



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. 332/2023

Soledade/RS, 02 de outubro 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 Nº 74678, no valor de **RS 172.500,00** (cento e setenta e dois mil e quinhentos reais), referente a serviços prestados no mês de **SETEMBRO/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 OUTUBRO 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: financeirohcf@gmail.com
Fone: (54) 3381-1244



Número da NFS-e

202300000074678

Data do Serviço

02/10/2023

Código Verificador

2cbede119

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



MUNICÍPIO DE SOLEDADE/RS

Secretaria Municipal da Fazenda

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

Dt. de Emissão

02/10/2023

Exigibilidade
ISS

Isonção

Tributado no Município

Soledade/RS

TOMADOR DO SERVIÇO

Município de Prestação 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

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 SETEMBRO/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

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

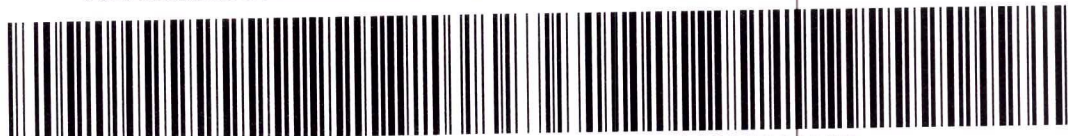
Informações Adicionais

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 02/10/2023 às 11:47:50.

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



2023000000746782cbede11997503676000130

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
202300000074678

Competência
02/10/2023

NFS-e
2cbede119

Número de Controle do Município

Consulta realizada em 02/10/2023 às 11:47:50.

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. 359/2023

Soledade/RS, 01 de novembro de 2023

À

Secretaria de Saúde de Soledade – RS

Sr. Secretário de Saúde

Na oportunidade em que cumprimentamos Vossa Senhoria, estamos encaminhando a nota fiscal Nº 75601 no valor de **R\$ 172.500,00** (cento e setenta e dois mil e quinhentos reais), referente a serviços prestados no mês de **OUTUBRO 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 NOVEMBRO 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: financeirohcf@gmail.com
Fone: (54) 3381-1244



Número da NFS-e

202300000075601

Data do Serviço
01/11/2023

Código Verificador
061fb1b44

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



MUNICÍPIO DE SOLEDADE/RS

Secretaria Municipal da Fazenda

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

Dt. de Emissão

01/11/2023

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

Bairro

CENTRO

CNPJ / CPF

87.738.530/0001-10

E-mail

fiscalizacao@soledade.rs.gov.br

UF

RS

Fone

(54) 3381-9010

CEP

99300-000

Inscrição Municipal

6820

Inscrição Estadual

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 OUTUBRO/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

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 01/11/2023 às 09:33:16.

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



202300000075601061fb1b4497503676000130

Recebi(emos) de

HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE

os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado.

____/____/____
Data

Identificação e assinatura do receptor

Número da NFS-e
202300000075601

Competência
01/11/2023

NFS-e
061fb1b44

Número de Controle do Município

[Handwritten signature]

Consulta realizada em 01/11/2023 às 09:33:16.

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”

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO OBJETO, ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E METAS

O Hospital de Caridade Frei Clemente, inscrito no CNPJ nº 97.503.676/0001-30, situado na Av. Pinheiro Machado, nº 828, Centro, vem apresentar Relatório de Execução do Objeto, Atividades desenvolvidas e Metas, informando que os recursos repassados pela Prefeitura Municipal de Soledade, conforme Termo de Convênio nº 01/2023, supriram a meta do Atendimento

Médico Hospitalar Complementar ao Sistema Único de saúde - SUS a população de Soledade R/S, garantindo os serviços nas seguintes especialidades: em caráter de sobreaviso, nas urgências e emergências, em Clínica Geral no Pronto Socorro, Cirurgia Geral, Anestesiologia, Pediatria (sala de parto) e obstetrícia.

Durante esse período foram atendidos no Pronto Socorro 3.269 pessoas, internadas 251, realizadas 27 cirurgias, 18 partos normais e 17 cesárias

Soledade, 04 de Dezembro de 2023.

Carlos Alberto Rocha

Presidente



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



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

FICHA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Paciente: 35208 - VILMA SOUZA PORTO ALVES SAME: 46912

CNS: 700008226398600 CPF: 19345284800 RG: RN:

Endereço: SETE DE SETEMBRO, 303 - CASA 01

Bairro: FARROUPILHA

Telefone: 11996461124 11996462204

Cidade: 99300000 - SOLEDADE - RS

Nascimento: 08/04/1975 Idade: 48 anos 4 meses 25 dias Sexo: FEMININO Raça: PARDO Estado Civil: CASADO (A)

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

Convênio: SUS Matrícula: 700008226398600

Cartão Nacional de Saúde: 700008226398600

Validade: Plano: SUS

Natural de: IMPERATRIZ

Religião:

Profissão:

Trabalho:

Nome da mãe: ISABEL ALVES PORTO

Nome do pai: JUVENAL SOUZA PORTO

Cônjuge:

Responsável: EDELICIO MARCIANO CPF: 49509080810 RG:

Endereço: , -

Bairro: Cidade: Telefone: 54999259332

Intesco: CONJUGE

Executante: TIAGO TRES 44583

Caráter de Atendimento: URGENTE

Internação: 03/09/2023 Hora: 12:06:07 Leito: 402 - 402-A

Data da alta: 06/09/2023

Motivo da Alta: ALTA MELHORADO

Diagnóstico: TRATAMENTO DE CALCULOSE RENAL

CID: N200, CALCULOSE DO RIM

Registrante: VANDREIA MARQUES DOS SANTOS

OBSERVAÇÕES:

TERMO DE RESPONSABILIDADE:

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

Assinatura Paciente/Responsável



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

FICHA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Paciente: 9304 - FABIANA FONTOURA SAME: 7285

CNS: 700502548468356

CPF: 95192271053

RG:

RN:

Endereço: VENANCIO AIRES, 216 -

Bairro: FONTES

Telefone: 54984413626 54984413626

Cidade: 99300000 - SOLEDADE - RS

Nascimento: 28/02/1976 Idade: 47 anos 6 meses 7 dias

Sexo: FEMININO

Raça: BRANCA

Estado Civil: VIUVO (A)

Peso: 0,00

Altura: 0,00

IMC: 0,00

Convênio: SUS

Matrícula: 700502548468356

Cartão Nacional de Saúde: 700502548468356

Validade: Plano: SUS

Natural de: ESPUMOSO

Religião:

Profissão:

Trabalho:

Nome da mãe: CELOIR MARIA GALVAGNI

Nome do pai: JOE GONCALVES FONTOURA

Cônjuge:

Responsável: CPF: RG:

Endereço: , -

Bairro: Cidade: Telefone:

Intendente:

Executante: TIAGO TRES 44583

Caráter de Atendimento: URGENTE

Internação: 06/09/2023 Hora: 11:46:21 Leito: 407 - 407-B

Data da alta: 09/09/2023

Motivo da Alta: ALTA MELHORADO

Diagnóstico: TRATAMENTO CLÍNICO DE PACIENTE ONCOLÓGICO

CID: A419, SEPTICEMIA NÃO ESPECIFICADA

Registrante: CRISTIANE ANDRADE DE OLIVEIRA

OBSERVAÇÕES:

TERMO DE RESPONSABILIDADE:

- I - Autorizo este hospital a promover o tratamento clínico ou cirúrgico do paciente acima identificado, bem como realizar as investigações técnicas que forem julgadas necessárias para um perfeito diagnóstico.
- II - Outrossim responsabilizo-me pelo ressarcimento de toda e qualquer despesa MÉDICA E HOSPITALAR que venha a ser realizada decorrente deste internação, que esteja fora de cobertura do convênio pré-estabelecido.
- III - Comprometo-me a desocupar as dependências do hospital após receber a alta hospitalar, e estou ciente que a diária hospitalar encerra-se às 11 (onze) horas de cada dia, devendo providenciar junto ao médico assistente a alta hospitalar.
- IV - 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: 1846 - ANA PAULA BORGES SAME: 14903

CNS: 700001783215202

CPF: 02307748067

RG: 1111864078

RN:

Endereço: NICANOR BATISTA DE MORAES, 81 -

Bairro: IPIRANGA

Telefone: 54996710964 5199784619

Cidade: 99300000 - SOLEDADE - RS

Nascimento: 24/01/1991 Idade: 32 anos 7 meses 24 dias

Sexo: FEMININO

Raça: PARDO

Estado Civil: UNIAO ESTA VEL

Peso: 0,00

Altura: 0,00

IMC: 0,00

Convênio: SUS

Matrícula: 700001783215202

Cartão Nacional de Saúde: 700001783215202

Validade: Plano: SUS

Natural de: BARROS CASSAL

Religião:

Profissão:

Trabalho:

Nome da mãe: CENIRA DOS SANTOS BORGES

Nome do pai:

Cônjuge: JOAO JOCELINO DA CONCAEICAO NUNES

Responsável: JOAO JOCELINO DA CONCEICAO NUNES

CPF: 01137430095

RG: 4122546403

Endereço: , -

Bairro: Cidade: Telefone: 54999586711

Filhos: CONJUGE

Executante: BRUNA NOJIRI DA SILVA 47112

Caráter de Atendimento: URGENTE

Internação: 17/09/2023 Hora: 20:16:29 Leito: 409- MAT - 409-C

Data da alta: 19/09/2023

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

Diagnostico: PARTO NORMAL

CID: O809, PARTO ÚNICO ESPONTÂNEO, NÃO ESPECIFICADO

Registrante: ELCIMARA DA ROCHA RIQUEZ

OBSERVAÇÕES: transtorno bipolar

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.

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: 102 - ADAO GILBERTO SOUZA SAME: 14123

CNS: 700108926463013

CPF: 30522463053

RG: 8129088947

RN:

Endereço: BOQUEIRAO DO BUTIA, 0 -

Bairro: INTERIOR

Telefone: 54981405856 54996529704

Cidade: 99300000 - SOLEDADE - RS

Nascimento: 23/07/1940 Idade: 83 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: 700108926463013

Cartão Nacional de Saúde: 700108926463013

Validade: Plano: SUS

Natural de: ESPUMOSO

Religião:

Profissão: APOSENTADO(A)

Trabalho:

Nome da mãe: GEORGINA ALVES DE SOUZA

Nome do pai:

Cônjuge:

Responsável: CPF: RG:

Endereço: , -

Bairro: Cidade: Telefone:

Executante: JORGE ELI THEISEN 27693

Caráter de Atendimento: URGENTE

Internação: 20/09/2023 Hora: 13:31:17 Leito: 403 - 403-A

Data da alta: 25/09/2023

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

Diagnóstico: TRATAMENTO DE PNEUMONIAS OU INFLUENZA (GRIPE)

CID: J189, PNEUMONIA NÃO ESPECIFICADA

Registrante: CRISTIANE ANDRADE DE OLIVEIRA

OBSERVAÇÕES:

TERMO DE RESPONSABILIDADE:

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

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

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

IV - 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: 11438 - HELADIO ANTUNES DA SILVA SAME: 5804

CNS: 706504373844290 CPF: RG: 7083286141 RN:

Endereço: JOSE BONIFACIO, 464 -

Bairro: EXPEDICIONARIO

Telefone: 54991219071

Cidade: 99300000 - SOLEDADE - RS

Nascimento: 08/03/1976 Idade: 47 anos 6 meses 15 dias Sexo: MASCULINO Raça: Estado Civil: SOLTEIRO (A)

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

Convênio: SUS Matrícula: 706504373844290

Cartão Nacional de Saúde: 706504373844290

Validade: Plano: SUS

Natural de: CAIBI

Religião:

Profissão:

Trabalho:

Nome da mãe: NEIDE DA SILVA

Nome do pai: ARLINDO ANTUNES DA SILVA

Cônjuge:

Responsável: NEIDE DA SILVA CPF: RG:

Endereço: , -

Bairro: Cidade: Telefone: 54991219071

Filhos: MAE

Executante: JORGE ELI THEISEN 27693

Caráter de Atendimento: URGENTE

Internação: 23/09/2023 Hora: 13:31:15 Leito: 413 - 413-A

Data da alta: 27/09/2023

Motivo da Alta: ALTA MELHORADO

Diagnóstico: TRATAMENTO DE PNEUMONIAS OU INFLUENZA (GRIPE)

CID: J189, PNEUMONIA NÃO ESPECIFICADA

Registrante: CRISTIANE ANDRADE DE OLIVEIRA

OBSERVAÇÕES:

TERMO DE RESPONSABILIDADE:

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

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

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

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: BOTUCARAI

Telefone: 54991505589 54991505589

Cidade: 99300000 - SOLEDADE - RS

Nascimento: 02/07/1983 Idade: 40 anos 3 meses 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: DANIEL SAMUEL DE OLIVEIRA CPF: RG:

Endereço: , -

Bairro: Cidade: Telefone: 54991307864

Interlocutor: PAI

Executante: TIAGO TRES 44583

Caráter de Atendimento: URGENTE

Internação: 02/10/2023 Hora: 14:16:20 Leito: 407 - 407-A

Data da alta: 08/10/2023

Motivo da Alta: ALTA MELHORADO

Diagnóstico: TRATAMENTO DE OUTRAS DOENÇAS DO INTESTINO

CID: K550, TRANSTORNOS VASCULARES AGUDOS DO INTESTINO

Registrante: CRISTIANE ANDRADE DE OLIVEIRA

OBSERVAÇÕES:

TERMO DE RESPONSABILIDADE:

- I - Autorizo este hospital a promover o tratamento clínico ou cirúrgico do paciente acima identificado, bem como realizar as investigações técnicas que forem julgadas necessárias para um perfeito diagnóstico.
- II - Outrossim responsabilizo-me pelo ressarcimento de toda e qualquer despesa MÉDICA E HOSPITALAR que venha a ser realizada decorrente deste internação, que esteja fora de cobertura do convênio pré-estabelecido.
- III - Comprometo-me a desocupar as dependências do hospital após receber a alta hospitalar, e estou ciente que a diária hospitalar encerra-se às 11 (onze) horas de cada dia, devendo providenciar junto ao médico assistente a alta hospitalar.
- IV - 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: 4178 - CARINE RODRIGUES DA SILVA SAME: 1244

CNS: 704700779836635 CPF: 01634061039 RG: 2101783468 RN:

Endereço: EDER DA SILVA DOS SANTOS, 30 -

Bairro: BOTUCARAÍ

Telefone: 54992241449 54992241449

Cidade: 99300000 - SOLEDADE - RS

Nascimento: 11/11/1988 Idade: 34 anos 11 meses 9 dias Sexo: FEMININO Raça: BRANCA Estado Civil: SOLTEIRO (A)

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

Convênio: SUS Matrícula: 704700779836635

Cartão Nacional de Saúde: 704700779836635

Validade: Plano: SUS

Natural de: SOLEDADE

Religião: CATOLICO(A)

Profissão:

Trabalho:

Nome da mãe: DALMARA LODI RODRIGUES

Nome do pai: JOAO CARLOS DA SILVA

Cônjuge:

Responsável: CASSIANE RODRIGUES CPF: RG:

Endereço: , -

Bairro: Cidade: Telefone: 54992241449

Fonesco: IRMAO(A)

Executante: JERONIMO ORTIZ TATIM 27210

Caráter de Atendimento: URGENTE

Internação: 20/10/2023 Hora: 10:35:39 Leito: 305 - 305-A

Data da alta: 24/10/2023

Motivo da Alta: ALTA MELHORADO

Diagnóstico: APENDICECTOMIA

CID: K359, APENDICITE AGUDA SEM OUTRA ESPECIFICAÇÃO

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: 3124 - ARI DA SILVA SAME: 10713

CNS: 700106956631419

CPF: 72286784000

RG: 3073783213

RN:

Endereço: LAIR LERMER, 117 -

Bairro: BOTUCARAI

Telefone: 54996062192 5499545942

Cidade: 99300000 - SOLEDADE - RS

Nascimento: 27/04/1968 Idade: 55 anos 5 meses 26 dias

Sexo: MASCULINO

Raça: PARDO

Estado Civil: UNIAO ESTAVEL

Peso: 0,00

Altura: 0,00

IMC: 0,00

Convênio: SUS

Matrícula: 700106956631419

Cartão Nacional de Saúde: 700106956631419

Validade: Plano: SUS

Natural de: FONTOURA XAVIER

Religião: CATOLICO(A)

Profissão:

Trabalho:

Nome da mãe: SEBASTIANA DA SILVA

Nome do pai: -

Cônjuge: IRIA DA SILVA

Responsável: IRIA DA SILVA

CPF: 00059280018

RG: 1118008877

Endereço: , -

Bairro:

Cidade:

Telefone: 54999545942

Profissão: CONJUGE

Executante: JORGE ELI THEISEN 27693

Caráter de Atendimento: URGENTE

Internação: 23/10/2023 Hora: 21:11:32 Leito: 402 - 402-B

Data da alta: 29/10/2023

Motivo da Alta: ALTA MELHORADO

Diagnostico: 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 às 11 (onze) horas de cada dia, devendo providenciar junto ao médico assistente a alta hospitalar.
- IV - Ao optar por acomodações em UNIDADE DIFERENCIADA, responsabilizo-me pelo pagamento de todas as despesas hospitalares não cobertas pelo convênio, decorrentes desta internação.
- V - HOSPITAL NÃO SE RESPONSABILIZA PELA GUARDA OU EXTRAVIO DE OBJETOS PESSOAIS, OBJETOS DE VALOR OU VALORES EM ESPÉCIE DE PACIENTES E ACOMPANHANTES.**

Assinatura Paciente/Responsável



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

FICHA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Paciente: 23285 - PAMELA SIQUEIRA DA SILVA SAME: 10309

CNS: 706203549857669 CPF: 02925568025 RG: 6113396466 RN:

Endereço: QUINZE DE NOVEMBRO, 1125 -

Bairro: MISSOES

Telefone: 54991052928 54992044095

Cidade: 99300000 - SOLEDADE - RS

Nascimento: 17/08/1994 Idade: 29 anos 2 meses 12 dias Sexo: FEMININO Raça: BRANCA Estado Civil: CASADO (A)

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

Convênio: SUS

Matrícula: 706203549857669

Cartão Nacional de Saúde: 706203549857669

Validade: Plano: SUS

Natural de: SOLEDADE

Religião: CATOLICO(A)

Profissão: TECNICOS DE ENFERMAGEM E TRABALHADORES ASSEMELHADOS (EXCETO ENFERMEIROS)

Trabalho:

Nome da mãe: VERA LUCIA DA SILVA SIQUEIRA

Nome do pai: VARLEI BASTOS DA SILVA

Cônjuge: MATHEUS DE OLIVEIRA SANTOS

Responsável: MATHEUS OLIVEIRA SANTOS

CPF: 00693370041 RG:

Endereço: , -

Bairro: Cidade: Telefone: 54992044095

Estado Civil: CONJUGE

Executante: JORGE ELI THEISEN 27693

Caráter de Atendimento: URGENTE

Internação: 29/10/2023 Hora: 22:29:43 Leito: 304 - 304

Data da alta: 10/11/2023

Motivo da Alta: ALTA MELHORADO

Diagnostico: TRATAMENTO CLÍNICO DE PACIENTE ONCOLÓGICO

CID: C509, NEOPLASIA MALIGNA DA MAMA, 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 - A ocupação dos aposentos por qualquer motivo após este horário, incide na cobrança da diária correspondente.
- V - Ao optar por acomodações em UNIDADE DIFERENCIADA, responsabilizo-me pelo pagamento de todas as despesas hospitalares não cobertas pelo convênio, decorrentes desta internação.
- V - HOSPITAL NÃO SE RESPONSABILIZA PELA GUARDA OU EXTRAVIO DE OBJETOS PESSOAIS, OBJETOS DE VALOR OU VALORES EM ESPÉCIE DE PACIENTES E ACOMPANHANTES.**

Assinatura Paciente/Responsável



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

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Atendimento N°: 16 Data: 13/09/2023 Hora: 01:34:19
Paciente: 23574 - PAULO JAIR MORAIS CASAGRANDE SEXO: MASCULINO SAME: 24907
Endereço: JOAO PROVIN, 126 - Bairro: IPIRANGA Telefone: 54999955680 5433811075
Cidade: 99300000 - SOLEDADE - RS Mãe: EVA MORAIS CASAGRANDE
Nascimento: 18/10/1973 Idade: 49 anos 10 meses 26 dias
Convênio: SUS Plano: SUS 707302058124870
Executante: TIAGO TRES 44583
Registrante: VANDREIA MARQUES DOS SANTOS

Alex Junior Vieira
Enfermeiro
COREN-RS 757466

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: AMARELO (ATENDIMENTO EM 30 MINUTOS)

SINAIS VITAIS PA: 150 / 90 FC: 93 PESO: 0,00 TAX: 36,00 SPO: 95 HGT: 209,00

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

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

QUEIXA PRINCIPAL: PACIENTE VEM ENCAMINHADO DO HOSPITAL DE ARVOREZINHA APOS CONTATO PREVIO COM MP, PCT SOFREU ACIDENTE AUTOMOBILISTICO (SAIDA DE PISTA)

PCT COM FERIMENTO NA FACE, OLHO GUAXINIM A DIREITA, FOI REALIZADO SUTURA E MEDICADO NO LOCAL DE ORIGEM

MOTIVO DO ATENDIMENTO/TRATAMENTO/PROCEDIMENTOS/MEDICAÇÃO:

Tram. L. 10/20
S. P. 14/30
M. 14/30



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

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Atendimento N°: 24 Data: 14/09/2023 Hora: 01:35:03
Paciente: 17259 - LOURDES SANTOS DA SILVA SEXO: FEMININO SAME: 567
Endereço: MARIO BRUM, 157 - Bairro: BOTUCARAI Telefone: 5491737908 54991318722
Cidade: 99300000 - SOLEDADE - RS Mãe: OLIMPIA ALVES BARBOSA
Nascimento: 15/02/1945 Idade: 78 anos 6 meses 27 dias
Convênio: SUS Plano: SUS 700000845763908
Executante: JORGE ELI THEISEN 27693
Registrante: ELCIMARA DA ROCHA RIQUEZ

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: AGUARDA TRIAGEM

SINAIS VITAIS PA: ~~121/154~~ FC: 75 PESO: 0,00 TAX: 0,00 SPO: 96 HGT: 0,00
221/154

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

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

QUEIXA PRINCIPAL: QUEIXA DE DOR EM MSE COM INICIO HA 4 DIAS E PIORA
PREVIO: HAS
NEGA ALERGIAS

MOTIVO DO ATENDIMENTO/TRATAMENTO/PROCEDIMENTOS/MEDICAÇÃO:

02354 JS / 15/08/20
1. prof. 10
2. prof. 10
3. prof. 10
4. prof. 10

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°: 1 Data: 16/09/2023 Hora: 16:53:11
Paciente: 51240 - ROSEMARI DA LUZ SEXO: FEMININO SAME: 62918
Endereço: MAURICIO CARDOSO, 2299 - Bairro: CENTRO Telefone: 54996485488 5499648548
Cidade: 99300000 - SOLEDADE - RS Mãe: BRASILIRIA DA LUZ
Nascimento: 15/10/1970 Idade: 52 anos 11 meses 1 dia
Convênio: SUS Plano: SUS 705804447077130
Executante: JORGE ELI THEISEN 27693
Registrante: PATRICIA SCHAFFER GUERINI

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: AGUARDA TRIAGEM

SINAIS VITAIS PA: 180 / 110 FC: 98 PESO: 0,00 TAX: 0,00 SPO: 61 HGT: 133,00

ALERGIA: NEGA

MEDICAMENTOS: LUGANO SALBUTAMOSL FUROSEMIDA CARVEDILOL MONONITRATO DE
ISSORBIDA 20 SIN VASTATINA OMEPRAZOL METFORMINA

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

QUEIXA PRINCIPAL: PACIENTE TEM ASMA, REFERE TOSSE SECA

Fernanda Germany
COREN-RS 0118931 - ENF

MOTIVO DO ATENDIMENTO/TRATAMENTO/PROCEDIMENTOS/MEDICAÇÃO:

Suor copioso 17:45
pm 16/09/23
R. Z

JORGE ELI THEISEN
MÉDICO
CRM-RS 27693
CPF: 460.221.230-34

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: 8

Data: 18/09/2023 Hora: 20:50:17

Paciente: 7830 - ELIANE FATIMA WALENDORFF DA SILVA SEXO: FEMININO SAME: 3986

Endereço: REINALDO HECKMANN, 449 - Bairro: BOTUCARAI Telefone: 54991018557

54991419686

Cidade: 99300000 - SOLEDADE - RS

Mãe: JUREMA WALENDORFF DA SILVA

Nascimento: 09/05/1975 Idade: 48 anos 4 meses 9 dias

Convênio: SUS Plano: SUS

704303589336999

Executante: GILBERTO PEDRO PIAZZA 16523

Registrante: FERNANDA VASCONCELLOS MORAIS

Márcio V. R. Filho
Acad. Enfermagem/ATITUS
RA. 1131080

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

SINAIS VITAIS PA: 120 / 82 FC: 111 PESO: 0,00 TAX: 36,90 SPO: 99 HGT: 526,00

ALERGIA: NEGA

MEDICAMENTOS: ATENOLOL 50MG 2X DIA JARDIANCE 25MG 1X DIA SINVASTATINA 20MG 1X
INSULINA NPH 30UI MANHÃ / 20 UI NOITE

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

Alex Junior Vieira
Enfermeiro
COREN-RS 737406

QUEIXA PRINCIPAL: PACIENTE CHEGA AO PA COM EPIGASTRALGIA QUE IRRADIA E DOR NO PEITO
QUE IRRADIA PARA AS COSTAS, SENTIU NAUSEA DESDE AS 14H E COMEÇOU COM EPISÓDIOS DE
EMESE APÓS AS 17H, REFERE CEFALÉIA INTENSA, SENSÇÃO DE TREMOR.

Diabete
MH 2

MOTIVO DO ATENDIMENTO/TRATAMENTO/PROCEDIMENTOS/MEDICAÇÃO:

ECG - não há sin - a - para não

BRE FC 111

ou talvez 12 de 30

a abn 111/111

doença de 111/111

poca, abn 111/111

1x quin. até 6 hrs.

abn 111/111

Muñoz
RCC

111
111/111
111/111

Assinatura Paciente / Responsável: Polegar Direito:



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

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Atendimento Nº: 2

Data: 28/10/2023 Hora: 20:06:28

Paciente: 23250 - PALOMA RODRIGUES MACIEL

SEXO: FEMININO SAME: 23888

Endereço: SÃO SEBASTIÃO, 0 - Bairro: INTERIOR

Telefone: 54996355215 5433819000

Cidade: 99300000 - SOLEDADE - RS

Mãe: JUSSARA RODRIGUES MACIEL

Nascimento: 08/01/1998 Idade: 25 anos 9 meses 20 dias

700800963733386

Alex Junior Vieira

Convênio: SUS

Plano: SUS

Enfermeiro
COREN-RS 737466

Executante: GILBERTO PEDRO PIAZZA 16523

Registrante: VANDREIA MARQUES DOS SANTOS

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

SINAIS VITAIS PA: 135 / 75 FC: 67 PESO: 0,00 TAX: 36,40 SPO: 95 HGT: 0,00

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

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

QUEIXA PRINCIPAL: PACIENTE VEM CONDUZIDA PELO SAMU POR SURTO PSICOTICO..
HISOTORICO FREQUENTA APA E FAZ USO DE FLUOXETINA E RISPERIDONA.

NO MOMENTO CALMA COM EPISODIOS CHOROSOS.

for 18/10/2023

MOTIVO DO ATENDIMENTO/TRATAMENTO/PROCEDIMENTOS/MEDICAÇÃO:

Just (810)

segunda 21/01/2023

leitura out 2023

4 07/10/2023

[Signature]

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: 4 Data: 29/10/2023 Hora: 19:14:45
Paciente: 28580 - VALDOMIRO SILVEIRA SILVA SEXO: MASCULINO SAME: 15247
Endereço: VISCONDE DE MAUA, 104 - Bairro: EXPEDICIONARIO Telephone: 5499421426
54992570708
Cidade: 99300000 - SOLEDADE - RS Mãe: MARIA DA SILVEIRA
Nascimento: 14/02/1940 Idade: 83 anos 8 meses 15 dias
Convênio: SUS Plano: SUS 708408794227361
Executante: JORGE ELI THEISEN 27693
Registrante: ELCIMARA DA ROCHA RIQUEZ

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

SINAIS VITAIS PA: / FC: 95 PESO: 0,00 TAX: 35,80 SPO: 97 HGT: 167,00

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

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

QUEIXA PRINCIPAL: QUEIXA DE DOR E DISTENÇÃO ABDOMINAL, CONSTIPAÇÃO
SENSAÇÃO DE FALTA DE AR
TEM CA DE INTESTINAL em TTO com quimio
MUC: LOSARTANA // ATENOLOL // METFORMINA

MOTIVO DO ATENDIMENTO/TRATAMENTO/PROCEDIMENTOS/MEDICAÇÃO:

DOR na abdome (ca de prostatica)
TRAMAL
PROPRANOLOL

Jorge Eli Theisen
MÉDICO
CRM/RS 27.693
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 N°: 7

Data: 31/10/2023 Hora: 22:39:47

Paciente: 437 - ADRIANA SCHAFFER

SEXO: FEMININO SAME: 15189

Endereço: EMILIO DE MORAES, 1876 -

Bairro: MISSEOS

Telefone: 54991778519 549917785

Cidade: 99300000 - SOLEDADE - RS

Mãe: LENIR SCHMITZ SCHAFFER

Nascimento: 20/10/1986

Idade: 37 anos 11 dias

Convênio: SUS

Plano: SUS

709008800070017

Executante: TIAGO TRES 44583

Registrante: ELCIMARA DA ROCHA RIQUEZ

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

SINAIS VITAIS PA: 178 / 110 FC: 110 PESO: 0,00 TAX: 0,00 SPO: 99 HGT: 0,00

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

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

QUEIXA PRINCIPAL: REFERE QUE FEZ USO DE NEURALGEX, SENS AÇÃO DE INCHAÇO NOS OLHOS
SENSAÇÃO DE EDEMA NA LINGUA
ALERGICA A DIPIRONA
FAZ USO DE AMTRIPTILINA

MOTIVO DO ATENDIMENTO/TRATAMENTO/PROCEDIMENTOS/MEDICAÇÃO:

500mg h-procarbo Bolus
Fung 2 un

23.30

Tiago Tres
MÉDICO
CREMERS 44.583

Assinatura Paciente / Responsável: Polegar Direito:

DEMONSTRATIVO DA EXECUÇÃO DAS RECEITAS E DESPESAS		INSTRUMENTO Nº	01/2023
CONVENIENTE:	HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE		

PROJETO:	PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES COMPLEMENTARES NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		PERÍODO PRESTAÇÃO DE CONTAS:	22/09/2023 04/12/2023
----------	--	--	------------------------------	--------------------------

RECEITAS			DESPESAS		
DATA	DESCRIÇÃO	VALOR	DATA	DESCRIÇÃO	VALOR
10/10/23	REPASSE DO MUNICIPIO	R\$ 172.500,00	11/10/23	ANA C NAZARI SAÚDE	R\$ 40.000,00
10/11/23	REPASSE DO MUNICIPIO	R\$ 172.500,00	11/10/23	CLINICA MEDICA TATIM LTDA	R\$ 24.250,00
			11/10/23	IGOR ELIAS GHELLER & CIA LTDA	R\$ 23.462,50
			11/10/23	IZA PIAZZA & CIA LTDA	R\$ 25.000,00
			11/10/23	PALLUDO & ALGAYER LTDA	R\$ 25.000,00
			11/10/23	SERVIÇOS MÉDICOS T3 LTDA	R\$ 20.000,00
			13/10/23	SERVIÇOS MÉDICOS T3 LTDA	R\$ 14.787,50
			13/11/23	CLINICA MEDICA TATIM LTDA	R\$ 24.250,00
			13/11/23	IGOR ELIAS GHELLER & CIA LTDA	R\$ 23.462,50
			13/11/23	IZA PIAZZA & CIA LTDA	R\$ 25.000,00
			13/11/23	ANA C NAZARI SAÚDE	R\$ 25.000,00
			15/11/23	PALLUDO & ALGAYER LTDA	R\$ 25.000,00
			10/10/23	MPM SERVIÇOS MÉDICOS LTDA	R\$ 25.000,00
			20/11/23	TS SULZBACH SERVIÇOS MÉDICOS LTDA	R\$ 24.787,16
TOTAL DA RECEITA		R\$ 345.000,00	TOTAL DAS DESPESAS:		R\$ 344.999,66

SALDO FINAL: R\$ 0,34


CARLOS ALBERTO ROCHA
PRESIDENTE


JONATAS DORELA BORGES
CONTADOR CRC/RS 60.958

Relatório de Execução financeira

Período: 22/09/2023 a 04/12/2023

Razão Social	CNPJ/CPF	Descrição da despesa	Tipo de documento NF	Data documento	Valor	Data pagamento	Nº da transferência	Valor pago
ANA C NAZARI SAÚDE	21.804.490/0001-59	CLINICO GERAL	2023162	11/10/23	40.000,00	11/10/23	2009733101	40.000,00
CLINICA MÉDICA TATIM LTDA	12.560.518/0001-69	CIRUR. GERAL	2023447	11/10/23	24.250,00	11/10/23	2009733562	24.250,00
IGOR ELIAS GHELLER & CIA LTDA	15.287.128/0001-55	CIRUR. GERAL	2023754	11/10/23	23.462,50	11/10/23	2009734074	23.462,50
IZA PIAZZA & CIA LTDA	18.792.637/0001-23	ANESTESISTA	2023243	11/10/23	25.000,00	11/10/23	2009733919	25.000,00
PALLUDO & ALGAYER LTDA	29.881.807/0001-62	ANESTESISTA	2023358	11/10/23	25.000,00	13/10/23	2010962165	25.000,00
SERVIÇOS MÉDICO T3 LTDA	31.671.349/20001-89	CLINICO GERAL	106	11/10/23	20.000,00	13/10/23	2010961394	20.000,00
SERVIÇOS MÉDICO T3 LTDA	31.671.349/20001-89	CLINICO GERAL	107	13/10/23	14.787,50	13/10/23	2011241909	14.787,50
CLINICA MÉDICA TATIM LTDA	12.560.518/0001-69	CIRUR. GERAL	2023450	13/11/23	24.250,00	13/11/23	2051722107	24.250,00
IGOR ELIAS GHELLER & CIA LTDA	15.287.128/0001-55	CIRUR. GERAL	2023767	13/11/23	23.462,50	13/11/23	2052007736	23.462,50
IZA PIAZZA & CIA LTDA	18.792.637/0001-23	ANESTESISTA	2023245	13/11/23	25.000,00	14/11/23	2052944353	25.000,00
ANA C NAZARI SAÚDE	21.804.490/0001-59	CLINICO GERAL	2023170	13/11/23	25.000,00	14/11/23	2052944938	25.000,00
PALLUDO & ALGAYER LTDA	29.881.807/0001-62	ANESTESISTA	2023361	15/11/23	25.000,00	16/11/23	2054842935	25.000,00
MPM SERVIÇOS MÉDICOS LTDA	27.922.468/0001-90	PEDIATRA	20234315	10/10/23	25.000,00	16/11/23	2054837172	25.000,00
TS SULZBACH SERVIÇOS MÉDICOS LTDA	43.333.246/0001-98	OBSTETRA	202377	20/11/23	24.787,16	20/11/23	2060165837	24.787,16
							TOTAL R\$	344.999,66

Carla Nogueira
CARLOS ALBERTO ROCHA
PRESIDENTE

JONATAS TURELA BORGES
CONTADOR CRC/RS 60.958


Associado: HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE

Cooperativa: 0247

Conta Corrente: 18089-4

Impresso em 16/10/2023 08:21:09

Extrato

Dados referentes ao período 01/10/2023 a 16/10/2023.

Data	Descrição	Documento	Valor (R\$)	Saldo (R\$)
	SALDO			0,00
10/10/2023	TED 87738530000110 PM SOLEDADE -FUS	036354	172.500,00	172.500,00
11/10/2023	DEBITO TED/IB 21804490000159 ANA C. NAZARI SAUDE	I00241	-40.000,00	132.500,00
11/10/2023	DEBITO TED/IB 12560518000169 CLINICA MEDICA TATI	I00240	-24.250,00	108.250,00
11/10/2023	TRANSF ENTRE CONTAS 15287128000155 IGOR ELIAS GH	SI01275	-23.462,50	84.787,50
11/10/2023	DEBITO TED/IB 18792637000123 IZA PIAZZA E CIA LT	I00242	-25.000,00	59.787,50
11/10/2023	ESTORNO TARIFA	TED	12,00	59.799,50
11/10/2023	DOC/TED INTERNET PJ		-2,00	59.797,50
11/10/2023	DOC/TED INTERNET PJ		-2,00	59.795,50
11/10/2023	DOC/TED INTERNET PJ		-2,00	59.793,50
13/10/2023	DEBITO TED/IB 29881807000162 PALLUDO E ALGAYER L	I00079	-25.000,00	34.793,50
13/10/2023	DEBITO TED/IB 31671349000189 SERVICOS MEDICOS T3	I00080	-20.000,00	14.793,50
13/10/2023	DEBITO TED/IB 31671349000189 SERVICOS MEDICOS T3	I00155	-14.787,50	6,00
13/10/2023	DOC/TED INTERNET PJ		-2,00	4,00
13/10/2023	DOC/TED INTERNET PJ		-2,00	2,00
13/10/2023	DOC/TED INTERNET PJ		-2,00	0,00

Saldo da Conta

Saldo em 16/10/2023

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

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 202300000000162	
CNPJ / CPF Inscrição Estadual Inscrição Municipal 21.804.490/0001-59 **** 90609			Data do Serviço 11/10/2023	Código Verificador 06613d643

 MUNICÍPIO DE SOLEDADE/RS Secretaria Municipal da Fazenda Fone: (54) 3381-9010 - soledade-portais.govcloud.com.br/NFSe.Portal	Dt. de Emissão 11/10/2023	Exigibilidade ISS Exigível	Tributado no Município Soledade/RS
---	-------------------------------------	-------------------------------	---------------------------------------

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

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

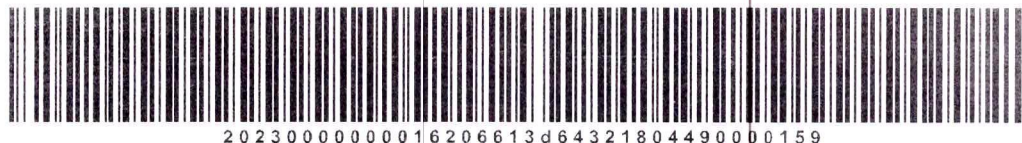
DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	VALOR TOTAL	ALIQ.	VALOR IMPOSTO	RETIDO
REFERENTE A PLANTÃO PA 08/23; Aliquota Efetiva: 2,000000000000%.	40.000,00	2,00	800,00	Não

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/PASFP 0,00	PIS/PASFP Impto. taxam 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 da NFS-e 40.000,00	Valor Líquido da NFS-e 40.000,00	Valor Total do ISSQN 800,00	Valor Dedução Descontos 0,00

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 11/10/2023 às 11:43:46.

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



20230000000016206613d64321804490000159

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 202300000000162 Competência 11/10/2023 NFS-e 06613d643	Número de Controle do Município
--	---	---	---------------------------------

Consulta realizada em 11/10/2023 às 11:43:46.

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

**Associado:** HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE**Cooperativa:** 0247**Conta Corrente:** 18089-4**Impresso em** 11/10/2023 13:21:23**TED Outra Titularidade**

Solicitante: ADAIRTO
Cooperativa Origem: 0247
Conta Origem: 18089-4
Número de Controle: 2009733101
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: 11/10/2023
Hora Transferência: 13:20:50
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: 7723.71F2.A888.E0F1.1980.96A9.CFC9.58EB

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

* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.

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

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

SAC 0800 724 7220
Ouvidoria 0800 646 2519

Atendimento aos deficientes auditivos ou de fala 0800 724 0525

Nota Fiscal de Serviço Eletrônica

CLINICA MÉDICA TATIM LTDA. *** AV. AV. PINHEIRO MACHADO, 952 - SALA 206 - GALERIA SIDNEY BORGES CEP: 99300-000 - Bairro: CENTRO Município: Soledade - RS E-mail: escritoriobrum@yahoo.com.br Fone: (54) 3381-1278			Número da NFS-e 202300000000447	
CNPJ / CPF Inscrição Estadual Inscrição Municipal 12.560.518/0001-69 ISENTO 7390			Data do Serviço 11/10/2023	Código Verificador 1056c44b2

 MUNICÍPIO DE SOLEDADE/RS Secretaria Municipal da Fazenda Fone: (54) 3381-9010 - soledade-portais.govcloud.com.br/NFSe.Portal	Dt. de Emissão 11/10/2023	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
referente sobreaviso de agosto 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
IOF 0,00	IPI 0,00	PIS/PASEP 0,00	PIS/PASEP Importação 0,00
Base Cálculo ISSQN Proprio 0,00	Valor do ISSQN Proprio 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 11/10/2023 às 10:47:16.
 Para consultar a autenticidade acesse: soledade-portais.govcloud.com.br/NFSe.Portal



2023000000004471056c44b212560518000169

Recebi(emos) de CLINICA MÉDICA TATIM LTDA. os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado. _____ Data Identificação e assinatura do receptor	Número da NFS-e 202300000000447 Competência 11/10/2023 NFS-e 1056c44b2	Número de Controle do Município 
---	---	--

Consulta realizada em 11/10/2023 às 10:47:16.
 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** 11/10/2023 13:21:24**TED Outra Titularidade**

Solicitante: ADAIRTO
Cooperativa Origem: 0247
Conta Origem: 18089-4
Número de Controle: 2009733562
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: 11/10/2023
Hora Transferência: 13:20:49
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: 4BD8.3338.EE5A.A15D.436E.6FF9.740A.7B75

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

* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.

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

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

SAC 0800 724 7220
Ouvidoria 0800 646 2519

Atendimento aos deficientes auditivos ou de fala 0800 724 0525

Nota Fiscal de Serviço Eletrônica

IGOR ELIAS GHELLER & CIA LTDA CLÍNICA GHELLER RUA QUINTINO BOCAIUVA, 643 - SALA 02 CEP: 99300-000 - Bairro: CENTRO Município: Soledade - RS E-mail: denilson.tonezer@terra.com.br Fone: (00) 0000-0000			Número da NFS-e 202300000000754	
CNPJ / CPF Inscrição Estadual Inscrição Municipal 15.287.128/0001-55 ISENTA 7908			Data do Serviço 11/10/2023	Código Verificador d6c7e3e2a

 MUNICÍPIO DE SOLEDADE/RS Secretaria Municipal da Fazenda Fone: (54) 3381-9010 - soledade-portais.govcloud.com.br/NFSe.Portal	Dt. de Emissão 11/10/2023	Exigibilidade ISS Exigível	Tributado no Município Soledade/RS
---	-------------------------------------	-------------------------------	---------------------------------------

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

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

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	VALOR TOTAL	ALIQ.	VALOR IMPOSTO	RETIDO
SOBREAVISO REFERENTE AO MES DE AGOSTO DE 2023.	25.000,00	3,00	750,00	Não

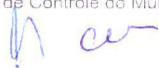
Código do Serviço 04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.		Código NBS *****	
CIDE 0,00	COFINS 750,00	COFINS Importação 0,00	ICMS 0,00
IOF 0,00	IPI 0,00	PIS/PASEP 162,50	PIS/PASEP Importação 0,00
Base Cálculo ISSQN 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 11/10/2023 às 13:08:40.
 Para consultar a autenticidade acesse: soledade-portais.govcloud.com.br/NFSe.Portal



202300000000754d6c7e3e2a15287128000155

Receb(emos) de IGOR ELIAS GHELLER & CIA LTDA	Número da NFS-e 202300000000754	Número de Controle do Município 
os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado.	Competência 11/10/2023	
Data ____/____/____	NFS-e d6c7e3e2a	

Consulta realizada em 11/10/2023 às 13:08:40.
 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 11/10/2023 13:21:27

Transferência entre Contas do Sicredi

Solicitante: ADAIRTO
Cooperativa Origem: 0247
Conta Origem: 18089-4
Número de Controle: 2009734074
Cooperativa Destino: 247
Conta Destino: 51212-5
Favorecido: IGOR ELIAS GHELLER E CIA LTDA ME
Origem dos Recursos: Conta Corrente
Data da Transferência: 11/10/2023
Hora da Transferência: 13:20:48
Valor Transferido (R\$): 23.462,50
Motivo da Transferência: PAGTO HONORARIOS MEDICOS
Autenticação Eletrônica: F704.5B61.4075.0E76.DF59.0465.FA31.1EA7

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

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

Nota Fiscal de Serviço Eletrônica

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 202300000000243	
CNPJ / CPF Inscrição Estadual Inscrição Municipal 18.792.637/0001-23 ISENTO 47811			Data do Serviço 11/10/2023	Código Verificador 012f58135

 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
	11/10/2023	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 financeirohcfco@gmail.com		Soledade/RS	

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

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	VALOR TOTAL	ALIQ.	VALOR IMPOSTO	RETIDO
PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS REFERENTE A SOBRE AVISO DE AGOSTO/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 *****	
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 do ISSQN 0,00 Valor Redução/Descontos 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 11/10/2023 às 11:02:48.
 Para consultar a autenticidade acesse: soledade-portais.govcloud.com.br/NFSe,Portal



Recebi(emos) de IZA PIAZZA & CIA LTDA os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado. _____ Data Identificação e assinatura do recebedor	Número da NFS-e 202300000000243 Competência 11/10/2023 NFS-e 012f58135	Número de Controle do Município 
---	---	--

Consulta realizada em 11/10/2023 às 11:02:48.
 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** 11/10/2023 13:21:25**TED Outra Titularidade**

Solicitante: ADAIRTO
Cooperativa Origem: 0247
Conta Origem: 18089-4
Número de Controle: 2009733919
Instituição: BANCO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL S.A
Cooperativa/Agência: 418
Tipo de Conta Destino: Conta Corrente
Conta Destino: 0604216600
Favorecido: IZA PIAZZA E CIA LTDA
CPF/CNPJ: 18.792.637/0001-23
Data Transferência: 11/10/2023
Hora Transferência: 13:20:50
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: DCBA.C258.8CE5.67E3.8808.E99D.E878.4D40

* 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 202300000000358	
CNPJ / CPF Inscrição Estadual Inscrição Municipal 29.881.807/0001-62 ISENT0 5024758			Data do Serviço 11/10/2023	Código Verificador da55ac3c0

 MUNICÍPIO DE SOLEDADE/RS Secretaria Municipal da Fazenda Fone: (54) 3381-9010 - soledade-portais.govcloud.com.br/NFSe.Portal	Dt. de Emissão 11/10/2023	Exigibilidade ISS Exigível	Tributado no Município Soledade/RS
---	-------------------------------------	-------------------------------	---------------------------------------

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

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

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	VALOR TOTAL	ALIQ.	VALOR IMPOSTO	RETIDO
referente sobreaviso 08/23.	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 Próprio 25.000,00 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 25.000,00		Valor Líquido da NFS-e 25.000,00	
Informações Adicionais Reg. Especial de Tributação: Estimativa Fixa Lei 12741/2012: Mun: R\$522,50; Est: R\$0,00; Fed: R\$3362,50; Total Aprox: R\$3885,00. Fonte: IBPT.			

Consulta realizada em 11/10/2023 às 14:26:30.
 Para consultar a autenticidade acesse: soledade-portais.govcloud.com.br/NFSe.Portal



202300000000358da55ac3c029881807000162

Recebi(emos) de PALLUDO & ALGAYER LTDA os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado. _____ Data Identificação e assinatura do receptor	Número da NFS-e 202300000000358 Competência 11/10/2023 NFS-e da55ac3c0	Número de Controle do Município
---	---	---------------------------------

Consulta realizada em 11/10/2023 às 14:26:30.
 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 13/10/2023 09:13:29

TED Outra Titularidade

Solicitante: ADAIRTO
Cooperativa Origem: 0247
Conta Origem: 18089-4
Número de Controle: 2010962165
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: 13/10/2023
Hora Transferência: 09:11:16
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: 0A72.4650.988D.AAB6.CBAE.CCA1.ECF4.C3B4

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

* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.

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

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

SAC 0800 724 7220
Ouvidoria 0800 646 2519

Atendimento aos deficientes auditivos ou de fala 0800 724 0525

**Associado:** HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE**Cooperativa:** 0247**Conta Corrente:** 18089-4**Impresso em** 13/10/2023 09:13:28**TED Outra Titularidade**

Solicitante: ADAIRTO
Cooperativa Origem: 0247
Conta Origem: 18089-4
Número de Controle: 2010961394
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: 13/10/2023
Hora Transferência: 09:11:16
Valor a Transferir (R\$): 20.000,00
Finalidade: Credito Em Conta
Motivo Transferência: PAGTO HONORARIOS MEDICOS
Identificador: 97.503.676/0001-30
Tarifa (R\$): 2,00
Autenticação Eletrônica: 7181.66EC.D0EF.8ACD.1A9B.229D.AD86.66A2

* 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.

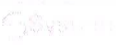
Serviços por telefone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas)

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 107	
		SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA		Data e Hora de Emissão 13/10/2023 10:47:52	
		NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e		Código de Verificação 6264.3B07	
Competência 13/10/2023		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	
		Telefone (54)8448-0207		Inscrição Estadual ISENTO	
		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	
		Email financeiro.hcfc@gmail.com		Telefone	
DISCRIMINAÇÃO DO(S) SERVIÇO					
Discriminação		Valor do Serviço		Descontos(R\$)	
Referente plantão 08/23		14.787,50		3,00	
Valor do(s) Serviço(s)(R\$)		Valor Dedução(R\$)		Valor do ISS(R\$)	
14.787,50				443,63	
Alíquota(%)		Valor do ISS(R\$)		Valor do ISS Retido(R\$)	
3,00		443,63			
RETENÇÕES FEDERAIS					
Imposto de Renda(R\$)		PIS(R\$)		COFINS(R\$)	
				CSLL(R\$)	
				INSS(R\$)	
				Outras Retenções(R\$)	
TOTAIS					
Total do(s) Serviço(s)(R\$)		Total Líquido(R\$)			
14.787,50		14.787,50			
Código de Classificação de Serviços					
04.03 Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.					
OUTRAS INFORMAÇÕES					
A Autenticidade desta NFS-e pode ser verificada no site http://www.baraodecotegipe.rs.gov.br , item NFS-e, menu Consulta de Autenticidade da NFS-e.					
Valor Aproximado Tributos : Federal = R\$ 1.988,92 (13,45%) Municipal = R\$ 309,06 (2,09%) Fonte: IBPT					
Data e Hora da Impressão: 13/10/2023 10:47:57					
Recebemos de SERVIÇOS MÉDICOS T3 LTDA o(s) Serviço(s) da NFS-e indicada ao lado.				NFS-e Nº 107	
Emissão 13/10/2023 Tomador HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE Total Líquido : R\$ 14.787,50					
Data de Recebimento		Identificação e Assinatura do Recebedor			
					
Desenvolvido por: 					

**Associado:** HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE**Cooperativa:****Conta Corrente:****Impresso em** 13/10/2023 - 11:01:06

Vencimento 13/10/2023 | Valor R\$ 14.787,50

Status Geral: **Autorizado**

TED Outra Titularidade

Solicitante: CARLOS

Cooperativa Origem: 0247

Conta Origem: 18089-4

Número de Controle: 2011241909

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: 13/10/2023

Hora Transferência: 11:01:06

Valor a Transferir (R\$): 14.787,50

Finalidade: Credito Em Conta

Motivo Transferência: PAGTO HONORARIOS MEDICOS

Identificador: 97.503.676/0001-30

Tarifa (R\$): 2,00

Autenticação Eletrônica: 1F09.46AA.ACFA.5405.2A85.2021.A964.FE49

Autorizadores:

ADAIRTO ANGELO FORTI - 97503676000130 - Autorizado

CARLOS ALBERTO ROCHA - 97503676000130 - Autorizado

Status

Definido como: Autorizado

Total: **R\$ 14.787,50**

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

* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.

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

Serviços por telefone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas)

0800 724 4770 (Demais Regiões)

SAC 0800 724 7220

Ouvidoria 0800 646 2519

Atendimento aos deficientes auditivos ou de fala 0800 724 0525



Associado: HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE

Cooperativa: 0247

Conta Corrente: 18089-4

Impresso em 21/11/2023 08:20:38

Extrato

Dados referentes ao período 01/11/2023 a 21/11/2023.

Data	Descrição	Documento	Valor (R\$)	Saldo (R\$)
	SALDO			0,00
10/11/2023	TED 87738530000110 PM SOLEDADE -FUS	243704	172.500,00	172.500,00
13/11/2023	DEBITO TED/IB 12560518000169 CLINICA MEDICA TATI	I00493	-24.250,00	148.250,00
13/11/2023	DOC/TED INTERNET PJ		-2,00	148.248,00
13/11/2023	TRANSF ENTRE CONTAS 15287128000155 IGOR ELIAS GH	SI03071	-23.462,50	124.785,50
14/11/2023	DEBITO TED/IB 18792637000123 IZA PIAZZA E CIA LT	I00114	-25.000,00	99.785,50
14/11/2023	DEBITO TED/IB 21804490000159 ANA C. NAZARI SAUDE	I00115	-25.000,00	74.785,50
14/11/2023	DOC/TED INTERNET PJ		-2,00	74.783,50
14/11/2023	DOC/TED INTERNET PJ		-2,00	74.781,50
16/11/2023	DEBITO TED/IB 29881807000162 PALLUDO E ALGAYER L	I00454	-25.000,00	49.781,50
16/11/2023	TRANSF ENTRE CONTAS 27922468000190 MPM SERVICOS	SI01393	-25.000,00	24.781,50
16/11/2023	DOC/TED INTERNET PJ		-2,00	24.779,50
20/11/2023	ESTORNO TARIFA	03	10,00	24.789,50
20/11/2023	DEBITO TED/IB 43333246000198 TS SULZBACH SERVICO	I00577	-24.787,16	2,34
20/11/2023	DOC/TED INTERNET PJ		-2,00	0,34

Saldo da Conta

Saldo em 21/11/2023

Saldo atual (disponível em conta)	R\$ 0,34
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

Assinado

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: escritorioibrum@yahoo.com.br
Fone: (54) 3381-1278



Número da NFS-e

202300000000450

Data do Serviço

13/11/2023

Código Verificação

d495158

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

13/11/2023

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

referente sobreaviso 09/2023

VALOR TOTAL

25.000,00

ALIQ.

3,00

VALOR IMPOSTO

750,00

RETI

Sim

Código do Serviço

04.01 - Medicina e biomedicina.

Código NBS

QDE

0,00

COFINS

0,00

COFINS Importação

0,00

ICMS

0,00

IOF

0,00

IPI

0,00

PIS/PASEP

0,00

PIS/PASEP Import

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 13/11/2023 às 15:38:52.

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



202300000000450d495158c012560518000169

Recebi(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

202300000000450

Competência

13/11/2023

NFS-e

d495158c0

Número de Controle do Município

[Handwritten signature]

Consulta realizada em 13/11/2023 às 15:38:52.

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** 14/11/2023 09:13:54**TED Outra Titularidade**

Solicitante: CARLOS
Cooperativa Origem: 0247
Conta Origem: 18089-4
Número de Controle: 2051722107
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: 13/11/2023
Hora Transferência: 16:47:45
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: B3D4.2A4F.0A31.0C9F.79F1.CAFD.D2F9.8DC1

* 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 202300000000767	
CNPJ / CPF Inscrição Estadual Inscrição Municipal 15.287.128/0001-55 ISENTA 7908			Data do Serviço 13/11/2023	Código Verific. 561eb41

 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
	13/11/2023	Exigível	Soledade/RS

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

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

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	VALOR TOTAL	ALIQ.	VALOR IMPOSTO	RETI
referente a sobreaviso de setembro 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	COFINS	COFINS Importação	ICMS
0,00	750,00	0,00	0,00
IOF	IPI	PIS/PASEP	PIS/PASEP Import
0,00	0,00	162,50	0,00
Base Cálculo ISSQN Próprio	Valor do ISSQN Próprio	Base Cálculo ISSQN Retido	Valor do ISSQN Retido
25.000,00	750,00	0,00	0,00
Valor Total da NFS-e	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 13/11/2023 às 16:24:43.
 Para consultar a autenticidade acesse: soledade-portais.govcloud.com.br/NFSe.Portal



202300000000767561eb4fef15287128000155

Recebi(emos) de IGOR ELIAS GHELLER & CIA LTDA os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado. ____/____/____ Data	Identificação e assinatura do recebedor	Número da NFS-e 202300000000767 Competência 13/11/2023 NFS-e 561eb4fef	Número de Controle do Município 
---	---	---	--

Consulta realizada em 13/11/2023 às 16:24:43.
 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** 14/11/2023 09:13:55

Transferência entre Contas do Sicredi

Solicitante: CARLOS
Cooperativa Origem: 0247
Conta Origem: 18089-4
Número de Controle: 2052007736
Cooperativa Destino: 247
Conta Destino: 51212-5
Favorecido: IGOR ELIAS GHELLER E CIA LTDA ME
Origem dos Recursos: Conta Corrente
Data da Transferência: 13/11/2023
Hora da Transferência: 18:30:43
Valor Transferido (R\$): 23.462,50
Motivo da Transferência: PAGTO HONORARIOS MEDICOS
Autenticação Eletrônica: 82C4.69EF.684D.D0FC.C21E.6D0F.0A17.E916

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

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

Nota Fiscal de Serviço Eletrônica

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 202300000000245	
CNPJ / CPF Inscrição Estadual Inscrição Municipal 18.792.637/0001-23 ISENT0 47811			Data do Serviço 13/11/2023	Código Verificação 7c8b469

 MUNICÍPIO DE SOLEDADE/RS Secretaria Municipal da Fazenda Fone: (54) 3381-9010 - soledade-portais.govcloud.com.br/NFSe.Portal	Dt. de Emissão 13/11/2023	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	RETENÇÃO
SERVIÇOS REFERENTE SOBRE AVISO 09/2023.	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 *****	
ICMS 0,00	COFINS 0,00	COFINS Importação 0,00	ICMS 0,00
IOF 0,00	PIS/PASEP 0,00	PIS/PASEP Import 0,00	PIS/PASEP Import 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 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 13/11/2023 às 16:58:10.

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



2023000000002457c8b469e418792637000123

Recebi(emos) de IZA PIAZZA & CIA LTDA os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado. ____/____/____ Data	Identificação e assinatura do receptor	Número da NFS-e 202300000000245 Competência 13/11/2023 NFS-e 7c8b469e4	Número de Controle do Município 
---	--	---	--

Consulta realizada em 13/11/2023 às 16:58:10.

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** 14/11/2023 10:20:54**TED Outra Titularidade**

Solicitante: CARLOS
Cooperativa Origem: 0247
Conta Origem: 18089-4
Número de Controle: 2052944353
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: 14/11/2023
Hora Transferência: 10:20:03
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: 98BA.DF05.3E4B.518D.0FEA.3734.1E58.E81E

* 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

CNPJ / CPF

21.804.490/0001-59

Inscrição Estadual

Inscrição Municipal

90609



Número da NFS-e

202300000000170

Data do Serviço

13/11/2023

Código Verific.

e5aa8dc



MUNICÍPIO DE SOLEDADE/RS

Secretaria Municipal da Fazenda

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

Dt. de Emissão

13/11/2023

Exigibilidade
ISS

Exigível

Tributado no Município

Soledade/RS

TOMADOR DO SERVIÇO

Município de Prestação do Serviço

Nome - Razão Social

HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE

Endereço

AV. AV. PINHEIRO MACHADO, 828

Cidade

Soledade

UF

RS

Fone

(54) 3381-1244

CEP

99300-000

Bairro

CENTRO

CNPJ / CPF

97.503.676/0001-30

Inscrição Municipal

3575

Inscrição Estadual

1370031898

E-mail

financeirohcf@gmail.com

Soledade/RS

INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO

Nome - Razão Social

CNPJ / CPF

Inscrição Municipal

E-mail

Fone

Cidade

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

VALOR TOTAL

ALIQ.

VALOR IMPOSTO

RETEN

REFERENTE A HONORÁRIOS MÉDICOS PA 09/23; Aliquota Efetiva: 2,000000000000%.

25.000,00

2,00

500,00

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 Import

0,00

Base Cálculo ISSQN Próprio

25.000,00

Valor do ISSQN Próprio

500,00

Base Cálculo ISSQN Retido

0,00

Valor do ISSQN Retido

0,00

Valor Total do ISSQN

500,00

Valor Dedução/Descontos

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 13/11/2023 às 16:10:20.

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



202300000000170e5aa8dc5921804490000159

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

202300000000170

Competência

13/11/2023

NFS-e

e5aa8dc59

Número de Controle do Município

2

Consulta realizada em 13/11/2023 às 16:10:20.

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

**Associado:** HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE**Cooperativa:** 0247**Conta Corrente:** 18089-4**Impresso em** 14/11/2023 10:20:53**TED Outra Titularidade**

Solicitante: CARLOS
Cooperativa Origem: 0247
Conta Origem: 18089-4
Número de Controle: 2052944938
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: 14/11/2023
Hora Transferência: 10:20:05
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: 0258.4BE1.FB0D.599D.BDF6.808A.FE7F.94F7

* 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

202300000000361

Data do Serviço

15/11/2023

Código Verificação

ff90d5a1

CNPJ / CPF

29.881.807/0001-62

Inscrição Estadual

ISENTO

Inscrição Municipal

5024758



MUNICÍPIO DE SOLEDADE/RS

Secretaria Municipal da Fazenda

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

Dt. de Emissão

15/11/2023

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

RETEN.

referente sobreaviso 09/23.

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 Import

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 do ISSQN

0,00

Valor Dedução/Descontos

0,00

Valor Total da NFS-e

25.000,00

Valor Líquido da NFS-e

25.000,00

Informações Adicionais

Reg. Especial de Tributação: Estimativa Fixa

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



Consulta realizada em 15/11/2023 às 10:43:53.

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



202300000000361ff90d5a5029881807000162

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

202300000000361

Competência

15/11/2023

NFS-e

ff90d5a50

Número de Controle do Município

Consulta realizada em 15/11/2023 às 10:43:53.

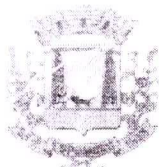
Para consultar a autenticidade acesse: soledade-portais.govcloud.com.br/NFSe.Portal

**Associado:** HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE**Cooperativa:** 0247 **Conta Corrente:** 18089-4 **Impresso em** 16/11/2023 13:24:35**TED Outra Titularidade**

Solicitante: CARLOS
Cooperativa Origem: 0247
Conta Origem: 18089-4
Número de Controle: 2054842935
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: 16/11/2023
Hora Transferência: 13:24:09
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: 66AF.4C83.34DB.21EE.4DB1.42CC.2F65.2276

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

Serviços por telefone 3003.4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
0800 724 4770 (Demais Regiões)
SAC 0800 724 7220
Ouvidoria 0800 646 2519
Atendimento aos deficientes auditivos ou de fala 0800 724 0525



PREFEITURA MUNICIPAL DE ESPUMOSO - RS
SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

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



Número da Nota Fiscal Série E

02300000004315

Código de Verificação de Autenticidade

OFLL-GP0R

Data e Hora de Emissão da NFS-e

10/10/2023 08:44:27

Informações Fiscais

Exigibilidade do ISS Exigível (Tributado)	Município da Incidência do ISS Espumoso/RS	Número do Processo
Número do RPS	Série do RPS	Data de Emissão do RPS
		Data da Competência 10/10/2023

Chave de Acesso



027922468000190202300000004315

Prestador de Serviços

CPF/CNPJ 27.922.468/0001-90	Insc. Estadual	Insc. Municipal 41686	Nome/Razão Social MPM - SERVIÇOS MEDICOS LTDA - ME
Número 151	Endereço RUA DR FLORES	Complemento CASA CONSULTÓRIO	Bairro CENTRO
CEP 99400-000	Cidade/UF Espumoso/RS	Telefone (54) 99999-2467	E-mail ello_contabilidade@yahoo.com.br

Tomador de Serviços

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

Descrição do Serviço Prestado

SERVIÇOS PRESTADOS REF. O MES DE SETEMBRO.

DR GERSON R. MACHADO.

Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS

Item da LC 116/2003 4.01 - Medicina e biomedicina.				Alíquota (%) 3,09	Atividade no Município 18540	Código CNAE 86.30-5.02
Valor Total dos Serviços R\$ 25.000,00	Desconto Incondicionado R\$ 0,00	Deduções Base de Cálculo R\$ 0,00	Base de Cálculo R\$ 25.000,00	ISS SIMPLES NACIONAL	ISS Retido Não	Desconto Condicionado R\$ 0,00

Retenções de Impostos

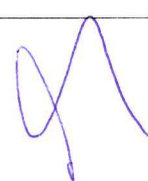
PIS R\$ 0,00	COFINS R\$ 0,00	INSS R\$ 0,00	IRRF R\$ 0,00	CSSL R\$ 0,00	ISS R\$ 0,00	Outras Retenções R\$ 0,00
-----------------	--------------------	------------------	------------------	------------------	-----------------	------------------------------

Valor Líquido da Nota Fiscal de Serviços

R\$ 25.000,00

Informações Complementares

- A autenticidade desta NFS-e está sujeita a verificação através do sitesim.digifred.net.br/espumoso.
- Esta NFS-e foi emitida com respaldo da Lei Nº Dec. 2.966/2015.
- Data de vencimento do ISS desta NFS-e em: 15/11/2023.
- Empresa optante pelo Simples Nacional cfe. Lei Complementar nº 123, de 14 de dezembro de 2006 e/ou alterações posteriores.
- Documento emitido por ME ou EPP ou MEI optante pelo Simples..
- Não gera direito a Crédito Fiscal de ISS.


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

**Associado:** HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE**Cooperativa:** 0247**Conta Corrente:** 18089-4**Impresso em** 16/11/2023 13:24:36

Transferência entre Contas do Sicredi

Solicitante: CARLOS
Cooperativa Origem: 0247
Conta Origem: 18089-4
Número de Controle: 2054837172
Cooperativa Destino: 218
Conta Destino: 24622-0
Favorecido: MPM SERVICOS MEDICOS LTDA ME
Origem dos Recursos: Conta Corrente
Data da Transferência: 16/11/2023
Hora da Transferência: 13:24:10
Valor Transferido (R\$): 25.000,00
Motivo da Transferência: PAGTO HONORARIOS MEDICOS
Autenticação Eletrônica: 779D.8DC0.E2B4.015B.5FA1.4EFC.65A2.0839

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

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



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE LAJEADO



NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFSe

Número da Nota	Data e Hora da Emissão	Competência	Código de Verificação
202377	20/11/2023 às 11:57:00	20/11/2023	127237328

PRESTADOR DO SERVIÇO

Nome ou Razão Social: TS SULZBACH SERVICOS MEDICOS LTDA

Telefone: 5581000295

CNPJ: 43.333.246/0001-98

Inscrição Municipal: 53802

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

CEP: 95900-106

Município/UF: LAJEADO/RS

E-mail:

TOMADOR DO SERVIÇO

Nome ou Razão Social: HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE

Telefone:

CNPJ: 97.503.676/0001-30

Inscrição Municipal: 47946

Endereço: AVENIDA PINHEIRO MACHADO, 828, - CENTRO

CEP: 99300-000

Município/UF: SOLEDADE/RS

E-mail:

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Referente aos serviços médicos - especialidade Ginecologia e Obstetrícia - prestados no mês de Outubro de 2023, conforme Contrato Administrativo nº 01/2023, na modalidade de Plantão de Sobreaviso Obstétrico, para 744 horas mensais. Serviços médicos e ambulatoriais, consultas médicas de urgência e emergência, procedimentos médicos.

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

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

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

Município da Prestação de Serviço: SOLEDADE

Construção Civil:

Matrícula CEF:

Intermediário dos Serviços:

VALOR NOTA FISCAL

Valor dos Serviços	Descontos	Retenções	ISS Retido na Fonte	Valor Líquido da Nota
RS 27.374,00	(-) R\$ 0,00	(-) R\$ 2.586,84	RS 0,00	RS 24.787,16

CÁLCULO DO ISS

Valor dos Serviços	Deduções	Descontos Incondicionados	Base de Cálculo do ISS	Alíquota	Valor do ISS
RS 27.374,00	(-) R\$ 0,00	(-) R\$ 0,00	RS 27.374,00	(%) 2,50 %	RS 684,35

OBSERVAÇÕES

Retenções:

PIS: R\$ 177,93; COFINS: R\$ 821,22; CSLL: R\$ 273,74; IRRF: R\$ 1.313,95; INSS: R\$ 0,00; Outras Retenções: R\$ 0,00

**Associado:** HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE**Cooperativa:** 0247**Conta Corrente:** 18089-4**Impresso em** 20/11/2023 14:34:02**TED Outra Titularidade**

Solicitante: ADAIRTO
Cooperativa Origem: 0247
Conta Origem: 18089-4
Número de Controle: 2060165837
Instituição: UNICRED
Cooperativa/Agência: 1161
Tipo de Conta Destino: Conta Corrente
Conta Destino: 1348760
Favorecido: TS SULZBACH SERVICOS MEDICOS LTDA
CPF/CNPJ: 43.333.246/0001-98
Data Transferência: 20/11/2023
Hora Transferência: 14:33:30
Valor a Transferir (R\$): 24.787,16
Finalidade: Credito Em Conta
Motivo Transferência: PAGTO HONORARIOS MEDICOS
Identificador: 00.568.811/0001-93
Tarifa (R\$): 2,00
Autenticação Eletrônica: E968.273D.50AA.11D4.7FA2.B883.A5B2.F0C4

* 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