

**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: JULHO 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		
01/08/2023	Nota Fiscal nº 202300000072905 - R\$ 172.500,00		
RECURSO	LIVRE		
NOME DO FISCAL:		MATRÍCULA:	
ASSINATURA:		DATA: 03/08/2023	

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



Número da NFS-e

202300000072905

Data do Serviço

01/08/2023

Código Verificador

5b36048c5

CNPJ / CPF

97.503.676/0001-30

Inscrição Estadual

1370031898

Inscrição Municipal

3575



MUNICÍPIO DE SOLEDADE/RS

Secretaria Municipal da Fazenda

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

Dt. de Emissão

01/08/2023

Exigibilidade
ISS

Isonção

Tributado no Município

Soledade/RS

TOMADOR DO SERVIÇO

Nome / Razão Social

MUNICÍPIO DE SOLEDADE

Endereço

AV. AV. JULIO DE CASTILHOS,898

Cidade

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

Fone

Cidade

E-mail

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

REFERENTE A SERVIÇOS PRESTADOS NO MÊS DE JULHO/2023.
OBSERVAÇÃO: CONTA PARA PAGAMENTO
BANCO 748
AGÊNCIA: 0247
CONTA: 18089-4

VALOR TOTAL

172.500,00

ALIQ.

0,00

VALOR IMPOSTO

0,00

RETIDO

Não

Código do Serviço

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

Código NBS

CIDE

0,00

COFINS

0,00

COFINS Importação

0,00

ICMS

0,00

IOF

0,00

IPI

0,00

PIS/PASEP

0,00

PIS/PASEP Importação

0,00

Base Cálculo ISSQN Próprio

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



Consulta realizada em 01/08/2023 às 11:12:05.

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



2023000000729055b36048c597503676000130

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

202300000072905

Competência

01/08/2023

NFS-e

5b36048c5

Número de Controle do Município

[Handwritten signature]

Consulta realizada em 01/08/2023 às 11:12:05.

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



HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE

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

“Nosso maior patrimônio é a Vida”

Of. 300/2023

Soledade/RS, 01 de setembro de 2023

À

Secretaria de Saúde de Soledade – RS

Sr. Secretário de Saúde

Na oportunidade em que cumprimos Vossa Senhoria, estamos encaminhando a nota fiscal N° 73877, no valor de **R\$ 172.500,00** (cento e setenta e dois mil e quinhentos reais), referente a serviços prestados no mês de **AGOSTO/2023**.

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

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

OBS: -> FAVOR EFETUAR O PAGAMENTO ATÉ O DIA 10 DE SETEMBRO DE 2023.

Atenciosamente,


Adairto Angelo Forti
Administrador
CRA - 30671

Nota Fiscal de Serviço Eletrônica

HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE

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



Número da NFS-e

202300000073877

Data do Serviço

01/09/2023

Código Verificador

28b695638

CNPJ / CPF

97.503.676/0001-30

Inscrição Estadual Inscrição Municipal

1370031898

3575



MUNICÍPIO DE SOLEDADE/RS

Secretaria Municipal da Fazenda

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

Dt. de Emissão

01/09/2023

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 AGOSTO/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

0,00

COFINS

0,00

COFINS Importação

0,00

ICMS

0,00

IOF

0,00

IFI

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



Consulta realizada em 01/09/2023 às 08:33:30.

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



20230000007387728b69563897503676000130

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

202300000073877

Competência

01/09/2023

NFS-e

28b695638

Número de Controle do Município

91

Consulta realizada em 01/09/2023 às 08:33:30.

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



HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE

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

“Nosso maior patrimônio é a Vida”

Soledade, 22 de setembro de 2023.

Relatório de Execução do Objeto, Atividades Desenvolvidas e Metas

O Hospital de Caridade Frei Clemente e o Município de Soledade firmaram o Termo de Convênio nº 01/2023, com o intuito da prestação de Serviços Hospitalares Complementares no Sistema Único de Saúde- SUS a População de Soledade R/S.

Sobreavisos nas especialidades de cirurgia geral, anestesia, pediatria e obstetrícia.

Urgência e emergência 24 horas Clínica Geral.

Realizamos 3.665 atendimentos no Pronto Socorro, 272 internações, 34 cirurgias, 24 partos normais, e 20 cesárias.

Desta forma é possível afirmar que as metas foram alcançadas no período, compreendido de agosto/2023 e setembro/2023 conforme Prestação de Contas informada.

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 possibilita fazermos cada vez mais pela saúde em nosso Hospital.

Desde já agradecemos;



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

Carlos Alberto Rocha
Presidente



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

FICHA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Paciente: 38197 - ELEMAR JORGE PARIZOTTO SAME: 49901

CNS: 702000872445780

CPF: 39148572004

RG: 5024515421

RN:

Endereço: BR386, - KM 247

Bairro: BOTUCARAY

Telefone: 54999181545 54999181545

Cidade: 99300000 - SOLEDADE - RS

Nascimento: 25/09/1963

Idade: 59 anos 9 meses 7 dias

Sexo: MASCULINO

Raça: BRANCA

Estado Civil: CASADO (A)

Peso: 0,00

Altura: 0,00

IMC: 0,00

Convênio: SUS

Matrícula: 702000872445780

Cartão Nacional de Saúde: 702000872445780

Validade: Plano: SUS

Natural de: SOLEDADE

Religião:

Profissão:

Trabalho:

Nome da mãe: TEREZINHA CASAGRANDE PARIZOTTO

Nome do pai: IVANIR GERALDINO PARIZOTTO

Cônjuge: ANGELA WEDY PARIZOTTO

Responsável: ANGELA VEDI PARIZOTTO

CPF: 50285939068 RG:

Endereço: , -

Bairro:

Cidade:

Telefone: 5499762123

Estado civil: CONJUGE

Executante: TIA GO TRES 44583

Caráter de Atendimento: URGENTE

Internação: 02/07/2023 Hora: 19:22:07 Leito: 404 - 404-D

Data da alta: 06/07/2023

Motivo da Alta: ALTA MELHORADO

Diagnóstico: TRATAMENTO DE OUTRAS DOENÇAS DO INTESTINO

CID: K564, OUTRAS OBSTRUÇÕES DO INTESTINO

Registrante: FERNANDA VASCONCELOS 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: 49105 - JULIANA DOS SANTOS DA SILVA SAME: 60788

CNS: 708605525775586

CPF: 01348112085

RG: 7099861366

RN:

Endereço: RIO DE JANEIRO, 558 -

Bairro: IPIRANGA

Telefone: 5499984995

Cidade: 99300000 - SOLEDADE - RS

Nascimento: 10/08/1988

Idade: 34 anos 10 meses 27 dias

Sexo: FEMININO

Raça: PARDO

Estado Civil: UNIAO ESTAVEL

Peso: 0,00

Altura: 0,00

IMC: 0,00

Convênio: SUS

Matrícula: 708605525775586

Cartão Nacional de Saúde: 708605525775586

Validade: Plano: SUS

Natural de: SOLEDADE

Religião: CATOLICO(A)

Profissão:

Trabalho:

Nome da mãe: CENILDA DOS SANTOS DA SILVA

Nome do pai:

Cônjuge: VANDERSON DA SILVA BRYN

Responsável: WANDERSON DA SILVA BRYN

CPF: RG:

Endereço: , -

Bairro:

Cidade:

Telefone: 5499984995

Estado civil: CONJUGUE

Executante: FERNANDA FELTRIN HAAS 29743

Caráter de Atendimento: URGENTE

Internação: 06/07/2023 Hora: 10:06:58 Leito: 409- MAT - 409-A

Data da alta: 09/07/2023

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

Diagnóstico: PARTO NORMAL

CID: O809, PARTO ÚNICO ESPONTÂNEO, NÃO ESPECIFICADO

Registrante: PATRICIA SCHAFFER GUERINI

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: 6856 - DIOGO DO AMARANTE CEMIN SAME: 26041

CNS: 701400663078937

CPF: 01861289081

RG:

RN:

Endereço: THOMAZ DOS SANTOS ORTIZ, 138 -

Bairro: FONTES

Telefone: 54991831951 54991831951

Cidade: 99300000 - SOLEDADE - RS

Nascimento: 01/04/1985

Idade: 38 anos 3 meses 5 dias

Sexo: MASCULINO

Raça: BRANCA

Estado Civil: SOLTEIRO (A)

Peso: 0,00

Altura: 0,00

IMC: 0,00

Convênio: SUS

Matrícula: 701400663078937

Cartão Nacional de Saúde: 701400663078937

Validade: Plano: SUS

Natural de: SOLEDADE

Religião:

Profissão:

Trabalho:

Nome da mãe: CELIA DO AMARANTE CEMIN

Nome do pai: OLMIRO JOSE CEMIN

Cônjuge:

Responsável: DENISE DO AMARANTE

CPF: RG:

Endereço: , -

Bairro:

Cidade:

Telefone: 54992472774

antesco: CONJUGE

Executante: JERONIMO ORTIZ TATIM 27210

Caráter de Atendimento: URGENTE

Internação: 06/07/2023 Hora: 14:22:39 Leito: 303 - 303-A

Data da alta: 10/07/2023

Motivo da Alta: ALTA MELHORADO

Diagnóstico: APENDICECTOMIA

CID: K359, APENDICITE AGUDA SEM OUTRA ESPECIFICAÇÃO

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 - 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: 43973 - DAVILUIZ PINTO DE OLIVEIRA SAME: 55675

CNS: 705007445606551 CPF: 04920039042 RG: RN:

Endereço: LUCIO DIAS HILARIO, 177 -

Bairro: BOTUCARAÍ

Telefone: 54996879641 5499235444

Cidade: 99300000 - SOLEDADE - RS

Nascimento: 05/01/2015 Idade: 8 anos 6 meses 4 dias Sexo: MASCULINO Raça: BRANCA Estado Civil: SOLTEIRO (A)

Peso: 36,00 Altura: 0,00 IMC: 0,00

Convênio: SUS

Matrícula: 705007445606551

Cartão Nacional de Saúde: 705007445606551

Validade: Plano: SUS

Natural de: SOLEDADE

Religião:

Profissão:

Trabalho:

Nome da mãe: VALERIA DA SILVA PINTO

Nome do pai: GILSON BARBOSA DE OLIVEIRA

Cônjuge:

Responsável: SALETE DE OLIVEIRA DOS SANTOS

CPF: 81849699020 RG:

Endereço: , -

Bairro: Cidade: Telefone: 5499235444

Parentesco: TIO(A)

Executante: JORGE ELI THEISEN 27693

Caráter de Atendimento: URGENTE

Internação: 09/07/2023 Hora: 21:22:20 Leito: 501- PEDIATRIA - 501-A

Data da alta: 11/07/2023

Motivo da Alta: ALTA MELHORADO

Diagnóstico: TRATAMENTO DAS DOENÇAS CRONICAS DAS VIAS AEREAS INFERIORES

CID: J459, ASMA NÃO ESPECIFICADA

Registrante: ELCIMARA DA ROCHA RIQUEZ

OBSERVAÇÕES:

TERMO DE RESPONSABILIDADE:

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

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

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

IV - 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: 617 - AIDO BURILLE SAME: 14697

CNS: 702303551913720

CPF: 38132907000

RG: 1021259*955

RN:

Endereço: RAIA DA PEDRA, -

Bairro: ZONA RURAL

Telefone: 54999522241

Cidade: 99300000 - SOLEDADE - RS

Nascimento: 10/05/1962

Idade: 61 anos 2 meses 17 dias

Sexo: MASCULINO

Raça: BRANCA

Estado Civil: CASADO (A)

Peso: 0,00

Altura: 0,00

IMC: 0,00

Convênio: SUS

Matrícula: 702303551913720

Cartão Nacional de Saúde: 702303551913720

Validade: Plano: SUS

Natural de: ARVOREZINHA

Religião: CATOLICO(A)

Profissão: APOSENTADO(A)

Trabalho:

Nome da mãe: LIDUVINA ZORTEA BURILLE

Nome do pai: JOSE BURILLE

Cônjuge:

Responsável: BRUNO BURILLE

CPF: 02226924051 RG:

Endereço: , -

Bairro:

Cidade: Telefone: 54996930647

Filhos: FILHO (A)

Executante: JERONIMO ORTIZ TATIM 27210

Caráter de Atendimento: URGENTE

Internação: 27/07/2023 Hora: 06:30:13 Leito: 309 - 309-A

Data da alta: 03/08/2023

Motivo da Alta: ALTA MELHORADO

Diagnóstico: LAPAROTOMIA EXPLORADORA

CID: N411, PROSTATITE CRÔNICA

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.

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: 10006 - FRANCISCA JANUARIA VIEIRA SAME: 2407

CNS: 898050075808694

CPF: 52608816053

RG: 1050058682

RN:

Endereço: CESAR SANTOS, 46 -

Bairro: BOTUCARAÍ

Telefone: 54991069690 54992429325

Cidade: 99300000 - SOLEDADE - RS

Nascimento: 19/09/1944 Idade: 78 anos 10 meses 9 dias

Sexo: FEMININO

Raça: BRANCA

Estado Civil: VIUVO (A)

Peso: 88,00

Altura: 0,00

IMC: 0,00

Convênio: SUS

Matrícula: 898050075808694

Cartão Nacional de Saúde: 898050075808694

Validade: Plano: SUS

Natural de: SOLEDADE

Religião: CATOLICO(A)

Profissão:

Trabalho:

Nome da mãe: JUVELINA VIEIRA

Nome do pai:

Cônjuge:

Responsável: CARINA SALLES

CPF: 90798309091

RG: 1047690647

Endereço: , -

Bairro:

Cidade:

Telefone: 54992429325

Intençoesco: OUTROS

Executante: JORGE ELI THEISEN 27693

Caráter de Atendimento: URGENTE

Internação: 28/07/2023 Hora: 00:58:47 Leito: 407 - 407-A

Data da alta: 03/08/2023

Motivo da Alta: ALTA MELHORADO

Diagnóstico: TRATAMENTO DE DIABETES MELLITUS

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

Registrante: ELCIMARA DA ROCHA RIQUEZ

OBSERVAÇÕES:

TERMO DE RESPONSABILIDADE:

- I - Autorizo este hospital a promover o tratamento clínico ou cirúrgico do paciente acima identificado, bem como realizar as investigações técnicas que forem julgadas necessárias para um perfeito diagnóstico.
- II - Outrossim responsabilizo-me pelo ressarcimento de toda e qualquer despesa MÉDICA E HOSPITALAR que venha a ser realizada decorrente desta internação, que esteja fora de cobertura do convênio pré-estabelecido.
- III - Comprometo-me a desocupar as dependências do hospital após receber a alta hospitalar, e estou ciente que a diária hospitalar encerra-se às 11 (onze) horas de cada dia, devendo providenciar junto ao médico assistente a alta hospitalar.
- IV - 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: 17996 - LUIZA HELENA PARIZOTTO SAME: 3285

CNS: 702005821425582

CPF: 02924365058

RG: 5118562742

RN:

Endereço: BARROS CASSAL, 595 -

Bairro: IPIRANGA

Telefone: 54991004312 54991004312

Cidade: 99300000 - SOLEDADE - RS

Nascimento: 18/05/2001 Idade: 22 anos 2 meses 13 dias

Sexo: FEMININO

Raça: BRANCA

Estado Civil: SOLTEIRO (A)

Peso: 0,00

Altura: 0,00

IMC: 0,00

Convênio: SUS

Matrícula: 702005821425582

Cartão Nacional de Saúde: 702005821425582

Validade: Plano: SUS

Natural de: SOLEDADE

Religião:

Profissão:

Trabalho:

Nome da mãe: VILMA DE FATIMA GONCALVES

Nome do pai: IVANIR GERALDINO PARIZOTTO

Cônjuge:

Responsável: VILMA DE FATIMA GONCALVES

CPF: 90494768053 RG:

Endereço: , -

Bairro:

Cidade:

Telefone: 54999001659

Intendente: MAE

Executante: JORGE ELI THEISEN 27693

Caráter de Atendimento: URGENTE

Internação: 31/07/2023 Hora: 18:08:36 Leito: 408 - 408-C

Data da alta: 02/08/2023

Motivo da Alta: ALTA MELHORADO

Diagnóstico: TRATAMENTO DA PIELONEFRITE

CID: N390, INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO 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.
- IV - Cobrança 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: 7331 - EDILETE DOS SANTOS FERREIRA DE ALMEIDA SAME: 22920

CNS: 704808562548944

CPF: 00857713094

RG: 5097317308

RN:

Endereço: TREZE DE MAIO, 1756 -

Bairro: MISSOES

Telefone: 54992457696 54996492921

Cidade: 99300000 - SOLEDADE - RS

Nascimento: 24/03/1974

Idade: 49 anos 4 meses 16 dias

Sexo: FEMININO

Raça: BRANCA

Estado Civil: UNIAO ESTAVEL

Peso: 0,00

Altura: 0,00

IMC: 0,00

Convênio: SUS

Matrícula: 704808562548944

Cartão Nacional de Saúde: 704808562548944

Validade: Plano: SUS

Natural de: ALTOS VERDES

Religião: CATOLICO(A)

Profissão:

Trabalho:

Nome da mãe: THEREZA DOS SANTOS FERREIRA

Nome do pai: 0

Cônjuge: ANTONIO CESAR DA SILVA GARCIA

Responsável: ANTONIO CEZAR SILVA GARCIA

CPF: RG:

Endereço: , -

Fone:

Cidade: Telefone: 54991459676

Fam. entesco: CONJUGE

Executante: TIA GO TRES 44583

Caráter de Atendimento: URGENTE

Internação: 09/08/2023 Hora: 20:10:43 Leito: 402 - 402-A

Data da alta: 12/08/2023

Motivo da Alta: ALTA MELHORADO

Diagnóstico: TRATAMENTO DAS DOENCAS CRONICAS DAS VIAS AEREAS INFERIORES

CID: J439, ENFISEMA NÃO ESPECIFICADO

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 14 (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: 9181 - EVELIN RAFAELA MACHADO DOS SANTOS SAME: 17091

CNS: 700404916192347 CPF: RG: 5130029721 RN:

Endereço: IRACI WEIRICH SAUTHIER, 33 -

Bairro: FONTES

Telefone: 54991543216 54993252775

Cidade: 99300000 - SOLEDADE - RS

Nascimento: 09/11/2005 Idade: 17 anos 9 meses 4 dias Sexo: FEMININO Raça: BRANCA Estado Civil: SOLTEIRO (A)

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

Convênio: SUS Matrícula: 700404916192347

Cartão Nacional de Saúde: 700404916192347

Validade: Plano: SUS

Natural de: SOLEDADE

Religião:

Profissão:

Trabalho:

Nome da mãe: PRISCILA DIONEIA BORGES MACHADO

Nome do pai: RAFAEL GONCALVES DOS SANTOS

Cônjuge:

Responsável: PRISCILA DIONEIA BORGES MACHADO

CPF: RG:

Endereço: , -

Bairro: Cidade: Telefone: 51992164079

Responsável: MAE

Executante: BRUNA ALBERTON GETELINA 43173

Caráter de Atendimento: URGENTE

Internação: 13/08/2023 Hora: 16:34:26 Leito: 409- MAT - 409-B

Data da alta: 15/08/2023

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

Diagnóstico: PARTO NORMAL

CID: O809, PARTO ÚNICO ESPONTÂNEO, NÃO ESPECIFICADO

Registrante: PATRICIA SCHAFFER GUERINI

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 cobrança 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: 50538 - RODRIGO DOS SANTOS RAMOS SAME: 62221

CNS: 898005198297994 CPF: 05508358064 RG: 4126973066 RN:

Endereço: ALVARO LEITAO, 273 -

Bairro: FONTES

Telefone: 54991393000

Cidade: 99300000 - SOLEDADE - RS

Nascimento: 18/06/2003 Idade: 20 anos 1 mês 28 dias Sexo: MASCULINO Raça: BRANCA Estado Civil: SOLTEIRO (A)

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

Convênio: SUS Matrícula: 898005198297994

Cartão Nacional de Saúde: 898005198297994

Validade: Plano: SUS

Natural de: SOLEDADE

Religião:

Profissão:

Trabalho:

Nome da mãe: RUTH RODRIGUES DOS SANTOS

Nome do pai: ALVINO DA SILVA RAMOS

Cônjuge:

Responsável: YASMIN FERNANDES CPF: 03564081089 RG:

Endereço: , -

Bairro: Cidade: Telefone: 54991393000

Intestino: OUTROS

Executante: IGOR ELIAS GHELLER 33599

Caráter de Atendimento: URGENTE

Internação: 16/08/2023 Hora: 00:20:41 Leito: 305 - 305-A

Data da alta: 22/08/2023

Motivo da Alta: ALTA MELHORADO

Diagnostico: APENDICECTOMIA

CID: K359, APENDICITE AGUDA SEM OUTRA ESPECIFICAÇÃO

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.
- 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: 32168 - HELENA VALENTINA ANOARES DE BRUM SAME: 32158

CNS: 704208235144587 CPF: 06186504077 RG: RN:

Endereço: CAMPOS SALES, 175 -

Bairro: EXPEDICIONARIO

Telefone: 54991732335 54991520068

Cidade: 99300000 - SOLEDADE - RS

Nascimento: 06/03/2019 Idade: 4 anos 5 meses 15 dias Sexo: FEMININO Raça: BRANCA Estado Civil: SOLTEIRO (A)

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

Convênio: SUS Matrícula: 704208235144587

Cartão Nacional de Saúde: 704208235144587

Validade: Plano: SUS

Natural de: SOLEDADE

Religião:

Profissão:

Trabalho:

Nome da mãe: SILVANE ANOARES

Nome do pai: BRAULIO FERREIRA DE BRUM

Cônjuge:

Responsável: SILVANE ANOARES CPF: 00177187085 RG:

Endereço: , -

Bairro: Cidade: Telefone: 54991520068

Faizentisco: MAE

Executante: CLEUSA SALETE SCIPIONI DA ROCHA 15770

Caráter de Atendimento: URGENTE

Internação: 21/08/2023 Hora: 12:20:54 Leito: 501- PEDIATRIA - 501-B

Data da alta: 24/08/2023

Motivo da Alta: ALTA MELHORADO

Diagnostico: TRATAMENTO DE DISTURBIOS METABOLICOS

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

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 a partir das 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: 6539 - DENISE MORAES DE OLIVEIRA SAME: 21254

CNS: 700509122165452 CPF: 00502860057 RG: 1083859569 RN:

Endereço: TREZE DE MAIO, 1650 -

Bairro: BOTUCARAÍ

Telefone: 54991505589 54991505589

Cidade: 99300000 - SOLEDADE - RS

Nascimento: 02/07/1983 Idade: 40 anos 1 mês 26 dias Sexo: FEMININO Raça: BRANCA Estado Civil: SOLTEIRO (A)

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

Convênio: SUS

Matrícula: 700509122165452

Cartão Nacional de Saúde: 700509122165452

Validade: Plano: SUS

Natural de: CANOAS

Religião: CATOLICO(A)

Profissão:

Trabalho:

Nome da mãe: VERA LUCIA PORTELA DE MORAES

Nome do pai: DANIEL SAMUEL DE OLIVEIRA

Cônjuge:

Responsável: A MESMA CPF: RG:

Endereço: , -

Bairro: Cidade: Telefone:

Parentesco:

Executante: JORGE ELI THEISEN 27693

Caráter de Atendimento: URGENTE

Internação: 28/08/2023 Hora: 19:08:15 Leito: 406 - 406-B

Data da alta: 01/09/2023

Motivo da Alta: ALTA MELHORADO

Diagnóstico: TRATAMENTO DE LINFADENITES INESPECIFICAS

CID: I880, LINFADENITE MESENTÉRICA NÃO ESPECÍFICA

Registrante: ELCIMARA DA ROCHA RIQUEZ

OBSERVAÇÕES:

TERMO DE RESPONSABILIDADE:

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

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

III - Comprometo-me a desocupar as dependências do hospital após receber a alta hospitalar, e estou ciente que a diária hospitalar encerra-se às 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: 50842 - ANTONIO ASSIS FERREIRA SAME: 62520

CNS: 707402089593774

CPF: 19055960063

RG:

RN:

Endereço: JULIO DE CASTILHOS, 1965 -

Bairro: EXPEDIICONARIO

Telefone: 5433815314 54999707615

Cidade: 99300000 - SOLEDADE - RS

Nascimento: 02/10/1950

Idade: 72 anos 10 meses 28 dias

Sexo: MASCULINO

Raça: BRANCA

Estado Civil: CASADO (A)

Peso: 0,00

Altura: 0,00

IMC: 0,00

Convênio: SUS

Matrícula: 707402089593774

Cartão Nacional de Saúde: 707402089593774

Validade: Plano: SUS

Natural de: SOLEDADE

Religião: CATOLICO(A)

Profissão:

Trabalho:

Nome da mãe: JOSINA PORTELA NORONHA

Nome do pai: GERVASIO FERREIRA DA SILVA

Cônjuge: NEDI FATIMA FERREIRA

Responsável: NEDI FATIMA FERREIRA

CPF: 57013896004 RG:

Endereço: , -

Endereço:

Cidade:

Telefone: 5499707615

Parentesco: CONJUGE

Executante: JORGE ELI THEISEN 27693

Caráter de Atendimento: URGENTE

Internação: 30/08/2023 Hora: 18:15:59 Leito: 404 - 404-B

Data da alta: 01/09/2023

Motivo da Alta: ALTA MELHORADO

Diagnóstico: TRATAMENTO DE DIABETES MELLITUS

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

Registrante: ELCIMARA DA ROCHA RIQUEZ

OBSERVAÇÕES:

TERMO DE RESPONSABILIDADE:

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

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

III - Comprometo-me a desocupar as dependências do hospital após receber a alta hospitalar, e estou ciente que a diária hospitalar encerra-se 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



Alex Junior Vieira
Enfermeiro
COREN-RS 737466

Reimer-Tiemann

MOTIVO DO ATENDIMENTO/TRATAMENTO/PROCEDIMENTOS/MEDICAÇÃO:

07. Parnet
H3 Biscorn
Sub 500
H3 Biscorn

13.80

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: 23 Data: 03/07/2023 Hora: 10:34:38
Paciente: 24823 - ROBERTO JUNG SEXO: MASCULINO SAME: 495
Endereço: ALBERTO PASQUALINI, 0 - Bairro: EXPEDICIONARIO
54991635132
Cidade: 99300000 - SOLEDADE - RS Mãe: OLINDA JUNG
Nascimento: 15/11/1944 Idade: 78 anos 7 meses 18 dias
Convênio: SUS Plano: SUS 705009277571158
Executante: JORGE ELI THEISEN 27693
Registrante: PATRICIA SCHAFFER GUERINI

Telefone: 54991407865

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: AGUARDA TRIAGEM

SINAIS VITAIS PA: 130 / 80 FC: 132 PESO: 0,00 TAX: 0,00 SPO: 93 HGT: 0,00

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

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

QUEIXA PRINCIPAL: PACIENTE CHEGA COM ALGIA PRÉ CORDIAL, INÍCIO HJ

Fernanda Germany
COREN-RS 0118931 - ENF

MOTIVO DO ATENDIMENTO/TRATAMENTO/PROCEDIMENTOS/MEDICAÇÃO:

2.2
7.2.2.2.2
2.2.2.2.2
2.2.2.2.2

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: 9 Data: 25/07/2023 Hora: 22:07:30
Paciente: 3482 - AURI DOS SANTOS DA SILVA SEXO: FEMININO SAME: 7397
Endereço: BENTO GONCALVES, 1000 - Bairro: CENTRO Telefone: 54984031853
Cidade: 99300000 - SOLEDADE - RS Mãe: EDI PORTELA DOS SANTOS
Nascimento: 24/08/1959 Idade: 63 anos 11 meses 1 dia
Convênio: SUS Plano: SUS 703504018507830
Executante: TIAGO TRES 44583
Registrante: ELCIMARA DA ROCHA RIQUEZ

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: AGUARDA TRIAGEM

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

ALERGIA: AAS

MEDICAMENTOS:

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

QUEIXA PRINCIPAL:

der dor na femur E
po fratura no membro MIE

MOTIVO DO ATENDIMENTO/TRATAMENTO/PROCEDIMENTOS/MEDICAÇÃO:

CD: TRANAL 100 MG Lento 23/20
GETO FEND E
Aetone 40 mg se 2020

TIAGO TRES
MÉDICO
CREMERS 44.583

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: 16

Data: 25/07/2023 Hora: 22:35:49

Paciente: 26040 - SANDRA MARIA STEINHAUS DE OLIVEIRA SEXO: FEMININO SAME: 9438

Endereço: BENJAMIN CONSTANT, 25 - Bairro: CENTRO

Telefone: 5491139431 54991139431

Cidade: 99300000 - SOLEDADE - RS

Mãe: ARACI STEINHAUS DE OLIVEIRA

Nascimento: 26/03/1972

Idade: 51 anos 3 meses 30 dias

Convênio: SUS

Plano: SUS

708004385535825

Executante: TIAGO TRES 44583

Registrante: ELCIMARA DA ROCHA RIQUEZ

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: AGUARDA TRIAGEM

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

ALERGIA:

139/97 94

36,4 96%

MEDICAMENTOS:

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

QUEIXA PRINCIPAL:

Queixa de dor em arcos costais
sintomas gripal 4 dias de duração

condição = DAC / troca valores + reversão à zeroção

MOTIVO DO ATENDIMENTO/TRATAMENTO/PROCEDIMENTOS/MEDICAÇÃO:

10/17, 10/18

TIAGO TRES
MÉDICO
CREMESP 44.583

Tramadol 100mg EV lento
100ml SF 0,9%
Rafina 1mg em 100ml SF lento Sed

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°: 11 Data: 15/08/2023 Hora: 18:25:14
Paciente: 8430 - EMANUELLY SOFIA DE OLIVEIRA SEXO: FEMININO SAME: 29519
Endereço: VISCONDE DE MAUA, 198 - Bairro: EXPEDICIONARIO Telephone: 54996839817
54997009415
Cidade: 99300000 - SOLEDADE - RS Mãe: MARCIA APARECIDA DE OLIVEIRA
Nascimento: 21/11/2014 Idade: 8 anos 8 meses 24 dias
Convênio: SUS Plano: SUS 708207171034540
Executante: TIAGO TRES 44583
Registrante: VANDREIA MARQUES DOS SANTOS

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

Alex Junior Vieira
Enfermeiro
COREN-RS 737466

SINAIS VITAIS PA: / FC: 127 PESO: 40,20 TAX: 37,50 SPO: 97 HGT: 0,00

ALERGIA: Nega

MEDICAMENTOS: Nega

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

QUEIXA PRINCIPAL: MAE REFERE QUE FILHA INICIOU PELA MANHA COM CEFALeia, DOR ABDOMINAL,
Nao fez uso de medicação.

MOTIVO DO ATENDIMENTO/TRATAMENTO/PROCEDIMENTOS/MEDICAÇÃO:

Exatidão
Bisoprolol 12/13

TIAGO TRES

30 gotas Al-vin VO
30 gotas Difen VO 700/12

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

Víctor A. S. Oliveira

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: 15/08/2023 Hora: 07:47:22

Paciente: 50514 - PAULO HENRIQUE OLIVEIRA DA SILVA

SEXO: MASCULINO SAME: 62197

Endereço: JARBAS GUEDES, 44 - Bairro: BOTUCARAI

Telefone: 54996741303 54996741303

Cidade: 99300000 - SOLEDADE - RS

Mãe: TERESINHA DE JESUS O DA SILVA

Nascimento: 25/08/1983

Idade: 39 anos 11 meses 21 dias

Convênio: SUS

Plano: SUS

701402658840631

Executante: TIAGO TRES 44583

Registrante: PATRICIA SCHAFFER GUERINI

Taiana Parizotto
COREN-RS 0789092 - ENF

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: AGUARDA TRIAGEM

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

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

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

QUEIXA PRINCIPAL: PACIENTE VEM AO HOSPITAL COM CORPO ESTRANHO NO OLHO. APLICADO GTS DE COLÍRIO ANESTÉSICO. AVALIADO PELO PLANTÃO MÉDICO. LIBERADO COM ORIENTAÇÕES:

MOTIVO DO ATENDIMENTO/TRATAMENTO/PROCEDIMENTOS/MEDICAÇÃO:

3) Intropo oculor @, corpo. Estranho @
Ox Eh, muc. lxx

olho @: Sem 2 mol-zu corpo @-nd, sem
olt ogados no olho

as. lozogen SFO, 9, + Regmed
Oculo 11 no oftalm

TIAGO
TRES
CREME



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

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Atendimento Nº: 2 Data: 18/08/2023 Hora: 20:05:01
Paciente: 36415 - AUGUSTO TONIOLO NETO SEXO: MASCULINO SAME: 48119
Endereço: JOSE CALAZANS, 319 - Bairro: FONTES Telefone: 54999853602 5499853602
Cidade: 99300000 - SOLEDADE - RS Mãe: NEUSA ORTIZ TONIOLO
Nascimento: 06/04/1988 Idade: 35 anos 4 meses 12 dias
Convênio: SUS Plano: SUS 700201964574423
Executante: JORGE ELI THEISEN 27693
Registrante: ELCIMARA DA ROCHA RIQUEZ

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: AGUARDA TRIAGEM

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

ALERGIA: 147/84 82 35+ 991. 144

MEDICAMENTOS:

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

QUEIXA PRINCIPAL:

Queda de peso
trauma MIB exposto
hep. alergias

MOTIVO DO ATENDIMENTO/TRATAMENTO/PROCEDIMENTOS/MEDICAÇÃO:

Tramadol 100mg 2x
paracetamol 7
Dinipal 2x
Dexametasona 1200 10 qd em 1-2 dias
2x 2x

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: 03/07/2023
22/09/2023

RECEITAS			DESPESAS		
DATA	DESCRIÇÃO	VALOR	DATA	DESCRIÇÃO	VALOR
10/08/23	REPASSE DO MUNICIPIO	R\$ 172.500,00	11/08/23	CLINICA MEDINA LTDA	R\$ 23.204,90
11/09/23	REPASSE DO MUNICIPIO	R\$ 172.500,00	11/08/23	CLINICA MÉDICA TATIM LTDA	R\$ 24.250,00
			11/08/23	ANA C. NAZARI SAÚDE	R\$ 40.000,00
			11/08/23	IGOR ELIAS GHELLER & CIA LTDA	R\$ 23.462,50
			11/08/23	IZA PIAZZA & CIA LTDA	R\$ 25.000,00
			11/08/23	PALLUDO & ALGAYER LTDA	R\$ 25.000,00
			15/08/23	SERVIÇOS MÉDICOS T 3 LTDA	R\$ 11.582,60
			12/09/23	CLINICA MÉDICA TATIM LTDA	R\$ 24.250,00
			04/09/23	CLINICA MEDINA LTDA	R\$ 36.820,00
			12/09/23	PALLUDO & ALGAYER LTDA	R\$ 25.000,00
			12/09/23	IGOR ELIAS GHELLER & CIA LTDA	R\$ 23.462,50
			12/09/23	IZA PIAZZA & CIA LTDA	R\$ 25.000,00
			12/09/23	ANA C. NAZARI SAÚDE	R\$ 37.967,50
TOTAL DA RECEITA		R\$ 345.000,00	TOTAL DAS DESPESAS:		R\$ 345.000,00

SALDO FINAL: R\$ 0,00


CARLOS ALBERTO ROCHA
PRESIDENTE


JONATAS TURELA BORGES
CONTADOR CRC/RS 60.958

LAPIDANDO OPORTUNIDADES

03/07/2023 a 22/09/2023

[illegible]

JONATAS TURELA BORGES
CONTADOR CBC/BS 60 958

JONATAS TURELA BORGES
CONTADOR CRC/RS 60.958


Associado: HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE

Cooperativa: 0247

Conta Corrente: 18089-4

Impresso em 16/08/2023 08:33:16

Extrato

Dados referentes ao período 01/08/2023 a 16/08/2023.

Data	Descrição	Documento	Valor (R\$)	Saldo (R\$)
	SALDO			0,00
10/08/2023	TED 87738530000110 PM SOLEDADE -FUS	476838	172.500,00	172.500,00
11/08/2023	DEBITO TED/IB 11370581000170 CLINICA MEDINA LTDA	I00244	-23.204,90	149.295,10
11/08/2023	DEBITO TED/IB 12560518000169 CLINICA MEDICA TATI	I00245	-24.250,00	125.045,10
11/08/2023	DEBITO TED/IB 21804490000159 ANA C. NAZARI SAUDE	I00243	-40.000,00	85.045,10
11/08/2023	TRANSF ENTRE CONTAS 15287128000155 IGOR ELIAS GH	SI01518	-23.462,50	61.582,60
11/08/2023	DOC/TED INTERNET PJ		-2,00	61.580,60
11/08/2023	DOC/TED INTERNET PJ		-2,00	61.578,60
11/08/2023	DOC/TED INTERNET PJ		-2,00	61.576,60
14/08/2023	DEBITO TED/IB 18792637000123 IZA PIAZZA E CIA LT	I00108	-25.000,00	36.576,60
14/08/2023	DEBITO TED/IB 29881807000162 PALLUDO E ALGAYER L	I00109	-25.000,00	11.576,60
14/08/2023	ESTORNO TARIFA	03	12,00	11.588,60
14/08/2023	DOC/TED INTERNET PJ		-2,00	11.586,60
14/08/2023	DOC/TED INTERNET PJ		-2,00	11.584,60
15/08/2023	DEBITO TED/IB 31671349000189 SERVICOS MEDICOS T3	I00172	-11.582,60	2,00
15/08/2023	DOC/TED INTERNET PJ		-2,00	0,00

Saldo da Conta

Saldo em 16/08/2023

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 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 202300000000272	
CNPJ / CPF Inscrição Estadual Inscrição Municipal 11.370.581/0001-70 ISENTA 7129			Data do Serviço 11/08/2023	Código Verificador 275176e27

 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
	11/08/2023	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 financeirohcf@gmail.com		Soledade/RS	

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

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	VALOR TOTAL	ALIQ.	VALOR IMPOSTO	RETIDO
Ref Obstetrícia ref 06/2023	23.204,90	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 Próprio	Valor do ISSQN Próprio	Base Cálculo ISSQN Retido	Valor do ISSQN Retido
23.204,90	0,00	0,00	0,00
Valor Total da NFS-e	23.204,90	Valor Líquido da NFS-e	23.204,90

Informações Adicionais NOTA EMITIDA POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL NÃO GERA DIREITO A CRÉDITO FISCAL DE IPI Lei 12741/2012: Mun: R\$484,98; Est: R\$0,00; Fed: R\$3121,06; Total Aprox: R\$3606,04. Fonte: IBPT.	
--	---

Consulta realizada em 11/08/2023 às 14:02:11.
 Para consultar a autenticidade acesse: soledade-portais.govcloud.com.br/NFSe.Portal



20230000000027275176e2711370581000170

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 202300000000272 Competência 11/08/2023 NFS-e 275176e27	Número de Controle do Município LANCADO
--	---	---	--

Consulta realizada em 11/08/2023 às 14:02:11.
 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** 11/08/2023 14:41:25**TED Outra Titularidade**

Solicitante: CARLOS
Cooperativa Origem: 0247
Conta Origem: 18089-4
Número de Controle: 1937223187
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: 11/08/2023
Hora Transferência: 14:40:50
Valor a Transferir (R\$): 23.204,90
Finalidade: Credito Em Conta
Motivo Transferência: PAGTO HONORARIOS MEDICOS
Identificador: 97.503.676/0001-30
Tarifa (R\$): 2,00
Autenticação Eletrônica: 0E62.4777.EB20.E6E7.AA2F.C624.2993.C85F

* 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

LANCADO

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



Número da NFS-e

202300000000439

Data do Serviço

11/08/2023

Código Verificador

80a9f9463

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

11/08/2023

Exigibilidade
ISS

Exigível

Tributado no Município

Soledade/RS

TOMADOR 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

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

referente sobreaviso 06/2023

25.000,00

3,00

750,00

Sim

Código do Serviço

04.01 - Medicina e biomédica.

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

0,00

Valor do ISSQN Próprio

0,00

Base Cálculo ISSQN Retido

25.000,00

Valor do ISSQN Retido

750,00

Valor Total do ISSQN

0,00

Valor Dedução Descontos

0,00

Valor Total da NFS-e

25.000,00

Valor Líquido da NFS-e

24.250,00

Informações Adicionais

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



Consulta realizada em 11/08/2023 às 13:30:21.

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



20230000000043980a9f946312560518000169

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

202300000000439

Competência

11/08/2023

NFS-e

80a9f9463

Número de Controle do Município

Consulta realizada em 11/08/2023 às 13:30:21.

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** 11/08/2023 14:41:23**TED Outra Titularidade**

Solicitante: CARLOS
Cooperativa Origem: 0247
Conta Origem: 18089-4
Número de Controle: 1937220807
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: 11/08/2023
Hora Transferência: 14:40:50
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: C8F0.F006.73CF.450E.271D.7646.BD10.B07F

* 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

202300000000149

Data do Serviço
11/08/2023

Código Verificador
a8c7871f5

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

11/08/2023

Exigibilidade
ISS

Exigível

Tributado no Município

Soledade/RS

TOMADOR 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

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

REFERENTE A HONORÁRIOS MÉDICOS PA 06/23. Alíquota Efetiva: 2,000000000000%.

40.000,00

2,00

800,00

Não

Código do Serviço

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

Código NBS

CIDE

0,00

COFINS

0,00

COFINS Importação

0,00

ICMS

0,00

IOF

0,00

IPI

0,00

PIS/PASEP

0,00

PIS/PASEP Importação

0,00

Base Cálculo ISSQN Próprio

40.000,00

Valor do ISSQN Próprio

800,00

Base Cálculo ISSQN Retido

0,00

Valor do ISSQN Retido

0,00

Valor Total do ISSQN

800,00

Valor Dedução Descontos

0,00

Valor Total da NFS-e

40.000,00

Valor Líquido da NFS-e

40.000,00

Informações Adicionais

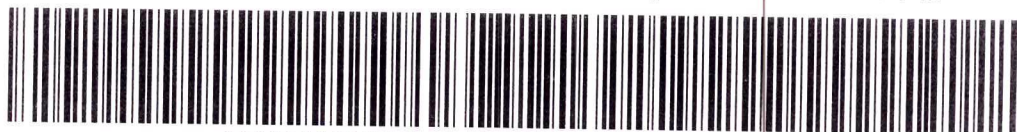
NOTA EMITIDA POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL
NÃO GERA DIREITO A CRÉDITO FISCAL DE IPI

Lei 12741/2012: Mun: R\$836,00; Est: R\$0,00; Fed: R\$5380,00; Total Aprox: R\$6216,00. Fonte: IBPT.



Consulta realizada em 11/08/2023 às 13:34:57.

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



202300000000149a8c7871f521804490000159

Recebi(emos) de

ANA C. NAZARI SAUDE

os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado.

____/____/____

Data

Identificação e assinatura do receptor

Número da NFS-e

202300000000149

Competência

11/08/2023

NFS-e

a8c7871f5

Número de Controle do Município

LANÇADO

Consulta realizada em 11/08/2023 às 13:34:57.

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** 11/08/2023 14:41:22**TED Outra Titularidade**

Solicitante: CARLOS
Cooperativa Origem: 0247
Conta Origem: 18089-4
Número de Controle: 1937219429
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: 11/08/2023
Hora Transferência: 14:40:49
Valor a Transferir (R\$): 40.000,00
Finalidade: Credito Em Conta
Motivo Transferência: PAGTO HONORARIOS MEDICOS
Identificador: 97.503.676/0001-30
Tarifa (R\$): 2,00
Autenticação Eletrônica: 2FD5.D65E.47C3.8729.85BF.66EA.CB23.6E0C

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

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

Nota Fiscal de Serviço Eletrônica

IGOR ELIAS GHELLER & CIA LTDA CLINICA GHELLER RUA QUINTINO BOCAIUVA, 643 - SALA 02 CEP: 99300-000 - Bairro: CENTRO Município: Soledade - RS E-mail: denilson.tonezer@terra.com.br Fone: (00) 0000-0000			Número da NFS-e 202300000000737	
CNPJ / CPF Inscrição Estadual Inscrição Municipal 15.287.128/0001-55 ISENTA 7908			Data do Serviço 11/08/2023	Código Verificador ab1a755ff

 MUNICÍPIO DE SOLEDADE/RS Secretaria Municipal da Fazenda Fone: (54) 3381-9010 - soledade-portais.govcloud.com.br/NFSe.Portal	Dt. de Emissão 11/08/2023	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 financeirohcfrc@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
sobreaviso referente a junho de 2023.	25.000,00	3,00	750,00	Não

Código do Serviço 04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.		Código NBS *****	
CIDE 0,00	COFINS 750,00	COFINS Importação 0,00	ICMS 0,00
Base Cálculo ISSQN Próprio 25.000,00	Valor do ISSQN Próprio 750,00	Base Cálculo ISSQN Retido 0,00	Valor do ISSQN Retido 0,00
Valor Total da NFS-e 25.000,00		Valor Líquido da NFS-e 23.462,50	

Informações Adicionais Lei 12741/2012: Mun: R\$522,50; Est: R\$0,00; Fed: R\$3362,50; Total Aprox: R\$3885,00. Fonte: IBPT. IR Retido: R\$375,00 Retenções: COFINS R\$ 750,00; PIS R\$ 162,50; CSLL R\$ 250,00;	 
--	---

Consulta realizada em 11/08/2023 às 14:15:07.
 Para consultar a autenticidade acesse: soledade-portais.govcloud.com.br/NFSe.Portal



202300000000737ab1a755ff15287128000155

Recebi(emos) de IGOR ELIAS GHELLER & CIA LTDA os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado. _____ Data	Identificação e assinatura do receptor _____ Data	Número da NFS-e 202300000000737 Competência 11/08/2023 NFS-e ab1a755ff	Número de Controle do Município _____
--	---	---	--

Consulta realizada em 11/08/2023 às 14:15:07.
 Para consultar a autenticidade acesse: soledade-portais.govcloud.com.br/NFSe.Portal

**Associado:** HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE**Cooperativa:****Conta Corrente:****Impresso em** 11/08/2023 - 14:44:57

Vencimento 11/08/2023 | Valor R\$ 23.462,50

Status Geral: **Autorizado**

Transferência entre Contas do Sicredi

Solicitante: ADAIRTO

Cooperativa Origem: 0247

Conta Origem: 18089-4

Número de Controle: 1937231128

Cooperativa Destino: 247

Conta Destino: 51212-5

Favorecido: IGOR ELIAS GHELLER E CIA LTDA ME

Origem dos Recursos: Conta Corrente

Data da Transferência: 11/08/2023

Hora da Transferência: 14:44:56

Valor Transferido (R\$): 23.462,50

Motivo da Transferência: PAGTO HONORARIOS MEDICOS

Autenticação Eletrônica: DD6B.7744.B7E9.C664.0FAD.919A.2AFA.007C

Autorizadores:

ADAIRTO ANGELO FORTI - 97503676000130 - Autorizado

CARLOS ALBERTO ROCHA - 97503676000130 - Autorizado

Status

Definido como: Autorizado

Total: R\$ 23.462,50

- * 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

LANÇADO

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 202300000000233	
CNPJ / CPF Inscrição Estadual Inscrição Municipal 18.792.637/0001-23 ISENT0 47811			Data do Serviço 11/08/2023	Código Verificador 9ce7da310

 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
	11/08/2023	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 Inscrição Municipal Inscrição Estadual 97.503.676/0001-30 3575 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
PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS REFERENTE SOBRE AVISO 06/2023	25.000,00	0,00	0,00	Não

Código do Serviço 04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.		Código NBS *****	
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 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 11/08/2023 às 14:00:39.
 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 incida ao lado. _____ Data	Identificação e assinatura do recebedor _____ Identificação e assinatura do recebedor	Número da NFS-e 202300000000233 Competência 11/08/2023 NFS-e 9ce7da310	Número de Controle do Município 1040400
--	---	---	--

Consulta realizada em 11/08/2023 às 14:00:39.
 Para consultar a autenticidade acesse: soledade-portais.govcloud.com.br/NFSe.Portal

**Associado:** HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE**Cooperativa:****Conta Corrente:****Impresso em** 14/08/2023 -

08:42:13

Vencimento 14/08/2023 | Valor R\$ 25.000,00

Status Geral: **Autorizado**

TED Outra Titularidade

Solicitante: CARLOS

Cooperativa Origem: 0247

Conta Origem: 18089-4

Número de Controle: 1938350316

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: 14/08/2023

Hora Transferência: 08:42:12

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: B056.5BAE.F787.64EB.2FB6.F1BB.0096.4FD8

Autorizadores:

ADAIRTO ANGELO FORTI - 97503676000130 - Autorizado

CARLOS ALBERTO ROCHA - 97503676000130 - Autorizado

Vencimento 14/08/2023 | 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: julietateixeirabrum@yahoo.com.br Fone: (54) 99636-4462			Número da NFS-e 202300000000348	
CNPJ / CPF Inscrição Estadual Inscrição Municipal 29.881.807/0001-62 ISENT0 5024758			Data do Serviço 11/08/2023	Código Verificador 20f5f5b45

 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
	11/08/2023	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
referente sobreaviso anestesia 06/23.	25.000,00	3,00	0,00	Não

Código do Serviço		Código NBS	
04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.		*****	
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
25.000,00	0,00	0,00	0,00
Valor Total da NFS-e		Valor Líquido da NFS-e	
25.000,00		25.000,00	
Informações Adicionais Reg. Especial de Tributação: Estimativa Fixa Lei 12741/2012: Mun: R\$522,50; Est: R\$0,00; Fed: R\$3362,50; Total Aprox: R\$3885,00. Fonte: IBPT.			

Consulta realizada em 11/08/2023 às 13:55:27.

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



20230000000034820f5f5b4529881807000162

Recebi(emos) de PALLUDO & ALGAYER LTDA os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado. _____ Data	Identificação e assinatura do recebedor _____	Número da NFS-e 202300000000348 Competência 11/08/2023 NFS-e 20f5f5b45	Número de Controle do Município 
---	--	---	--

Consulta realizada em 11/08/2023 às 13:55:27.

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 14/08/2023 08:47:06

TED Outra Titularidade

Solicitante: CARLOS
Cooperativa Origem: 0247
Conta Origem: 18089-4
Número de Controle: 1938350557
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: 14/08/2023
Hora Transferência: 08:42:13
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: 9266.A7A5.B804.19A6.897D.B33D.8826.94C5

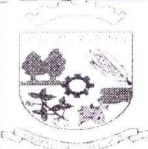
* A transação acima foi realizada via Internet Banking Sicredi conforme as condições especificadas neste comprovante.

* 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 101	
	SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA		Data e Hora de Emissão 15/08/2023 10:35:45	
	NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e		Código de Verificação EF53.762B	
				
Competência 15/08/2023	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 plantão PA 06/23		Valor do Serviço 11.582,60	Descontos(R\$)	Aliquota 3,00
Valor do(s) Serviço(s)(R\$) 11.582,60		Valor Dedução(R\$)	Descontos Incondicionais(R\$)	Base de Cálculo(R\$) 11.582,60
Aliquota(%) 3,00	Valor do ISS(R\$)	Valor do ISS Retido(R\$) 347,48	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\$) 11.582,60		Total Líquido(R\$) 11.582,60		
Código de Classificação de Serviços 04.03 Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatoriais e congêneres.				
OUTRAS INFORMAÇÕES				
A Autenticidade desta NFS-e pode ser verificada no site http://www.baraodecotegipe.rs.gov.br , item NFS-e, menu Consulta de Autenticidade da NFS-e. Valor Aproximado Tributos : Federal = R\$ 1.557,86 (13,45%) Municipal = R\$ 242,08 (2,09%) Fonte: IBPT				
Data e Hora da Impressão: 15/08/2023 10:35:49				
Recebemos de SERVIÇOS MÉDICOS T3 LTDA o(s) Serviço(s) da NFS-e indicada ao lado. Emissão 15/08/2023 Tomador HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE Total Líquido : R\$ 11.582,60				NFS-e Nº 101
Data de Recebimento		Identificação e Assinatura do Recebedor		
				
Desenvolvido por: 				

**Associado:** HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE**Cooperativa:****Conta Corrente:****Impresso em 15/08/2023 -**

10:45:31

Vencimento 15/08/2023 | Valor R\$ 11.582,60

Status Geral: **Autorizado**

TED Outra Titularidade

Solicitante: CARLOS

Cooperativa Origem: 0247

Conta Origem: 18089-4

Número de Controle: 1940683357

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: 15/08/2023

Hora Transferência: 10:45:31

Valor a Transferir (R\$): 11.582,60

Finalidade: Credito Em Conta

Motivo Transferência: PAGTO HONORARIOS MEDICOS

Identificador: 97.503.676/0001-30

Tarifa (R\$): 2,00

Autenticação Eletrônica: D46D.3C34.88DC.0AF0.6B2B.8445.5E92.6E8E

Autorizadores:

ADAIRTO ANGELO FORTI - 97503676000130 - Autorizado

CARLOS ALBERTO ROCHA - 97503676000130 - Autorizado

Status

Definido como: Autorizado

Total: R\$ 11.582,60

* 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 14/09/2023 14:40:00

Extrato

Dados referentes ao período 01/09/2023 a 14/09/2023.

Data	Descrição	Documento	Valor (R\$)	Saldo (R\$)
	SALDO			0,00
11/09/2023	TED 87738530000110 PM FUNDO SAUDE PROPRIOS	475286	172.500,00	172.500,00
12/09/2023	DEBITO TED/IB 12560518000169 CLINICA MEDICA TATI	100158	-24.250,00	148.250,00
12/09/2023	DEBITO TED/IB 11370581000170 CLINICA MEDINA LTDA	100159	-36.820,00	111.430,00
12/09/2023	DEBITO TED/IB 29881807000162 PALLUDO E ALGAYER L	100170	-25.000,00	86.430,00
12/09/2023	TRANSF ENTRE CONTAS 15287128000155 IGOR ELIAS GH	SI00891	-23.462,50	62.967,50
12/09/2023	ESTORNO TARIFA	TARIFA	10,00	62.977,50
12/09/2023	DOC/TED INTERNET PJ		-2,00	62.975,50
12/09/2023	DOC/TED INTERNET PJ		-2,00	62.973,50
12/09/2023	DOC/TED INTERNET PJ		-2,00	62.971,50
13/09/2023	DEBITO TED/IB 18792637000123 IZA PIAZZA E CIA LT	100056	-25.000,00	37.971,50
13/09/2023	DEBITO TED/IB 21804490000159 ANA C. NAZARI SAUDE	100058	-37.967,50	4,00
13/09/2023	DOC/TED INTERNET PJ		-2,00	2,00
13/09/2023	DOC/TED INTERNET PJ		-2,00	0,00

Saldo da Conta

Saldo em 14/09/2023

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

gi
eu

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			Número da NFS-e 202300000000443		
Data do Serviço 12/09/2023			Código Verificador 2092fae42		
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 12/09/2023	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			
Nome / Razão Social *****		CNPJ / CPF *****	
E-mail *****		Fone *****	Cidade *****

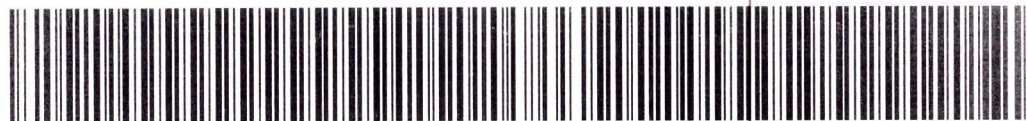
DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	VALOR TOTAL	ALIQ.	VALOR IMPOSTO	RETIDO
referente sobreaviso 07/2023	25.000,00	3,00	750,00	Sim

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.	
--	---

Consulta realizada em 12/09/2023 às 10:08:13.

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



2023000000004432092fae4212560518000169

Receb(emos) de CLINICA MÉDICA TATIM LTDA. os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado. _____ Data	Identificação e assinatura do recebedor _____ _____ _____	Número da NFS-e 202300000000443 Competência 12/09/2023 NFS-e 2092fae42	Número de Controle do Município 
--	--	---	--

Consulta realizada em 12/09/2023 às 10:08:13.

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

**Associado:** HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE**Cooperativa:** 0247 **Conta Corrente:** 18089-4 **Impresso em** 12/09/2023 10:44:04**TED Outra Titularidade**

Solicitante: CARLOS
Cooperativa Origem: 0247
Conta Origem: 18089-4
Número de Controle: 1973394959
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: 12/09/2023
Hora Transferência: 10:43:32
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: 3C52.9330.D559.2162.E5C6.88B5.29EC.5A03

* 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 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 202300000000275	
CNPJ / CPF Inscrição Estadual Inscrição Municipal 11.370.581/0001-70 ISENT0 7129			Data do Serviço 04/09/2023	Código Verificador 903096e0e

 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
	04/09/2023	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 financeirohcfco@gmail.com							

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

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	VALOR TOTAL	ALIQ.	VALOR IMPOSTO	RETIDO
Ref Serviços Obstétricos	36.820,00	0,00	0,00	Não

Código do Serviço 04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.		Código NBS *****	
CIDE	COFINS	COFINS Importação	ICMS
0,00	0,00	0,00	0,00
IOF	IPI	PIS/PASEP	PIS/PASEP Importação
0,00	0,00	0,00	0,00
Base Cálculo ISSQN Próprio	Valor do ISSQN Próprio	Base Cálculo ISSQN Retido	Valor do ISSQN Retido
36.820,00	0,00	0,00	0,00
Valor Total da NFS-e	36.820,00	Valor Líquido da NFS-e	36.820,00

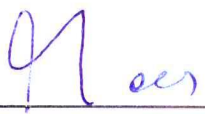
Informações Adicionais NOTA EMITIDA POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL NÃO GERA DIREITO A CRÉDITO FISCAL DE IPI Lei 12741/2012: Mun: R\$769,54; Est: R\$0,00; Fed: R\$4952,29; Total Aprox: R\$5721,83. Fonte: IBPT.	
--	---

Consulta realizada em 04/09/2023 às 14:48:19.
 Para consultar a autenticidade acesse: soledade-portais.govcloud.com.br/NFSe.Portal

LANCADO



202300000000275903096e0e11370581000170

Recebi(emos) de CLINICA MEDINA LTDA os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado. _____ Data	Identificação e assinatura do recebedor _____ Data	Número da NFS-e 202300000000275 Competência 04/09/2023 NFS-e 903096e0e	Número de Controle do Município 
---	--	---	--

Consulta realizada em 04/09/2023 às 14:48:19.
 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 12/09/2023 10:44:05

TED Outra Titularidade

Solicitante: CARLOS
Cooperativa Origem: 0247
Conta Origem: 18089-4
Número de Controle: 1973396839
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: 12/09/2023
Hora Transferência: 10:43:32
Valor a Transferir (R\$): 36.820,00
Finalidade: Credito Em Conta
Motivo Transferência: PAGTO HONORARIOS MEDICOS
Identificador: 97.503.676/0001-30
Tarifa (R\$): 2,00
Autenticação Eletrônica: 8BBE.4967.7270.128B.346B.F807.4279.7F22

* 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

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 202300000000352	
CNPJ / CPF Inscrição Estadual Inscrição Municipal 29.881.807/0001-62 ISENTO 5024758			Data do Serviço 12/09/2023	Código Verificador 2be240f89

 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
	12/09/2023	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 ***** Fone ***** Cidade *****

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	VALOR TOTAL	ALIQ.	VALOR IMPOSTO	RETIDO
referente sobreaviso anestesia 07/23.	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 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 Líquido da NFS-e 25.000,00	Valor Total do ISSQN 0,00	Valor Dedução/Descontos 0,00
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 12/09/2023 às 10:42:01.

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



2023000000003522be240f8929881807000162

Receb(emos) de PALLUDO & ALGAYER LTDA os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado. _____ Data	Identificação e assinatura do recebedor _____ Identificação e assinatura do recebedor	Número da NFS-e 202300000000352 Competência 12/09/2023 NFS-e 2be240f89	Número de Controle do Município 
--	---	---	--

Consulta realizada em 12/09/2023 às 10:42:01.

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

**Associado:** HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE**Cooperativa:****Conta Corrente:****Impresso em** 12/09/2023 -

10:51:42

Vencimento 12/09/2023 | Valor R\$ 25.000,00

Status Geral: **Autorizado**

TED Outra Titularidade

Solicitante: CARLOS

Cooperativa Origem: 0247

Conta Origem: 18089-4

Número de Controle: 1973472839

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: 12/09/2023

Hora Transferência: 10:51:42

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: F9AC.BA7A.882A.BE2A.73D3.4E88.5C96.3048

Autorizadores:

CARLOS ALBERTO ROCHA - 97503676000130 - Autorizado

ADAIRO 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

Nota Fiscal de Serviço Eletrônica

IGOR ELIAS GHELLER & CIA LTDA CLINICA GHELLER RUA QUINTINO BOCAIUVA, 643 - SALA 02 CEP: 99300-000 - Bairro: CENTRO Município: Soledade - RS E-mail: denilson.tonezer@terra.com.br Fone: (00) 0000-0000			Número da NFS-e 202300000000746	
CNPJ / CPF Inscrição Estadual Inscrição Municipal 15.287.128/0001-55 ISENTA 7908			Data do Serviço 12/09/2023	Código Verificador 386bafc61

 MUNICÍPIO DE SOLEDADE/RS Secretaria Municipal da Fazenda Fone: (54) 3381-9010 - soledade-portais.govcloud.com.br/NFSe.Portal	Dt. de Emissão 12/09/2023	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					
Nome / Razão Social *****		CNPJ / CPF *****		Inscrição Municipal *****	
E-mail		Fone		Cidade *****	

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	VALOR TOTAL	ALIQ.	VALOR IMPOSTO	RETIDO
SOBREVISO REFERENTE AO MÊS DE JULHO DE 2023.	25.000,00	3,00	750,00	Não

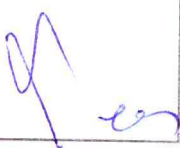
Código do Serviço 04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.				Código NBS *****	
CIDE 0,00	COFINS 750,00	COFINS Importação 0,00	ICMS 0,00	IOF 0,00	IPI 0,00
Base Cálculo ISSQN Próprio 25.000,00		Valor do ISSQN Próprio 750,00		Base Cálculo ISSQN Retido 0,00	
Valor do ISSQN Retido 0,00		Valor Total do ISSQN 750,00		Valor Dedução/Descontos 0,00	
Valor Total da NFS-e 25.000,00			Valor Líquido da NFS-e 23.462,50		

Informações Adicionais Lei 12741/2012: Mun: R\$522,50; Est: R\$0,00; Fed: R\$3362,50; Total Aprox: R\$3885,00. Fonte: IBPT. IR Retido: R\$375,00 Retenções: COFINS R\$ 750,00;PIS R\$ 162,50;CSLL R\$ 250,00;	
--	---

Consulta realizada em 12/09/2023 às 11:12:20.
 Para consultar a autenticidade acesse: soledade-portais.govcloud.com.br/NFSe.Portal



202300000000746386bafc6115287128000155

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 202300000000746 Competência 12/09/2023 NFS-e 386bafc61	Número de Controle do Município 
--	--	---	--

Consulta realizada em 12/09/2023 às 11:12:20.
 Para consultar a autenticidade acesse: soledade-portais.govcloud.com.br/NFSe.Portal

**Associado:** HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE**Cooperativa:****Conta Corrente:****Impresso em** 12/09/2023 - 11:22:43

Vencimento 12/09/2023 | Valor R\$ 23.462,50

Status Geral: **Autorizado**

Transferência entre Contas do Sicredi

Solicitante: CARLOS

Cooperativa Origem: 0247

Conta Origem: 18089-4

Número de Controle: 1973538980

Cooperativa Destino: 247

Conta Destino: 51212-5

Favorecido: IGOR ELIAS GHELLER E CIA LTDA ME

Origem dos Recursos: Conta Corrente

Data da Transferência: 12/09/2023

Hora da Transferência: 11:22:43

Valor Transferido (R\$): 23.462,50

Motivo da Transferência: PAGTO HON MED CNPJ 15287128000155

Autenticação Eletrônica: BD7B.7DBE.FD55.7FBA.1729.3107.8BF4.60FE

Autorizadores:

CARLOS ALBERTO ROCHA - 97503676000130 - Autorizado

ADAIRTO ANGELO FORTI - 97503676000130 - Autorizado

Status

Definido como: Autorizado

Total: **R\$ 23.462,50**

* 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

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 202300000000238	
CNPJ / CPF Inscrição Estadual Inscrição Municipal 18.792.637/0001-23 ISENT0 47811			Data do Serviço 12/09/2023	Código Verificador 8d089d89c

 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
	12/09/2023	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 financeirohcf@gmail.com						

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

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	VALOR TOTAL	ALIQ.	VALOR IMPOSTO	RETIDO
PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS REFERENTE SOBRE AVISO 07/2023.	25.000,00	0.00	0.00	Não

Código do Serviço 04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.		Código NBS *****	
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 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 12/09/2023 às 14:06:02.
 Para consultar a autenticidade acesse: soledade-portais.govcloud.com.br/NFSe.Portal



2023000000002388d089d89c18792637000123

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 202300000000238 Competência 12/09/2023 NFS-e 8d089d89c	Número de Controle do Município 
---	--	---	--

Consulta realizada em 12/09/2023 às 14:06:02.
 Para consultar a autenticidade acesse: soledade-portais.govcloud.com.br/NFSe.Portal

**Associado:** HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE**Cooperativa:****Conta Corrente:****Impresso em 13/09/2023 -**

09:09:28

Vencimento 13/09/2023 | Valor R\$ 25.000,00

Status Geral: **Autorizado**

TED Outra Titularidade

Solicitante: CARLOS

Cooperativa Origem: 0247

Conta Origem: 18089-4

Número de Controle: 1974664818

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: 13/09/2023

Hora Transferência: 09:09:28

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: 3968.73C1.30D1.303A.AD88.F045.519B.A7B5

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

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 202300000000155	
CNPJ / CPF Inscrição Estadual Inscrição Municipal 21.804.490/0001-59 **** 90609			Data do Serviço 12/09/2023	Código Verificador b0567128a

 MUNICÍPIO DE SOLEDADE/RS Secretaria Municipal da Fazenda Fone: (54) 3381-9010 - soledade-portais.govcloud.com.br/NFSe.Portal	Dt. de Emissão 12/09/2023	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 Inscrição Municipal Inscrição Estadual 97.503.676/0001-30 3575 1370031898 E-mail financeirohcfrc@gmail.com		Soledade/RS	

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

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	VALOR TOTAL	ALIQ.	VALOR IMPOSTO	RETIDO
REFERENTE A HONORÁRIOS MÉDICOS PA 07/23;. Alíquota Efetiva: 2,000000000000%.	37.967,50	2.00	759,35	Não

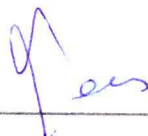
Código do Serviço 04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatorios e congêneres.		Código NBS *****	
CIDE 0,00	COFINS 0,00	COFINS Importação 0,00	ICMS 0,00
Base Cálculo ISSQN Próprio 37.967,50	Valor do ISSQN Próprio 759,35	Base Cálculo ISSQN Retido 0,00	Valor do ISSQN Retido 0,00
Valor Total da NFS-e 37.967,50		Valor Líquido da NFS-e 37.967,50	

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\$793,52; Est: R\$0,00; Fed: R\$5106,63; Total Aprox: R\$5900,15. Fonte: IBPT.	
---	---

Consulta realizada em 12/09/2023 às 13:49:09.
 Para consultar a autenticidade acesse: soledade-portais.govcloud.com.br/NFSe.Portal



202300000000155b0567128a21804490000159

Recebi(emos) de ANA C. NAZARI SAUDE os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado. ____/____/____ Data	Identificação e assinatura do recebedor 	Número da NFS-e 202300000000155 Competência 12/09/2023 NFS-e b0567128a	Número de Controle do Município
---	--	---	---------------------------------

Consulta realizada em 12/09/2023 às 13:49:09.
 Para consultar a autenticidade acesse: soledade-portais.govcloud.com.br/NFSe.Portal

**Associado:** HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE**Cooperativa:****Conta Corrente:****Impresso em 13/09/2023 -**

09:12:34

Vencimento 13/09/2023 | Valor R\$ 37.967,50

Status Geral: **Autorizado**

TED Outra Titularidade

Solicitante: ADAIRTO

Cooperativa Origem: 0247

Conta Origem: 18089-4

Número de Controle: 1974739584

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: 13/09/2023

Hora Transferência: 09:12:34

Valor a Transferir (R\$): 37.967,50

Finalidade: Credito Em Conta

Motivo Transferência: PAGTO HONORARIOS MEDICOS

Identificador: 97.503.676/0001-30

Tarifa (R\$): 2,00

Autenticação Eletrônica: EDFD.9690.7C12.380E.2979.9B4B.A90A.AE44

Autorizadores:

CARLOS ALBERTO ROCHA - 97503676000130 - Autorizado

ADAIRTO ANGELO FORTI - 97503676000130 - Autorizado

Status

Definido como: Autorizado

Total: R\$ 37.967,50

* 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