe: VILMA DOS SANTOS ROSA

Nome do pai: VILMAR LEMOS

Cônjuge: JACENIR DA SILVEIRA COUTO

Responsável: CPF: RG:

Endereço: , -

Bairro:

Cidade: Telefone:

Executante:

Executante: MAURO ROBERTO MEDINA 10442

Caráter de Atendimento: URGENTE

Internação: 05/06/2023 Hora: 10:11:41 Leito: 409- MAT - 409-A

Data da alta: 09/06/2023

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

Diagnostico: PARTO NORMAL

CID: O809, PARTO ÚNICO ESPONTÂNEO, NÃO ESPECIFICADO

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 11 (onze) horas de cada dia, devendo providenciar junto ao médico assistente a alta hospitalar.

A cobrança 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: 12901 - JAIR VIEIRA SAME: 9946

CNS: 706405125039888

CPF: 59946040034

RG: 5008214164

RN:

Endereço: PEDRO BAMBINI, 122 -

Bairro: BOTUCARAI

Telefone: 54991518135

Cidade: 99300000 - SOLEDADE - RS

Nascimento: 25/11/1969 Idade: 53 anos 6 meses 10 dias

Sexo: MASCULINO

Raça: BRANCA

Estado Civil: SOLTEIRO (A)

Peso: 0,00

Altura: 0,00

IMC: 0,00

Convênio: SUS

Matrícula: 706405125039888

Cartão Nacional de Saúde: 706405125039888

Validade: Plano: SUS

Natural de: SOLEDADE

Religião:

Profissão:

Trabalho:

Nome da mãe: ANIRA PEREIRA VIEIRA

Nome do pai: NOE ALVES VIEIRA

Cônjuge:

Responsável: EZILDA LUCIA VIEIRA

CPF: RG:

Endereço: , -

Bairro:

Cidade:

Telefone: 54991000459

Pa esco: IRMAO(A)

Executante: TIAGO TRES 44583

Caráter de Atendimento: URGENTE

Internação: 05/06/2023 Hora: 11:18:43 Leito: 405 - 405-A

Data da alta: 08/06/2023

Motivo da Alta: ALTA MELHORADO

Diagnóstico: TRATAMENTO CLÍNICO DE PACIENTE ONCOLÓGICO

CID: A419, SEPTICEMIA NÃO ESPECIFICADA

Registrante: CRISTIANO DE OLIVEIRA

OBSERVAÇÕES: (54)991518135

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 cobrança 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: 47020 - ADAO DE CAMPOS SAME: 58711

CNS: 201369900820000

CPF: 04768747000

RG: 4129710234

RN:

Endereço: RIO DE JANEIRO, 787 -

Bairro: IPIRANGA

Telefone: 5499432648 5499432648

Cidade: 99300000 - SOLEDADE - RS

Nascimento: 01/01/1968 Idade: 55 anos 5 meses 9 dias

Sexo: MASCULINO

Raça: BRANCA

Estado Civil: SOLTEIRO (A)

Peso: 71,00 Altura: 0,00 IMC: 0,00

Convênio: SUS Matrícula: 201369900820000

Cartão Nacional de Saúde: 201369900820000

Validade: Plano: SUS

Natural de: LAGOA

Religião: CATOLICO(A)

Profissão:

Trabalho:

Nome da mãe: IRENA MARIA JAHN

Nome do pai: AMAMRO DE CAMPOS

Cônjuge:

Responsável: MIGUEL ADONES DE CAMPOS

CPF: 76069273087 RG:

Endereço: , -

Bairro: Cidade: Telefone: 54996397689

Filhos: IRMAO(A)

Executante: TIAGO TRES 44583

Caráter de Atendimento: URGENTE

Internação: 10/06/2023 Hora: 19:50:08 Leito: 405 - 405-B

Data da alta: 19/06/2023

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

Diagnostico: TRATAMENTO DE PNEUMONIAS OU INFLUENZA (GRIPE)

CID: J189, PNEUMONIA NÃO ESPECIFICADA

Registrante: FERNANDA VASCONCELLOS MORAIS

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: 3834 - BRENDA CUNHA BORTOLINI SAME: 14464

CNS: 898005893571187 CPF: RG: RN:

Endereço: RUA DA PEDRA, 0 -

Bairro: INTERIOR

Telefone: 54991372367

Cidade: 99300000 - SOLEDADE - RS

Nascimento: 26/09/2018 Idade: 4 anos 8 meses 16 dias

Sexo: FEMININO Raça: BRANCA Estado Civil: SOLTEIRO (A)

Peso: 16,00 Altura: 0,00 IMC: 0,00

Convênio: SUS Matrícula: 898005893571187

Cartão Nacional de Saúde: 898005893571187

Validade: Plano: SUS

Natural de: SOLEDADE

Religião:

Profissão:

Trabalho:

Nome da mãe: SONIA MARA LIMA DA CUNHA BORTOLINI

Nome do pai: LORENO SANTOS BORTOLINI

Cônjuge:

Responsável: LORENO SANTOS BORTOLINI

CPF: 73937223053 RG:

Endereço: , -

Bairro: Cidade: Telefone: 54996208743

Antesco: PAI

Executante: JORGE ELI THEISEN 27693

Caráter de Atendimento: URGENTE

Internação: 12/06/2023 Hora: 21:19:11 Leito: 501- PEDIATRIA - 501-D

Data da alta: 16/06/2023

Motivo da Alta: ALTA MELHORADO

Diagnostico: TRATAMENTO DE PNEUMONIAS OU INFLUENZA (GRIPE)

CID: J189, PNEUMONIA NÃO ESPECIFICADA

Registrante: FERNANDA VASCONCELLOS MORAIS

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

V - 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: 12952 - JANAINA NIGOLINO GONCALVES SAME: 21749

CNS: 898050067012703 CPF: RG: 7080380178 RN:

Endereço: ALFEU ALVES WEDY, 580 -

Bairro: BOTUCARAI

Telefone: 54996015752 54996217855

Cidade: 99300000 - SOLEDADE - RS

Nascimento: 30/07/1979 Idade: 43 anos 10 meses 16 dias

Sexo: FEMININO Raça: BRANCA Estado Civil: SOLTEIRO (A)

Peso: 9,90 Altura: 0,00 IMC: 0,00

Convênio: SUS Matrícula: 898050067012703

Cartão Nacional de Saúde: 898050067012703

Validade: Plano: SUS

Natural de: SOLEDADE

Religião:

Profissão:

Trabalho:

Nome da mãe: MARLI NICOLOLINO GONCALVES

Nome do pai: JOSE DERCY GONCALVES

Cônjuge:

Responsável: JOSE DERCY GONCALVES CPF: 32696191034 RG:

Endereço: , -

Bairro: Cidade: Telefone: 54996217855

antesco: PAI

Executante: IGOR ELIAS GHELLER 33599

Caráter de Atendimento: URGENTE

Internação: 15/06/2023 Hora: 16:49:24 Leito: 307 - 307-B

Data da alta: 22/06/2023

Motivo da Alta: ALTA MELHORADO

Diagnóstico: LAPAROTOMIA EXPLORADORA

CID: C762, NEOPLASIA MALIGNA DO ABDOME

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.
- IV - A ocupação dos aposentos por qualquer motivo após este horário, incide na cobrança da diária correspondente.
- V - 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: 284 - ADILAR JOSE CORREA SAME: 1388

CNS: 704604653258025

CPF: 27625338053

RG: 5012185426

RN:

Endereço: CORONEL FERREIRA, 1001 - CENTRO

Bairro: FONTES

Telefone: 54999762892 54999762892

Cidade: 99300000 - SOLEDADE - RS

Nascimento: 25/01/1960 Idade: 63 anos 4 meses 28 dias

Sexo: MASCULINO Raça: BRANCA Estado Civil: SEPARADO (A)

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

Convênio: SUS Matrícula: 704604653258025

Cartão Nacional de Saúde: 704604653258025

Validade: Plano: SUS

Natural de: SOLEDADE

Religião:

Profissão:

Trabalho:

Nome da mãe: CELI TEREZINHA SCHMITT CORREA

Nome do pai: EBRAIM CARDOSO CORREA

Cônjuge:

Responsável: ALISSON TELLES CORREA

CPF: RG:

Endereço: , -

Bairro: Cidade: Telefone: 54991316527

Intendente: FILHO (A)

Executante: JORGE ELI THEISEN 27693

Caráter de Atendimento: URGENTE

Internação: 22/06/2023 Hora: 18:04:27 Leito: 403 - 403-B

Data da alta: 25/06/2023

Motivo da Alta: ALTA MELHORADO

Diagnóstico: TRATAMENTO DE DIABETES MELLITUS

CID: E148, DIABETES MELLITUS NÃO ESPECIFICADO - COM COMPLICAÇÕES NÃO ESPECIFICADAS

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 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: 6159 - DARCI TRINDADE DA ROSA SAME: 12756

CNS: 706901195558037 CPF: 37872338068 RG: 2054952061 RN:

Endereço: PORTO ALEGRE, 109 -

Bairro: IPIRANGA

Telefone: 54996836169 54996512834

Cidade: 99300000 - SOLEDADE - RS

Nascimento: 19/07/1947 Idade: 75 anos 11 meses 4 dias

Sexo: MASCULINO Raça: PARDO Estado Civil: VIUVO (A)

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

Convênio: SUS Matrícula: 706901195558037

Cartão Nacional de Saúde: 706901195558037

Validade: Plano: SUS

Natural de: BARROS CASSAL

Religião: CATOLICO(A)

Profissão: APOSENTADO(A)

Trabalho:

Nome da mãe: OLAIA FRANCISCA BORGES

Nome do pai: PROFIRIO TRINDADE DA ROSA

Cônjuge:

Responsável: JUSSANA ROSS CPF: RG:

Endereço: , -

Bairro: Cidade: Telefone: 54999265132

Intestino: OUTROS

Executante: JORGE ELI THEISEN 27693

Caráter de Atendimento: URGENTE

Internação: 23/06/2023 Hora: 14:49:54 Leito: 414 - 414-A

Data da alta: 01/07/2023

Motivo da Alta: ALTA MELHORADO

Diagnóstico: TRATAMENTO DA PIELONEFRITE

CID: N390, INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO DE LOCALIZAÇÃO NÃO ESPECIFICADA

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 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: 18320 - LURDES ARACI GRADASCHI TABORDA

SAME: 3494

CNS: 898003966717966

CPF: 31039529020

RG: 9059587651

RN:

Endereço: SETE DE SETEMBRO, 1083 - APTO 102 CENTRO

Bairro: FARROUPILHA

Telefone: 5433812800 54991025392

Cidade: 99300000 - SOLEDADE - RS

Nascimento: 20/12/1934 Idade: 88 anos 6 meses 8 dias

Sexo: FEMININO Raça: BRANCA Estado Civil: VIUVO (A)

Peso: 52,70 Altura: 0,00 IMC: 0,00

Convênio: SUS Matrícula: 707508220723790

Cartão Nacional de Saúde: 898003966717966

Validade: Plano: SUS

Natural de: ARVOREZINHA

Religião:

Profissão:

Trabalho:

Nome da mãe: LUIZA SALLA

Nome do pai: LUCIANO GRADASCHI

Cônjuge:

Responsável: LUCIARA TABORDA CPF: RG:

Endereço: , -

Bairro: Cidade: Telefone: 54991025392

Filhos: FILHO (A)

Executante: JORGE ELI THEISEN 27693

Caráter de Atendimento: URGENTE

Internação: 28/06/2023 Hora: 09:21:21 Leito: 405 - 405-B

Data da alta: 29/06/2023

Motivo da Alta: ALTA MELHORADO

Diagnostico: TRATAMENTO DE ANEMIAS NUTRICIONAIS

CID: D509, ANEMIA POR DEFICIÊNCIA DE FERRO NÃO ESPECIFICADA

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 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.
- V - 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 Nº: 5

Data: 25/05/2023 Hora: 20:18:54

Paciente: LIDIA DE LIMA PEDROSO

SEXO: FEMININO REGISTRO: 40746

SAME: 52450

Endereço: CORONEL TOMAZIO, 467 -

Bairro: FONTES

Telefone: 54999123826

Cidade: 99300000 - SOLEDADE - RS

MARIA ELISIA GRASEL

Nascimento: 22/12/1935 Idade: 87 anos 5 meses 3 dias

702300121951314

Convênio: SUS

Plano: SUS

Executante: TIA GO TRES 44583

Registrante: FERNANDA VASCONCELLOS MORAIS

Caráter de Atendimento: URGENTE

Procedência: ESPONTÂNEO / DOMICILIO

SINAIS VITAIS: PA: 125/80

FC: 64

PESO: 0,00

ALTURA: 0,00

TAX: 36²

SPO: 86%

HGT: 1,56

OBSERVAÇÕES:

Dispneia, tosse

MOTIVO DO ATENDIMENTO: / TRATAMENTO / PROCEDIMENTOS / MEDICAÇÃO:

500 mg. hidrocodona EL 2018

5 ml Rf + 45 gotas Morf / 3x 2020 -

Queixa principal:

3 jobs Anel 2018

Alergias:

Medicamentos:

Assinatura e Carimbo Profissional:

Diagnóstico / CID:

Assinatura Paciente / Responsável:

Polegar Direito:

X Maria Pedrosa



44

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Atendimento Nº: 1

Data: 26/05/2023 Hora: 05:37:58

Paciente: KEVIN ANDRE SOARES MACIEL

SEXO: MASCULINO REGISTRO: 48715

SAME: 60397

Endereço: CORONEL FALKEMBACH, 255 -

Bairro: CENTRO

Telefone: 54991857295

Cidade: 99300000 - SOLEDADE - RS

JUSSARA DE OLIVEIRA SOARES

Nascimento: 13/07/2009 Idade: 13 anos 10 meses 13 dias

Convênio: SUS

Plano: SUS

700502723578259

Executante: TIAGO TRES 44583

Caráter de Atendimento: URGENTE

Registrante: FERNANDA VASCONCELLOS MORAIS

Procedência: ESPONTÂNEO / DOMICILIO

SINAIS VITAIS: PA:

FC: 144

PESO: 0,00

ALTURA: 0,00

TAX: 30%

SPO: 96%

HGT:

OBSERVAÇÕES:

febre desde ontem + vômito 1x agora
e pouco + Sintomas Gripais.

MOTIVO DO ATENDIMENTO: / TRATAMENTO / PROCEDIMENTOS / MEDICAÇÃO:

TIAGO TRES
MEDICO
PREMIO 44583

D-problema febre leve EV

OD: Bronquite e TGO - S.A.D. 7.06. > CS

TIAGO TRES
MEDICO
PREMIO 44583

Queixa principal:

Alergias: não

Medicamentos:

Dipirona 35 gotas - 05 horas

Assinatura e Carimbo Profissional:

Diagnóstico / CID:

Assinatura Paciente / Responsável:

Polegar Direito:

7. 13/05/2023



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

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Atendimento Nº: 2 Data: 26/05/2023 Hora: 21:10:51
Paciente: 24794 - ROBERTO ALMEIDA RODRIGUES SEXO: MASCULINO SAME: 24491
Endereço: JANDIRA LOUREIRO BOHRER, 57 - Bairro: BOTUCARAI Telefone: 549914443
54991444304
Cidade: 99300000 - SOLEDADE - RS Mãe: MARIA RENI DA CRUZ
Nascimento: 04/02/1987 Idade: 36 anos 3 meses 22 dias
Convênio: SUS Plano: SUS 708407227795868
Executante: TIAGO TRES 44583
Registrante: ELCIMARA DA ROCHA RIQUEZ

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

SINAIS VITAIS PA: 154 91 FC: 105 PESO: 10,00 TAX: 0,00 SPO: 99 HGT: 0,00

QUEIXA PRINCIPAL/ALERGIAS/MEDICAMENTOS: QUEIXA DE DOR NA COLUNA APÓS ESFORÇO
NEGA MORBIDADES E ALERGIAS

MOTIVO DO ATENDIMENTO/TRATAMENTO/PROCEDIMENTOS/MEDICAÇÃO:

*Cetoprofen
Tramadol* → *24/20*

TIAGO TRES
MÉDICO
CREMEOP 44583

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: 5 Data: 29/05/2023 Hora: 12:24:52
Paciente: 15575 - JUNIOR DA SILVA DOS SANTOS SEXO: MASCULINO SAME: 8746
Endereço: ANTONINHA OLIVEIRA, 0 - Bairro: FARROUPILHA Telefone:
Cidade: 99300000 - SOLEDADE - RS Mãe: CIRLEI SILVA DE QUEIROZ
Nascimento: 25/01/1998 Idade: 25 anos 4 meses 4 dias
Convênio: SUS Plano: SUS 200545675420000
Executante: JORGE ELI THEISEN 27693
Registrante: CRISTIANO DE OLIVEIRA

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

SINAIS VITAIS PA: 110 80 FC: 62 PESO: 0,00 TAX: 35,00 SPO: 100 HGT: 119,00

QUEIXA PRINCIPAL/ALERGIAS/MEDICAMENTOS: QUEIXA PRINCIPAL: trazido por familiares por m
estar, tomou 1 cp de fluoxetina, 1 cp de loratadina, 1 cp de depakene.

MEDICAÇÕES CONTÍNUAS: iniciou hj com fluoxetina

ALERGIAS: nao sabe

EXAMES REALIZADOS:

GRAVIDADE:

MOTIVO DO ATENDIMENTO/TRATAMENTO/PROCEDIMENTOS/MEDICAÇÃO:

plano
sol 500
DBS
sacsa
12/50

JORGE ELI THEISEN
MÉDICO
CRM 27693
UF: 460 242 280-34

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: 2 Data: 31/05/2023 Hora: 21:41:04
Paciente: DOUGLAS CAMILO DA SILVA LORENA SEXO: MASCULINO REGISTRO: 48765 SAME: 60447
Endereço: GILBERTO ARTHUR BROKSTEDT, 17 - Bairro: BOTUCARAÍ Telefone: 54993681006
Cidade: 99300000 - SOLEDADE - RS ANA LUCIA PEREIRA DA SILVA
Nascimento: 04/07/2001 Idade: 21 anos 10 meses 27 dias
Convênio: SUS Plano: SUS 700202998368223
Executante: JORGE ELI THEISEN 27693
Caráter de Atendimento: URGENTE Registrante: FERNANDA VASCONCELLOS MORAIS
Procedencia: ESPONTÂNEO / DOMICILIO

SINAIS VITAIS: PA: 110 FC: 62 PESO: 0,00 ALTURA: 0,00 TAX: 36% SPO: 100% HGT:

OBSERVAÇÕES:

MOTIVO DO ATENDIMENTO: / TRATAMENTO / PROCEDIMENTOS / MEDICAÇÃO:

Leptotena aguda por PMS
T. de 27,6
T. de 27,6
T. de 27,6
T. de 27,6
T. de 27,6

Queixa principal:

Foi xamado por dor no PA, fôlego no
côlon abdominal baixo e dor

Alergias: Nêoa
Medicamentos:

Assinatura e Carimbo Profissional:

Diagnóstico / CID:

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: 1

Data: 31/05/2023 Hora: 00:00:28

Paciente: SAMUEL DE SA DIAS SEXO: MASCULINO REGISTRO: 48821

SAME: 60504

Endereço: SANTOS FILHO, 1390 - PRESIDIO

Bairro: MISSOES

Telefone: 5433811900

Cidade: 99300000 - SOLEDADE - RS

CELIA REGINA BISPO DE SA

Nascimento: 14/10/1998 Idade: 24 anos 7 meses 17 dias

Convênio: SUS

Plano: SUS

700903918512297

Executante: TIAGO TRES 44583

Caráter de Atendimento: URGENTE

Registrante: ELCIMARA DA ROCHA RIQUEZ

Procedência: VEÍCULO SUSEPE

SINAIS VITAIS: PA: 127 FC: 57 PESO: 0,00 ALTURA: 0,00 TAX:

SPO: 78-1 HGT: 171

OBSERVAÇÕES:

OBRAUSE 10/20/23

MOTIVO DO ATENDIMENTO: / TRATAMENTO / PROCEDIMENTOS / MEDICAÇÃO:

126

CD - 500mg linclozina EV 0040
2mg Furo EV 0040
2mg Dózel 0050
1mg linclozina 0100
1mg Furo EV 0100

Queixa principal:

Alergias:

Medicamentos:

Assinatura e Carimbo Profissional:

Diagnóstico / CID:

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°: 2 Data: 26/06/2023 Hora: 19:18:29
Paciente: 19799 - MARIA JOSEANE MORAES DA SILVA SEXO: FEMININO SAME: 26879
Endereço: CORONEL FALKEMBACH, 1848 - Bairro: EXPEDICIONARIO Telefone:
54996863128 54996863128
Cidade: 99300000 - SOLEDADE - RS Mãe: FATIMA ELIZETE DE MORAES DA SILVA
Nascimento: 12/07/1985 Idade: 37 anos 11 meses 14 dias
Convênio: SUS Plano: SUS 700901961092995
Executante: JORGE ELI THEISEN 27693
Registrante: FERNANDA VASCONCELLOS MORAIS

KEROLIMA
OCCIDENTAL 700901961092995-EM

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

SINAIS VITAIS PA: 119 / 74 FC: 75 PESO: 0,00 TAX: 35,80 SPO: 99 HGT: 0,00

ALERGIA: Paracetamol Codeína

MEDICAMENTOS: Puran 25 mcg

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

QUEIXA PRINCIPAL: Paciente chega ao Pronto Atendimento referindo dorsalgia há dias.

MOTIVO DO ATENDIMENTO/TRATAMENTO/PROCEDIMENTOS/MEDICAÇÃO:

*Família
Paciente*

JORGE ELI THEISEN
MÉDICO
CRM 27693
CPF: 460 222 280-34

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: 3

Data: 26/06/2023 Hora: 04:44:42

Paciente: 16532 - LEOMARA COPROSKI SEXO: FEMININO SAME: 20895

Endereço: TREZE DE MAIO, 1615 - Bairro: MISSOES

Telefone: 54996655715

Cidade: 99300000 - SOLEDADE - RS

Mãe: ELSA FERNANDES COPROSKI

Nascimento: 13/01/1989 Idade: 34 anos 5 meses 13 dias

Convênio: SUS

Plano: SUS

Executante: JORGE ELI THEISEN 27693

Registrante: ELCIMARA DA ROCHA RIQUEZ

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: AGUARDA TRIAGEM

SINAIS VITAIS PA: 1 FC: PESO: 0,00 TAX: 0,00 SPO: HGT: 0,00

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

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

QUEIXA PRINCIPAL:

Queda de dor lombar a esquerda irradiada para abdome, náusea
e vômito.

MOTIVO DO ATENDIMENTO/TRATAMENTO/PROCEDIMENTOS/MEDICAÇÃO:

Tramadol
Propranolol
Naloxona
Eti

JORGE ELI THEISEN
MÉDICO
CRM 27693
CPF: 460-222-280-34



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

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Atendimento Nº: 4

Data: 27/06/2023 Hora: 08:07:23

Paciente: 40187 - KARIN FONTANA DA SILVA SEXO: FEMININO SAME: 51891

Endereço: JULIO CARDOSO, 828 - Bairro: CENTRO

Telefone: 54999723969 54999327969

Cidade: 99300000 - SOLEDADE - RS

Mãe: MARLENE MARIA FONTANA DA SILVA

Nascimento: 22/03/1982 Idade: 41 anos 3 meses 5 dias

Convênio: SUS

Plano: SUS

700800901615886

Executante: TIAGO TRES 44583

Registrante: CRISTIANO DE OLIVEIRA

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

SINAIS VITAIS PA: 80/80 FC: 88 PESO: 0,00 TAX: 0,00 SPO: 97 HGT: 0,00

ALERGIA: DIPIRONA TRAMAL

MEDICAMENTOS: NEGA

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

Fernanda Germany
COREN-RS 0118931 - ENF

QUEIXA PRINCIPAL: PACIENTE REFERE QUE NÃO CONSEGUE MOVIMENTAR O BRAÇO, MUITA ALGIA FEZ US (CLCIFICAÇÃO NO TENDÃO)

MOTIVO DO ATENDIMENTO/TRATAMENTO/PROCEDIMENTOS/MEDICAÇÃO:

3 Dor em ombro D h- de- com p-oro h- 2.
V-fo trauma: VS com tendão Te- com- do- 2.
em SF

03 Eh, moc, loc, h- est

MSD: Sem lesão Aguda ou crônica

CD: ~~trauma~~ (Alergia) /

Cetofeno 1m

Dolantina EV

Lodan 60 BCB SID

Eted 400 BCB 3-5L

Branje 13 BCB SID

Pantozol 20 1/2 1/4

OSI A

ORAZIL 552

TIAGO TRES
CRM-RS 44583

Assinatura Paciente / Responsável Polegar Direito:

DEMONSTRATIVO DA EXECUÇÃO DAS RECEITAS E DESPESAS

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: 27/06/2023
13/07/2023

RECEITAS			DESPESAS		
DATA	DESCRIÇÃO	VALOR	DATA	DESCRIÇÃO	VALOR
27/06/23	REPASSE DO MUNICIPIO	R\$ 172.500,00	28/06/23	CLINICA MÉDICA TATIM LTDA	R\$ 24.250,00
11/07/23	REPASSE DO MUNICIPIO	R\$ 172.500,00	28/06/23	IGOR ELIAS GHELLER & CIA LTDA	R\$ 30.353,04
			28/06/23	ANA C. NAZARI SAUDE	R\$ 19.250,00
			28/06/23	IZA PIAZZA & CIA LTDA	R\$ 25.000,00
			28/06/23	SERVIÇOS MÉDICOS T3 LTDA	R\$ 28.279,15
			29/06/23	CLEUSA SCIPIONI DA ROCHA	R\$ 18.450,00
			29/06/23	PALLUDO & ALGAYER LTDA	R\$ 25.000,00
			03/07/23	CLINICA MEDINA LTDA	R\$ 1.917,81
			11/07/23	IZA PIAZZA & CIA LTDA	R\$ 25.000,00
			11/07/23	CLINICA MÉDICA TATIM LTDA	R\$ 24.250,00
			11/07/23	IGOR ELIAS GHELLER & CIA LTDA	R\$ 23.462,50
			11/07/23	PALLUDO & ALGAYER LTDA	R\$ 25.000,00
			12/07/23	SERVIÇOS MÉDICOS T3 LTDA	R\$ 35.000,00
			12/07/23	ANA C. NAZARI SAUDE	R\$ 39.787,50
TOTAL DA RECEITA		R\$ 345.000,00	TOTAL DAS DESPESAS:		R\$ 345.000,00

SALDO FINAL: R\$ 0,00

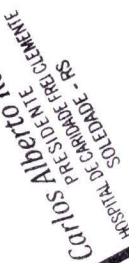
**Carlos Alberto Rocha**
PRESIDENTE
HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE
SOLEDADE - RS


CARLOS ALBERTO ROCHA
PRESIDENTE


JONATAS TURELA BORGES
CONTADOR CRC/RS 60.958

LAPIDANDO OPORTUNIDADES

27/06/2023 A 13/07/2023



JONATAS TURELA BORGES
CONTADOR CRC/RS 60.958


Associado: HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE

Cooperativa: 0247

Conta Corrente: 18089-4

Impresso em 03/07/2023 08:27:05

Extrato

Dados referentes ao período 01/06/2023 a 30/06/2023.

Data	Descrição	Documento	Valor (R\$)	Saldo (R\$)
	SALDO			0,00
27/06/2023	TED 87738530000110 PM FUNDO SAUDE PROPRIOS	391859	172.500,00	172.500,00
28/06/2023	DEBITO TED/IB 12560518000169 CLINICA MEDICA TATI	I00155	-24.250,00	148.250,00
28/06/2023	TRANSF ENTRE CONTAS 15287128000155 IGOR ELIAS GH	SI00281	-30.353,04	117.896,96
28/06/2023	DEBITO TED/IB 21804490000159 ANA C. NAZARI SAUDE	I00154	-19.250,00	98.646,96
28/06/2023	DEBITO TED/IB 18792637000123 IZA PIAZZA E CIA LT	I00156	-25.000,00	73.646,96
28/06/2023	DEBITO TED/IB 31671349000189 SERVICOS MEDICOS T3	I00157	-28.279,15	45.367,81
28/06/2023	DOC/TED INTERNET PJ		-2,00	45.365,81
28/06/2023	DOC/TED INTERNET PJ		-2,00	45.363,81
28/06/2023	DOC/TED INTERNET PJ		-2,00	45.361,81
28/06/2023	DOC/TED INTERNET PJ		-2,00	45.359,81
29/06/2023	DEBITO TED/IB 30600624000100 CLEUSA SALETE SCIPI	I00040	-18.450,00	26.909,81
29/06/2023	DEBITO TED/IB 29881807000162 PALLUDO E ALGAYER L	I00041	-25.000,00	1.909,81
29/06/2023	DOC/TED INTERNET PJ		-2,00	1.907,81
29/06/2023	DOC/TED INTERNET PJ		-2,00	1.905,81

Saldo da Conta

Saldo em 03/07/2023

Saldo atual (disponível em conta)

R\$ 1.905,81

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

1.00 %

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



Associado: HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE

Cooperativa: 0247

Conta Corrente: 18089-4

Impresso em 04/07/2023 08:47:52

Extrato

Dados referentes ao período 01/07/2023 a 04/07/2023.

Data	Descrição	Documento	Valor (R\$)	Saldo (R\$)
	SALDO			1.905,81
03/07/2023	ESTORNO TARIFA	TED	14,00	1.919,81
03/07/2023	DEBITO TED/IB 11370581000170 CLINICA MEDINA LTDA	100284	-1.917,81	2,00
03/07/2023	DOC/TED INTERNET PJ		-2,00	0,00

Saldo da Conta

Saldo em 04-07-2023

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

CLINICA MÉDICA TATIM LTDA. AV. AV. PINHEIRO MACHADO, 952 - SALA 206 - GALERIA SIDNEY BORGES CEP: 99300-000 - Bairro: CENTRO Município: Soledade - RS E-mail: escritorio@brum@yahoo.com.br Fone: (54) 3381-1278 CNPJ / CPF Inscrição Estadual Inscrição Municipal 12.560.518/0001-69 ISENTA 7390		Número da NFS-e 202300000000430	
		Data do Serviço 26/06/2023	Código Verificador de028be47

 MUNICÍPIO DE SOLEDADE/RS Secretaria Municipal da Fazenda Fone: (54) 3381-9010 - soledade-portais.govcloud.com.br/NFSe.Portal	Dt. de Emissão 26/06/2023	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 financeirohcfrc@gmail.com							

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

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	VALOR TOTAL	ALIQ	VALOR IMPOSTO	RETEN
referente ao sobreaviso 04/23	25.000,00	3,00	750,00	Sim

Código do Serviço 04.01 - Medicina e biomédica.		Código NBS *****	
CIDE 0,00	COFINS 0,00	COFINS Importação 0,00	ICMS 0,00
Base Cálculo ISSQN Próprio 0,00	Valor do 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\$750,00; Est: R\$0,00; Fed: R\$0,00; Total Aprox: R\$750,00.	
---	---

Consulta realizada em 26/06/2023 às 14:47:02.
 Para consultar a autenticidade acesse: soledade-portais.govcloud.com.br/NFSe.Portal



202300000000430de028be4712560518000169

Recebemos de CLINICA MÉDICA TATIM LTDA. os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado. _____ Data	Identificação e assinatura do receptor _____ _____ _____	Número da NFS-e 202300000000430 Competência 26/06/2023 NFS-e de028be47	Número de Controle do Município 
--	---	---	--

Consulta realizada em 26/06/2023 às 14:47:02.
 Para consultar a autenticidade acesse: soledade-portais.govcloud.com.br/NFSe.Portal

TED Outra Titularidade

Solicitante: CARLOS
Cooperativa Origem: 0247
Conta Origem: 18089-4
Número de Controle: 1882210890
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: 28/06/2023
Hora Transferência: 09:02:25
Valor a Transferir (R\$): 24.250,00
Finalidade: Credito Em Conta
Motivo Transferência: PAGTO HONORARIOS MEDICOS
Identificador: 97.503.676/0001-30
Tarifa (R\$): 2.00
Autenticação Eletrônica: AA00.A42C.3472.128C.E136.5E9B.3388.697B

Autorizadores:

CARLOS ALBERTO ROCHA - 97503676000130 - Autorizado
ADAIRTO ANGELO FORTI - 97503676000130 - Autorizado

Vencimento 28/06/2023 | Valor R\$ 25.000,00

Status Geral: **Autorizado**



Nota Fiscal de Serviço Eletrônica

IGOR ELIAS GHELLER & CIA LTDA CLINICA GHELLER RUA QUINTINO BOCAIUVA, 613 - SALA 02 CEP: 99300-000 - Bairro: CENTRO Município: Soledade - RS E-mail: demilson.tonezer@terra.com.br Fone: (00) 0000-0000			Número da NFS-e: 202300000000717	
CNPJ / CPF Inscrição Estadual Inscrição Municipal 15.287.128/0001-55 ISENTA 7908			Data do Serviço 26/06/2023	Código Verificador c0b975e63

 MUNICÍPIO DE SOLEDADE/RS Secretaria Municipal da Fazenda Fone: (54) 3381-9010 - soledade-portais.govcloud.com.br/NFSe.Portal	Dt. de Emissão 26/06/2023	Exigibilidade ISS Exigível	Tributação 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 financeirohcfcc@gmail.com					

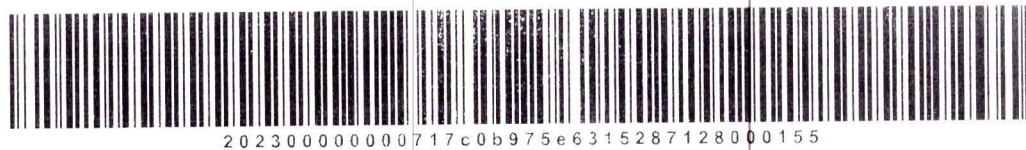
INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO					
Nome / Razão Social *****		CNPJ / CPF *****		Inscrição Municipal *****	
E-mail *****		Fone *****		Cidade *****	

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	VALOR TOTAL	ALIQ.	VALOR IMPOSTO	RE.T.
referente a sobreaviso de Abril de 2023.	32.342,07	3,00	970,26	Não

Código do Serviço 04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatorios e congêneres.		Código NBS *****	
CIDE 0,00	COFINS 970,26	COFINS Importação 0,00	ICMS 0,00
Base Cálculo ISSQN Próprio 32.342,07	Valor do ISSQN Próprio 970,26	Base Cálculo ISSQN Retido 0,00	Valor do ISSQN Retido 0,00
Valor Total da NFS-e 32.342,07		Valor Líquido da NFS-e 30.353,04	

Informações Adicionais Lei 12741/2012: Mun: R\$970,26 Est: R\$0,00 Fed: R\$1180,48; Total Aprox: R\$2150,74. IR Retido: R\$485,13 Retenções: COFINS R\$ 970,26;PIS R\$ 210,22;CSLL R\$ 323,42;	
---	---

Consulta realizada em 26/06/2023 às 14:51:29.
 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 recebedor	Número da NFS-e 202300000000717 Competência 26/06/2023 NFS-e c0b975e63	Número de Controle do Município 
---	---	--

Consulta realizada em 26/06/2023 às 14:51:29.
 Para consultar a autenticidade acesse: soledade-portais.govcloud.com.br/NFSe.Portal

**Associado:** HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE**Cooperativa:****Conta Corrente:****Impresso em** 28/06/2023 -

09:04:16

Vencimento 28/06/2023 | Valor R\$ 30.353,04

Status Geral: **Autorizado**

Transferência entre Contas do Sicredi

Solicitante: ADAIRTO

Cooperativa Origem: 0247

Conta Origem: 18089-4

Número de Controle: 1882224040

Cooperativa Destino: 247

Conta Destino: 51212-5

Favorecido: IGOR ELIAS GHELLER E CIA LTDA ME

Origem dos Recursos: Conta Corrente

Data da Transferência: 28/06/2023

Hora da Transferência: 09:04:16

Valor Transferido (R\$): 30.353,04

Motivo da Transferência: PAGTO HONORARIOS MEDICOS

Autenticação Eletrônica: 0D32.ED3D.F97C.7E97.B408.4714.A73F.5663

Autorizadores:

CARLOS ALBERTO ROCHA - 97503676000130 - Autorizado

ADAIRTO ANGELO FORTI - 97503676000130 - Autorizado

Status

Definido como: Autorizado

Total: **R\$ 30.353,04**

- * 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 202300000000141	
Data do Serviço 26/06/2023			Código Verificador aa7af54ab	
CNPJ / CPF 21.804.490/0001-59	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 26/06/2023	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 financeirohcfrc@gmail.com							

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

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	VALOR TOTAL	ALIQ.	VALOR IMPOSTO	RETENÇÃO
REFERENTE SERVIÇOS PRESTADOS NO PA 04/23. Alíquota Efetiva: 2,000000000000%.	19.250,00	2,00	385,00	Não

Código do Serviço 04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatorios e congêneres.		Código NBS *****	
CIDE 0,00	COFINS 0,00	COFINS Importação 0,00	ICMS 0,00
Base Cálculo ISSQN Próprio 19.250,00	Valor do ISSQN Próprio 385,00	Base Cálculo ISSQN Retido 0,00	Valor do ISSQN Retido 0,00
Valor Total da NFS-e 19.250,00		Valor Líquido da NFS-e 19.250,00	

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\$385,00; Est: R\$0,00; Fed: R\$0,00; Total Aprox: R\$385,00.	
---	---

Consulta realizada em 26/06/2023 às 15:03:42.

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



202300000000141aa7af54ab21804490000159

Recebi(emos) de ANA C. NAZARI SAUDE os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado.	Número da NFS-e 202300000000141 Competência 26/06/2023 NFS-e aa7af54ab	Número de Controle do Município 
Data ____/____/____	Identificação e assinatura do receptor	

Consulta realizada em 26/06/2023 às 15:03:42.

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

**Associado:** HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE**Cooperativa:****Conta Corrente:****Impresso em** 28/06/2023 -

09:02:26

Vencimento 28/06/2023 | Valor R\$ 19.250,00

Status Geral: **Autorizado**

TED Outra Titularidade

Solicitante: CARLOS

Cooperativa Origem: 0247

Conta Origem: 18089-4

Número de Controle: 1882212743

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: 28/06/2023

Hora Transferência: 09:02:24

Valor a Transferir (R\$): 19.250,00

Finalidade: Credito Em Conta

Motivo Transferência: PAGTO HONORARIOS MEDICOS

Identificador: 97.503.676/0001-30

Tarifa (R\$): 2,00

Autenticação Eletrônica: 8F17.980B.0F77.4363.F1C7.D679.964D.E7B3

Autorizadores:

CARLOS ALBERTO ROCHA - 97503676000130 - Autorizado

ADAIRTO ANGELO FORTI - 97503676000130 - Autorizado

Vencimento 28/06/2023 | Valor R\$ 24.250,00

Status Geral: **Autorizado**

Nota Fiscal de Serviço Eletrônica

IZA PIAZZA & CIA LTDA RUA ARMANDO HAEFFNER, 371 CEP: 99300-000 - Bairro: FONTES Município: Soledade - RS E-mail: escrit.rocha@hotmail.com Fone: (54) 3381-2606			Número da NFS-e 202300000000226	
Data do Serviço 26/06/2023			Código Verif f9422d75f	
CNPJ / CPF 18.792.637/0001-23	Inscrição Estadual ISENTO	Inscrição Municipal 47811		

 MUNICÍPIO DE SOLEDADE/RS Secretaria Municipal da Fazenda Fone: (54) 3381-9010 - soledade-portais.govcloud.com.br/NFSe.Portal	Dt. de Emissão 26/06/2023	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 financeirohcfcc@gmail.com							

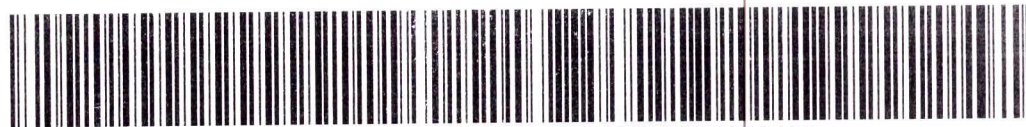
INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO			
Nome / Razão Social *****		CNPJ / CPF *****	
E-mail *****		Fone *****	

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	VALOR TOTAL	ALIQ.	VALOR IMPOSTO	RET.
PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS REFENTE A SOBREAVISO ABRIL/2023.	25.000,00	0,00	0,00	Isco

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 Imputação 0,00	ICMS 0,00
IOP 0,00	IPT 0,00	PIS/PASEP 0,00	PIS/PASEP Imputação 0,00
Base Cálculo ISSQN Proprio 25.000,00	Valor do ISSQN Proprio 0,00	Base Cálculo ISSQN Retido 0,00	Valor do ISSQN Retido 0,00
Valor Total da NFS-e 25.000,00		Valor Liquido 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\$0,00; Est: R\$0,00; Fed: R\$0,00; Total Aprox: R\$0,00.	
---	---

Consulta realizada em 26/06/2023 às 15:33:19.
 Para consultar a autenticidade acesse: soledade-portais.govcloud.com.br/NFSe.Portal



202300000000226f9422d75f18792637000123

Recebi(emos) de IZA PIAZZA & CIA LTDA os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado. _____ Data	Identificação e assinatura do receptor _____ Data	Número da NFS-e 202300000000226 Competência 26/06/2023 NFS-e f9422d75f	Número de Controle do Município
---	---	---	---------------------------------

Consulta realizada em 26/06/2023 às 15:33:19.
 Para consultar a autenticidade acesse: soledade-portais.govcloud.com.br/NFSe.Portal

TED Outra Titularidade

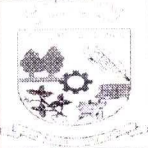
Solicitante: CARLOS
Cooperativa Origem: 0247
Conta Origem: 18089-4
Número de Controle: 1882213016
Instituição: BANCO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL S.A
Cooperativa/Agência: 418
Tipo de Conta Destino: Conta Corrente
Conta Destino: 0604216600
Favorecido: IZA PIAZZA E CIA LTDA
CPF/CNPJ: 18.792.637/0001-23
Data Transferência: 28/06/2023
Hora Transferência: 09:02:25
Valor a Transferir (R\$): 25.000.00
Finalidade: Credito Em Conta
Motivo Transferência: PAGTO HONORARIOS MEDICOS
Identificador: 97.503.676/0001-30
Tarifa (R\$): 2.00
Autenticação Eletrônica: D88E.601F.17E8.C494.C145.8CE4.6DDF.71D8

Autorizadores:
CARLOS ALBERTO ROCHA - 97503676000130 - Autorizado
ADAIRTO ANGELO FORTI - 97503676000130 - Autorizado

Vencimento 28/06/2023 | Valor R\$ 28.279.15

Status Geral: **Autorizado**



		PREFEITURA MUNICIPAL DE BARÃO DE COTEGIPE - RS		Número da Nota 95	
		SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA		Data e Hora de Emissão 26/06/2023 15:38:47	
		NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e		Código de Verificação F085.EF61	
Competência 26/06/2023		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 SERVIÇOS MEDICOS PRESTADOS NO PA 04/23				Valor do Serviço 28.279,15	Descontos(R\$) 3,00
Valor do(s) Serviço(s)(R\$) 28.279,15				Valor da ISS(R\$) 3,00	Valor da ISS(R\$) 848,37
Aliquota(%) 3,00				Valor do ISS(R\$) 848,37	Valor do ISS(R\$) 28.279,15
RETENÇÕES FEDERAIS					
Imposto de Renda(R\$)		PIS(R\$)		COFINS(R\$)	
TOTAIS					
Total do(s) Serviço(s)(R\$) 28.279,15				Total Líquido(R\$) 28.279,15	
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\$ 3.803,55 (13,45%) Municipal = R\$ 591,03 (2,09%) Fonte: IBPT					
Data e Hora da Impressão: 26/06/2023 15:38:50					
Recebemos de SERVIÇOS MEDICOS T3 LTDA o(s) Serviço(s) da NFS-e indicada ao lado. Emissão 26/06/2023 Tomador HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE Total Líquido : R\$ 28.279,15				NFS-e Nº 95	
Data do Recebimento		Identificação e Assinatura do Recebedor			
					
Desenvolvido por					

TED Outra Titularidade

Solicitante: CARLOS
Cooperativa Origem: 0247
Conta Origem: 18089-4
Número de Controle: 1882211988
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: 28/06/2023
Hora Transferência: 09:02:26
Valor a Transferir (R\$): 28.279,15
Finalidade: Credito Em Conta
Motivo Transferência: PAGTO HONORARIOS MEDICOS
Identificador: 97.503.676/0001-30
Tarifa (R\$): 2,00
Autenticação Eletrônica: FCB9.DDB4.7E56.04E9.19AE.2595.86DE.BC45

Autorizadores:
CARLOS ALBERTO ROCHA - 97503676000130 - Autorizado
ADAIRTO ANGELO FORTI - 97503676000130 - Autorizado

Status
Definido como: Autorizado
Total: **R\$ 96.779,15**

* 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.brnm@yahoo.com.br Fone: (54) 3381-1504			Número da NFS-e 202300000000228	
CNPJ / CPF Inscrição Estadual Inscrição Municipal 30.600.624/0001-00 ISENTA 5048			Data do Serviço 26/06/2023	Código Verificador 89ede7d91

 MUNICÍPIO DE SOLEDADE/RS Secretaria Municipal da Fazenda Fone: (54) 3381-9010 - soledade-portais.govcloud.com.br/NFSe.Portal	Dt. de Emissão 26/06/2023	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 financeirohcfcc@gmail.com					

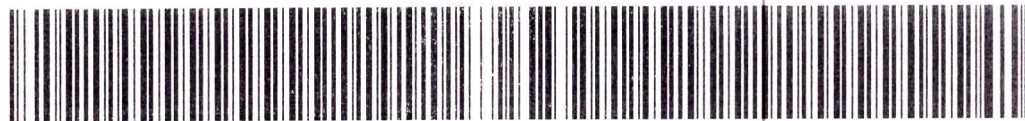
INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO					
Nome / Razão Social *****		CNPJ / CPF *****		Inscrição Municipal *****	
E-mail *****		Fone *****		Cidade *****	

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	VALOR TOTAL	ALIQ.	VALOR IMPOSTO	RETENÇÃO
sobreaviso 04/23	18.450,00	3,00	553,50	Não

Código do Serviço 04.01 - Medicina e biomedicina.		Código NBS *****	
ICMS 0,00	COFINS 0,00	COFINS Importação 0,00	ICMS 0,00
Base Cálculo ISSQN Proprio 18.450,00	Valor do ISSQN Proprio 553,50	Base Cálculo ISSQN Retido 0,00	Valor do ISSQN Retido 0,00
Valor Total da NFS-e 18.450,00		Valor Líquido da NFS-e 18.450,00	

Informações Adicionais Lei 12741/2012: Mun: R\$553,50; Est: R\$0,00; Fed: R\$0,00; Total Aprox: R\$553,50.	
---	---

Consulta realizada em 26/06/2023 às 14:54:03.
 Para consultar a autenticidade acesse: soledade-portais.govcloud.com.br/NFSe.Portal



20230000000022889ede7d9130600624000100

Recebemos 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 202300000000228 Competência 26/06/2023 NFS-e 89ede7d91	Número de Controle do Município 
---	--	---	--

Consulta realizada em 26/06/2023 às 14:54:03.
 Para consultar a autenticidade acesse: soledade-portais.govcloud.com.br/NFSe.Portal

**Associado:** HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE**Cooperativa:****Conta Corrente:****Impresso em 29/06/2023 -**

08:40:04

Vencimento 29/06/2023 | Valor R\$ 18.450,00

Status Geral: **Autorizado**

TED Outra Titularidade

Solicitante: CARLOS

Cooperativa Origem: 0247

Conta Origem: 18089-4

Número de Controle: 1883370171

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: 29/06/2023

Hora Transferência: 08:40:04

Valor a Transferir (R\$): 18.450,00

Finalidade: Credito Em Conta

Motivo Transferência: PAGTO HONORARIOS MEDICOS

Identificador: 97.503.676/0001-30

Tarifa (R\$): 2,00

Autenticação Eletrônica: 6F13.FEC3.A6EA.93DC.4523.A6D3.1733.26CB

Autorizadores:

CARLOS ALBERTO ROCHA - 97503676000130 - Autorizado

ADAIRTO ANGELO FORTI - 97503676000130 - Autorizado

Vencimento 29/06/2023 | Valor R\$ 25.000,00

Status Geral: **Autorizado**

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: julietateixeira@brum@yahoo.com.br Fone: (54) 99636-4462			Número da NFS-e 202300000000341	
CNPJ / CPF Inscrição Estadual Inscrição Municipal 29.881.807/0001-62 ISENTA 5024758			Data do Serviço 26/06/2023	Código Verificador 7b3ae8d72

 MUNICÍPIO DE SOLEDADE/RS Secretaria Municipal da Fazenda Fone: (54) 3381-9010 - soledade-portais.govcloud.com.br/NFSe.Portal	Dt. de Emissão 26/06/2023	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 financeirohcf@gmail.com					

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

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	VALOR TOTAL	ALIQ.	VALOR IMPOSTO	RETIDO
referente sobreaviso 04/23.	25.000,00	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
Base Cálculo ISSQN Próprio 25.000,00	Valor do ISSQN Próprio 0,00	Base Cálculo ISSQN Retido 0,00	Valor do ISSQN Retido 0,00
Valor Total da NFS-e 25.000,00		Valor Líquido da NFS-e 25.000,00	

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

Consulta realizada em 26/06/2023 às 15:23:55.

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



2023000000003417b3ae8d7229881807000162

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 202300000000341 Competência 26/06/2023 NFS-e 7b3ae8d72	Número de Controle do Município 
---	---	--

Consulta realizada em 26/06/2023 às 15:23:55.

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



Associado: HOSPITAL DE CARIDADE / REI CLEMENTE

Cooperativa: 0247 Conta Corrente: 18089-4 Impresso em 29/06/2023 08:41:53

TED Outra Titularidade

Solicitante: CARLOS
Cooperativa Origem: 0247
Conta Origem: 18089-4
Número de Controle: 1883369710
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: 29/06/2023
Hora Transferência: 08:40:04
Valor a Transferir (R\$): 25.000,00
Finalidade: Credito Em Conta
Motivo Transferência: PAGTO HONORARIOS MEDICOS
Identificador: 97.503.676/0001-30
Tarifa (R\$): 2,00
Autenticação Eletrônica: 8F9C.4B20.9496.A750.8068.5203.4D6C.E69D

* 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 2510

Atendimento aos deficientes auditivos ou de fala 0800 724 0525

Nota Fiscal de Serviço Eletrônica

CLINICA MEDINA LTDA CLINICA MEDINA AV. AV. PINHEIRO MACHADO, 872 CEP: 99300-000 - Bairro: CENTRO Município: Soledade - RS E-mail: elo.elocontabilidade@gmail.com Fone: (54) 3381-1430			Número da NFS-e 202300000000267	
CNPJ / CPF Inscrição Estadual Inscrição Municipal 11.370.581/0001-70 ISENTA 7129			Data do Serviço 30/06/2023	Código Verificador 483125415

 MUNICÍPIO DE SOLEDADE/RS Secretaria Municipal da Fazenda Fone: (54) 3381-9010 - soledade-portais.govcloud.com.br/NFSe.Portal	Dt. de Emissão 30/06/2023	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 financeirohcf@gmail.com		Soledade/RS	

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

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	VALOR TOTAL	ALIQ.	VALOR IMPOSTO	RETIDO
Ref Serviços Obstétricos 04/23	1.917,81	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	COFINS	COFINS Importação	ICMS	IOP	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		
1.917,81	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		

Valor Total da NFS-e 1.917,81 Valor Líquido da NFS-e 1.917,81
--

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\$0,00; Est: R\$0,00; Fed: R\$0,00; Total Aprox: R\$0,00.	
---	---

Consulta realizada em 30/06/2023 às 09:53:59.
 Para consultar a autenticidade acesse: soledade-portais.govcloud.com.br/NFSe.Portal



20230000000026748312541511370581000170

Recebi(emos) de CLINICA MEDINA LTDA os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado. ____/____/____ Data	Identificação e assinatura do recebedor	Número da NFS-e 202300000000267 Competência 30/06/2023 NFS-e 483125415	Número de Controle do Município 
---	---	---	--

Consulta realizada em 30/06/2023 às 09:53:59.
 Para consultar a autenticidade acesse: soledade-portais.govcloud.com.br/NFSe.Portal

**Associado:** HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE**Cooperativa:****Conta Corrente:****Impresso em 03/07/2023 -**

10:42:20

Vencimento 03/07/2023 | Valor R\$ 1.917,81

Status Geral: **Autorizado**

TED Outra Titularidade

Solicitante: CARLOS

Cooperativa Origem: 0247

Conta Origem: 18089-4

Número de Controle: 1887051856

Instituição: BANCO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL S.A

Cooperativa/Agência: 418

Tipo de Conta Destino: Conta Corrente

Conta Destino: 0603089702

Favorecido: CLINICA MEDINA LTDA

CPF/CNPJ: 11.370.581/0001-70

Data Transferência: 03/07/2023

Hora Transferência: 10:42:19

Valor a Transferir (R\$): 1.917,81

Finalidade: Credito Em Conta

Motivo Transferência: PAGTO HONORARIOS MEDICOS

Identificador: 97.503.676/0001-30

Tarifa (R\$): 2,00

Autenticação Eletrônica: 57D2.C072.43AB.155F.C299.E2CB.3706.E85E

Autorizadores:

CARLOS ALBERTO ROCHA - 97503676000130 - Autorizado

ADAIRO ANGELO FORTI - 97503676000130 - Autorizado

Status

Definido como: Autorizado

Total: **R\$ 1.917,81**

* 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

**Associado:** HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE**Cooperativa:** 0247**Conta Corrente:** 18089-4**Impresso em** 13/07/2023 08:59:55**Extrato**

Dados referentes ao período 11/07/2023 a 13/07/2023.

Data	Descrição	Documento	Valor (R\$)	Saldo (R\$)
	SALDO			0,00
11/07/2023	TED 87738530000110 PM FUNDO SAUDE PROPRIOS	395880	172.500,00	172.500,00
11/07/2023	DEBITO TED/IB 18792637000123 IZA PIAZZA E CIA LT	I00456	-25.000,00	147.500,00
11/07/2023	DEBITO TED/IB 12560518000169 CLINICA MEDICA TATI	I00455	-24.250,00	123.250,00
11/07/2023	TRANSF ENTRE CONTAS 15287128000155 IGOR ELIAS GH	SI02573	-23.462,50	99.787,50
11/07/2023	DEBITO TED/IB 29881807000162 PALLUDO E ALGAYER L	I00463	-25.000,00	74.787,50
11/07/2023	DOC/TED INTERNET PJ		-2,00	74.785,50
11/07/2023	DOC/TED INTERNET PJ		-2,00	74.783,50
11/07/2023	DOC/TED INTERNET PJ		-2,00	74.781,50
12/07/2023	DEBITO TED/IB 31671349000189 SERVICOS MEDICOS T3	I00033	-35.000,00	39.781,50
12/07/2023	ESTORNO TARIFA	TED	10,00	39.791,50
12/07/2023	DEBITO TED/IB 21804490000159 ANA C. NAZARI SAUDE	I00140	-39.787,50	4,00
12/07/2023	DOC/TED INTERNET PJ		-2,00	2,00
12/07/2023	DOC/TED INTERNET PJ		-2,00	0,00

Saldo da Conta

Saldo em 13/07/2023

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: escrit.rocha@hotmail.com Fone: (54) 3381-2606			Número da NFS-e 202300000000228	
CNPJ / CPF Inscrição Estadual Inscrição Municipal 18.792.637/0001-23 ISENT0 47811			Data do Serviço 11/07/2023	Código Verificador 85d77d9e4

 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
	11/07/2023	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	UF	Fone	CEP		
Soledade	RS	(54) 3381-1244	99300-000		
Bairro	CENTRO				
CNPJ / CPF		Inscrição Municipal	Inscrição Estadual		
97.503.676/0001-30		3575	1370031898		
E-mail					
financeirohcf@gmail.com					

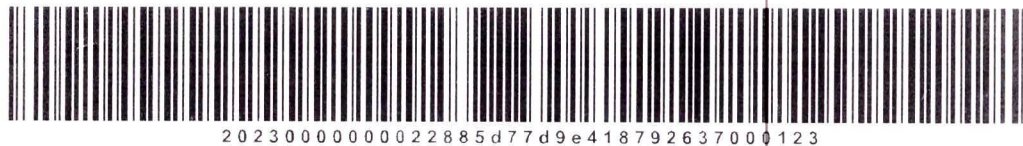
INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO			
Nome / Razão Social		CNPJ / CPF	Inscrição Municipal
*****		*****	*****
E-mail		Fone	Cidade

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	VALOR TOTAL	ALIQ.	VALOR IMPOSTO	RETIDO
PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS REFERENTE AO SOBREAVISO DE MAIO/2023.	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.		*****	
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 Proprio	Valor do ISSQN Proprio	Base Cálculo ISSQN Retido	Valor do ISSQN Retido
25.000,00	0,00	0,00	0,00
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.	
--	---

Consulta realizada em 11/07/2023 às 16:22:35.
 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 recebedor	Número da NFS-e 202300000000228 Competência 11/07/2023 NFS-e 85d77d9e4	Número de Controle do Município
---	---	---	---------------------------------

Consulta realizada em 11/07/2023 às 16:22:35.
 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** 11/07/2023 16:47:10

TED Outra Titularidade

Solicitante: CARLOS
Cooperativa Origem: 0247
Conta Origem: 18089-4
Número de Controle: 1900215583
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: 11/07/2023
Hora Transferência: 16:46:40
Valor a Transferir (R\$): 25.000,00
Finalidade: Credito Em Conta
Motivo Transferência: PAGTO HONORARIOS MEDICOS
Identificador: 97.503.676/0001-30
Tarifa (R\$): 2,00
Autenticação Eletrônica: 5A58.3E74.F4CF.547D.36F0.695A.7B3C.6C7B

* 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: escritorio@tatum.com.br Fone: (54) 3381-1278			Número da NFS-e 202300000000433	
Data do Serviço 11/07/2023			Código Verificador 56e312a6b	
CNPJ / CPF 12.560.518/0001-69	Inscrição Estadual ISENTO	Inscrição Municipal 7390		

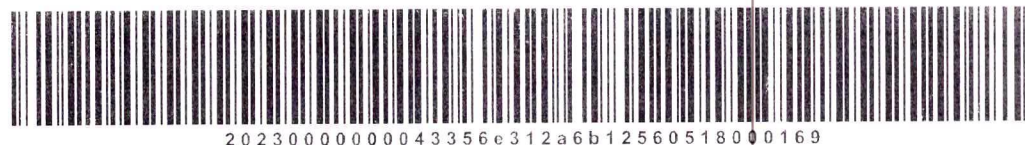
 MUNICÍPIO DE SOLEDADE/RS Secretaria Municipal da Fazenda Fone: (54) 3381-9010 - soledade-portais.govcloud.com.br/NFSe.Portal	Dt. de Emissão 11/07/2023	Exigibilidade ISS Exigível	Tributado no Município Soledade/RS
---	------------------------------	-------------------------------	---------------------------------------

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 financeirohcf@tatum.com							

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

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	VALOR TOTAL	ALIQ.	VALOR IMPOSTO	RETIDO
sobreaviso 05/23	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
Base Cálculo ISSQN Próprio 0,00	Valor do 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.			



20230000000043356e312a6b12560518000169

Recebi(emos) de CLINICA MÉDICA TATIM LTDA. os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado. ____/____/____ Data	Identificação e assinatura do receptor	Número da NFS-e 202300000000433 Competência 11/07/2023 NFS-e 56e312a6b	Número de Controle do Município
---	--	---	---------------------------------

Consulta realizada em 11/07/2023 às 16:28:46.
 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** 11/07/2023 16:47:07**TED Outra Titularidade**

Solicitante: CARLOS
Cooperativa Origem: 0247
Conta Origem: 18089-4
Número de Controle: 1900214967
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: 11/07/2023
Hora Transferência: 16:46:38
Valor a Transferir (R\$): 24.250,00
Finalidade: Credito Em Conta
Motivo Transferência: PAGTO HONORARIOS MEDICOS
Identificador: 97.503.676/0001-30
Tarifa (R\$): 2,00
Autenticação Eletrônica: 821A.B2B6.EFA9.9F13.DD68.B934.1324.6842

* 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 CLÍNICA 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 202300000000722	
CNPJ / CPF Inscrição Estadual Inscrição Municipal 15.287.128/0001-55 ISENTA 7908			Data do Serviço 11/07/2023	Código Verificador 0c47112ad

 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
	11/07/2023	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 financeirohcfcc@gmail.com				Soledade/RS	

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

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	VALOR TOTAL	ALIQ.	VALOR IMPOSTO	RETIDO
sobreaviso de maio de 2023	25.000,00	3,00	750,00	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	750,00	0,00	0,00
Base Cálculo ISSQN Próprio	Valor do ISSQN Próprio	Base Cálculo ISSQN Retido	Valor do ISSQN Retido
25.000,00	750,00	0,00	0,00
Valor Total da NFS-e		Valor Líquido da NFS-e	
25.000,00		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;	
--	---

Consulta realizada em 11/07/2023 às 16:28:29.
 Para consultar a autenticidade acesse: soledade-portais.govcloud.com.br/NFSe.Portal



2023000000007220c47112ad15287128000155

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 202300000000722 Competência 11/07/2023 NFS-e 0c47112ad	Número de Controle do Município
--	---	---------------------------------

Consulta realizada em 11/07/2023 às 16:28:29.
 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** 11/07/2023 16:47:09

Transferência entre Contas do Sicredi

Solicitante: CARLOS
Cooperativa Origem: 0247
Conta Origem: 18089-4
Número de Controle: 1900216754
Cooperativa Destino: 247
Conta Destino: 51212-5
Favorecido: IGOR ELIAS GHELLER E CIA LTDA ME
Origem dos Recursos: Conta Corrente
Data da Transferência: 11/07/2023
Hora da Transferência: 16:46:40
Valor Transferido (R\$): 23.462,50
Motivo da Transferência: PAGTO HONORARIOS MEDICOS
Autenticação Eletrônica: E97C.6CAC.F2CE.B45E.36B4.3151.2BAC.F113

* 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 202300000000345
CNPJ / CPF 29.881.807/0001-62			Inscrição Estadual ISENT0	Inscrição Municipal 5024758
			Data do Serviço 11/07/2023	Código Verificador 5104b6575

 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
	11/07/2023	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 financeirohcfc@gmail.com				

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

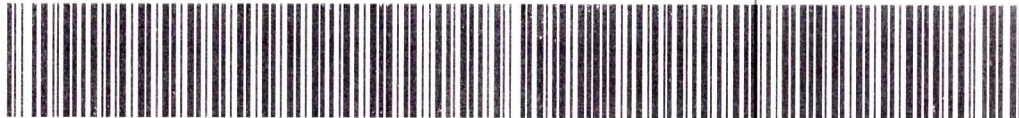
DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	VALOR TOTAL	ALIQ.	VALOR IMPOSTO	RETIDO
referente sobreaviso 05/23	25.000,00	3.00	0.00	Não

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 Proprio 25.000,00		Valor da ISSQN Proprio 0,00		Base Cálculo ISSQN Retido 0,00		Valor da ISSQN Retido 0,00	
				Valor Total do ISSQN 0,00		Valor Dedução/Descontos 0,00	
Valor Total da NFS-e 25.000,00				Valor Líquido da NFS-e 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 11/07/2023 às 16:51:35.

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



2023000000003455104b657529881807000162

Recebi(emos) de PALLUDO & ALGAYER LTDA	Número da NFS-e 202300000000345	Número de Controle do Município
os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado.	Competência 11/07/2023	
<u> </u> / <u> </u> / <u> </u> Data	<u> </u> Identificação e assinatura do receptor	
	NFS-e 510456575	

Consulta realizada em 11/07/2023 às 16:51:35.

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

**Associado:** HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE**Cooperativa:****Conta Corrente:****Impresso em** 11/07/2023 - 16:59:11

Vencimento 11/07/2023 | Valor R\$ 25.000,00

Status Geral: **Autorizado**

TED Outra Titularidade

Solicitante: CARLOS

Cooperativa Origem: 0247

Conta Origem: 18089-4

Número de Controle: 1900244348

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: 11/07/2023

Hora Transferência: 16:59:11

Valor a Transferir (R\$): 25.000,00

Finalidade: Credito Em Conta

Motivo Transferência: PAGTO HONORARIOS MEDICOS

Identificador: 97.503.676/0001-30

Tarifa (R\$): 2,00

Autenticação Eletrônica: A654.3712.00F3.251D.04F0.2AF7.8A88.975A

Autorizadores:

CARLOS ALBERTO ROCHA - 97503676000130 - Autorizado

ADAIRTO ANGELO FORTI - 97503676000130 - Autorizado

Status

Definido como: Autorizado

Total: R\$ 25.000,00

* 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.

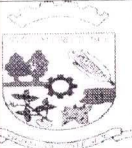
Serviços por telefone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas)

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		Número da Nota 98	
	SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA		Data e Hora de Emissão 11/07/2023 16:59:33	
	NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e		Código de Verificação D708.F479	
				
Competência 11/07/2023	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 aos honorários médicos no PA 05/23		Valor do Serviço 35.000,00	Descontos(R\$)	Aliquota 3,00
Valor do(s) Serviço(s)(R\$) 35.000,00		Valor Dedução(R\$)	Descontos Incondicionais(R\$)	Base de Cálculo(R\$) 35.000,00
Aliquota(%) 3,00	Valor do ISS(R\$) 1.050,00	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\$) 35.000,00		Total Líquido(R\$) 35.000,00		
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\$ 4.707,50 (13,45%) Municipal = R\$ 731,50 (2,09%) Fonte: IBPT				
Data e Hora da Impressão: 11/07/2023 16:59:35				
Recebemos de SERVIÇOS MÉDICOS T3 LTDA o(s) Serviço(s) da NFS-e indicada ao lado.			NFS-e Nº 98	
Emissão 11/07/2023 Tomador HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE Total Líquido : R\$ 35.000,00				
Data de Recebimento		Identificação e Assinatura do Recebedor		
Desenvolvido por: 				

**Associado:** HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE**Cooperativa:****Conta Corrente:****Impresso em** 12/07/2023 -

08:13:00

Vencimento 12/07/2023 | Valor R\$ 35.000,00

Status Geral: **Autorizado**

TED Outra Titularidade

Solicitante: CARLOS

Cooperativa Origem: 0247

Conta Origem: 18089-4

Número de Controle: 1900660011

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: 12/07/2023

Hora Transferência: 08:13:00

Valor a Transferir (R\$): 35.000,00

Finalidade: Credito Em Conta

Motivo Transferência: PAGTO HONORARIOS MEDICOS

Identificador: 97.503.676/0001-30

Tarifa (R\$): 2,00

Autenticação Eletrônica: EADF.6050.4442.C892.38A3.A619.41CA.B4A0

Autorizadores:

CARLOS ALBERTO ROCHA - 97503676000130 - Autorizado

ADAIRTO ANGELO FORTI - 97503676000130 - Autorizado

Status

Definido como: Autorizado

Total: **R\$ 35.000,00**

* 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 202300000000144	
CNPJ / CPF 21.804.490/0001-59			Data do Serviço 12/07/2023	Código Verificador 7d48268fd
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
	12/07/2023	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	UF	Fone	CEP				
Soledade	RS	(54) 3381-1244	99300-000				
Bairro	CENTRO						
CNPJ / CPF		Inscrição Municipal		Inscrição Estadual			
97.503.676/0001-30		3575		1370031898			
E-mail				financeirohcf@gmail.com			

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

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	VALOR TOTAL	ALIQ.	VALOR IMPOSTO	RETIDO
REFERENTE HONORÁRIOS MÉDICOS PA 05/23; Aliquota Efetiva: 2,000000000000%.	39.787,50	2,00	795,75	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
Base Cálculo ISSQN Próprio	Valor do ISSQN Próprio	Base Cálculo ISSQN Retido	Valor do ISSQN Retido
39.787,50	795,75	0,00	0,00
Valor Total da NFS-e		Valor Líquido da NFS-e	
39.787,50		39.787,50	

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\$831,56; Est: R\$0,00; Fed: R\$5351,42; Total Aprox: R\$6182,98. Fonte: IBPT.	
---	---

Consulta realizada em 12/07/2023 às 10:07:25.
 Para consultar a autenticidade acesse: soledade-portais.govcloud.com.br/NFSe.Portal



2023000000001447d48268fd21804490000159

Recebi(emos) de ANA C. NAZARI SAUDE 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 202300000000144 Competência 12/07/2023 NFS-e 7d48268fd	Número de Controle do Município
--	---	---	---------------------------------

Consulta realizada em 12/07/2023 às 10:07:25.
 Para consultar a autenticidade acesse: soledade-portais.govcloud.com.br/NFSe.Portal

**Associado:** HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE**Cooperativa:****Conta Corrente:****Impresso em 12/07/2023 -**

10:22:44

Vencimento 12/07/2023 | Valor R\$ 39.787,50

Status Geral: **Autorizado**

TED Outra Titularidade

Solicitante: CARLOS

Cooperativa Origem: 0247

Conta Origem: 18089-4

Número de Controle: 1900892674

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: 12/07/2023

Hora Transferência: 10:22:44

Valor a Transferir (R\$): 39.787,50

Finalidade: Credito Em Conta

Motivo Transferência: PAGTO HONORARIOS MEDICOS

Identificador: 97.503.676/0001-30

Tarifa (R\$): 2,00

Autenticação Eletrônica: EA6C.8F31.50EA.D42F.7E5B.34BC.3857.DC60

Autorizadores:

CARLOS ALBERTO ROCHA - 97503676000130 - Autorizado

ADAIRTO ANGELO FORTI - 97503676000130 - Autorizado

Status

Definido como: Autorizado

Total: **R\$ 39.787,50**

* 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