



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. 404/2023

Soledade/RS, 01 de dezembro de 2023

À

Secretaria de Saúde de Soledade – RS

Sr. Secretário de Saúde

Na oportunidade em que cumprimos Vossa Senhoria, estamos encaminhando a nota fiscal N° 76533, no valor de **R\$ 172.500,00** (cento e setenta e dois mil e quinhentos reais), referente a serviços prestados no mês de **NOVEMBRO/2023** + nota fiscal N° 76534, no valor de R\$ 172.500,00 (cento e setenta e dois mil e quinhentos reais), referente a serviços prestados no mês de **DEZEMBRO/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 DEZEMBRO 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 202300000076533	
CNPJ / CPF 97.503.676/0001-30		Inscrição Estadual 1370031898		Inscrição Municipal 3575	
		Data do Serviço 01/12/2023		Código Verificador 88cd9e89a	

 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
	01/12/2023	Isenção	Soledade/RS

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

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

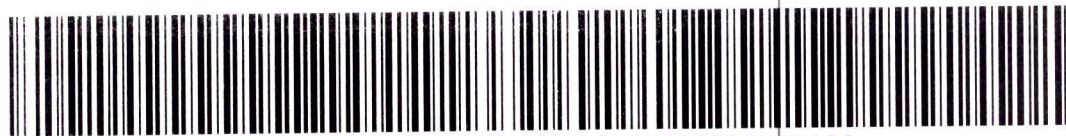
DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	VALOR TOTAL	ALIQ.	VALOR IMPOSTO	RETIDO
REFERENTE A SERVIÇOS PRESTADOS NO MÊS DE NOVEMBRO/2023. OBSERVAÇÃO: CONTA PARA PAGAMENTO BANCO: 748 AGÊNCIA: 0247 CONTA: 18089-4	172.500,00	0,00	0,00	Não

Código do Serviço 04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.		Código NBS *****	
CIDE 0,00	COFINS 0,00	COFINS Importação 0,00	ICMS 0,00
Base Cálculo ISSQN Próprio 172.500,00	Valor do ISSQN Próprio 0,00	Base Cálculo ISSQN Retido 0,00	Valor do ISSQN Retido 0,00
Valor Total da NFS-e 172.500,00		Valor Líquido da NFS-e 172.500,00	

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

Consulta realizada em 01/12/2023 às 09:19:50.

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



20230000007653388cd9e89a97503676000130

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 202300000076533 Competência 01/12/2023 NFS-e 88cd9e89a	Número de Controle do Município 91
--	--	---	---------------------------------------

Consulta realizada em 01/12/2023 às 09:19:50.

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

Nota Fiscal de Serviço Eletrônica

HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE HOSPITAL FREI CLEMENTE AV. AV. PINHEIRO MACHADO, 828 CEP: 99300-000 - Bairro: CENTRO Município: Soledade - RS E-mail: financeirohcfrc@gmail.com Fone: (54) 3381-1244			Número da NFS-e 202300000076534	
CNPJ / CPF Inscrição Estadual Inscrição Municipal 97.503.676/0001-30 1370031898 3575			Data do Serviço 01/12/2023	Código Verificador 3f570182a

 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
	01/12/2023	Isenção	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 Inscrição Municipal Inscrição Estadual 87.738.530/0001-10 6820 E-mail fiscalizacao@soledade.rs.gov.br		Soledade/RS	

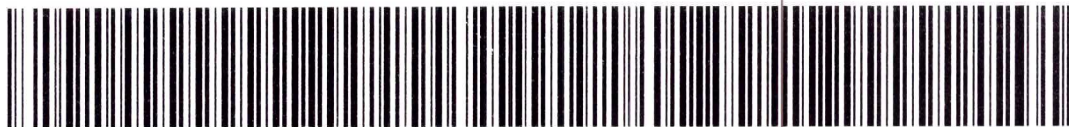
INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO			
Nome / Razão Social *****		CNPJ / CPF *****	
E-mail		Fone *****	

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	VALOR TOTAL	ALIQ.	VALOR IMPOSTO	RETIDO
REFERENTE A SERVIÇOS PRESTADOS NO MÊS DE DEZEMBRO/2023. OBSERVAÇÃO: CONTA PARA PAGAMENTO BANCO: 748 AGÊNCIA: 0247 CONTA: 18089-4	172.500,00	0,00	0,00	Não

Código do Serviço		Código NBS	
04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.		*****	
CIDE	COFINS	COFINS Importação	ICMS
0,00	0,00	0,00	0,00
IOF	IPI	PIS/PASEP	PIS/PASEP Importação
0,00	0,00	0,00	0,00
Base Cálculo ISSQN Proprio	Valor do ISSQN Proprio	Base Cálculo ISSQN Retido	Valor do ISSQN Retido
172.500,00	0,00	0,00	0,00
Valor Total da NFS-e	172.500,00	Valor Líquido da NFS-e	172.500,00

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

Consulta realizada em 01/12/2023 às 09:20:39.
 Para consultar a autenticidade acesse: soledade-portais.govcloud.com.br/NFSe.Portal



2023000000765343f570182a97503676000130

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 202300000076534 Competência 01/12/2023 NFS-e 3f570182a	Número de Controle do Município 
---	---	---	--

Consulta realizada em 01/12/2023 às 09:20:39.
 Para consultar a autenticidade acesse: soledade-portais.govcloud.com.br/NFSe.Portal



RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO OBJETO, ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E METAS

Soledade, 05 de Janeiro de 2024.

A Apresentação do Relatório visa prestar contas, comprovando o cumprimento das metas estipuladas no Convênio 01/2023, firmado em 22/06/2023 entre o Hospital de Caridade Frei Clemente e o Município de Soledade, que segue:

1. O Hospital de Caridade Frei Clemente é uma Entidade privada, de médio porte, Filantrópica-CEBAS, devidamente habilitada junto ao FNS e SICONV. Atualmente, conta com 101 leitos, 177 funcionários e sua Diretoria é composta por pessoas voluntárias (não remuneradas). Mais de 80% dos procedimentos realizados na Instituição são destinados ao SUS.
2. O objeto do Convênio é prestar serviços hospitalares complementares ao Sistema Único de Saúde do Município de Soledade 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.
3. Durante este período, foram realizados 1.625 atendimentos do Pronto Socorro, 12 Cirurgias Gerais, 13 partos normais, 7 cesarianas, bem como tivemos 104 pacientes internados e inúmeros acidentados receberam atendimento na Casa de Saúde. Vale ressaltar que durante o período de 22/06/2023 a 31/12/2023 passaram pelo Hospital de Caridade Frei Clemente 13.139 (treze mil cento e trinta e nove pessoas da cidade de Soledade RS).
4. A casa de saúde agradece a Prefeitura Municipal de Soledade pela parceria e união de esforços para a melhor assistência e maior promoção de saúde da municipalidade.



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

Carlos Alberto Rocha
Presidente do Hospital de Caridade



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

FICHA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Paciente: 18049 - LUIZA ODAIARA PRATES SAME: 12498

CNS: 700808972259583

CPF: 04438774080

RG: 4119770404

RN:

Endereço: NILO PECANHA, 42 -

Bairro: EXPEDICIONARIO

Telefone: 54991532725 54991532725

Cidade: 99300000 - SOLEDADE - RS

Nascimento: 06/02/1999

Idade: 24 anos 8 meses 23 dias

Sexo: FEMININO

Raça: BRANCA

Estado Civil: SOLTEIRO (A)

Peso: 0,00

Altura: 0,00

IMC: 0,00

Convênio: SUS

Matrícula: 700808972259583

Cartão Nacional de Saúde: 700808972259583

Validade: Plano: SUS

Natural de: SOLEDADE

Religião:

Profissão:

Trabalho:

Nome da mãe: VENILDA DA SILVA PRATES

Nome do pai:

Cônjuge:

Responsável: DILA OLGA OLIVEIRA DOS SANTOS

CPF: RG:

Endereço: , -

Bairro:

Cidade: Telefone: 54991356980

Interno: OUTROS

Executante: RODRIGO SOUSA SILVA SANTANA GORDILHO 52269

Caráter de Atendimento: URGENTE

Internação: 01/11/2023 Hora: 23:53:09 Leito: 409- MAT - 409-E

Data da alta: 04/11/2023

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

Diagnostico: PARTO CESARIANO

CID: O820, PARTO POR CESARIANA ELETIVA

Registrante: FERNANDA VASCONCELLOS MORAIS

OBSERVAÇÕES:

TERMO DE RESPONSABILIDADE:

- I - Autorizo este hospital a promover o tratamento clínico ou cirúrgico do paciente acima identificado, bem como realizar as investigações técnicas que forem julgadas necessárias para um perfeito diagnóstico.
- II - Outrossim responsabilizo-me pelo ressarcimento de toda e qualquer despesa MÉDICA E HOSPITALAR que venha a ser realizada decorrente deste internação, que esteja fora de cobertura do convênio pré-estabelecido.
- III - Comprometo-me a desocupar as dependências do hospital após receber a alta hospitalar, e estou ciente que a diária hospitalar encerra-se 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: 45906 - IVANEZ SANTOS DE OLIVEIRA SAME: 57604

CNS: 702602725053043

CPF: 99325160749

RG: 3118089212

RN:

Endereço: RIO BRANCO, 1267 -

Bairro: FARROUPILHA

Telefone: 54984253075 54984253075

Cidade: 99300000 - SOLEDADE - RS

Nascimento: 31/07/1963

Idade: 60 anos 3 meses 6 dias

Sexo: MASCULINO

Raça: BRANCA

Estado Civil: VIUVO (A)

Peso: 0,00

Altura: 0,00

IMC: 0,00

Convênio: SUS

Matrícula: 702602725053043

Cartão Nacional de Saúde: 702602725053043

Validade: Plano: SUS

Natural de: SOLEDADE

Religião: CATOLICO(A)

Profissão:

Trabalho:

Nome da mãe: LIBRANTINA CAMARGO DE OLIVEIRA

Nome do pai: OLMIRO SANTOS DE OLIVEIRA

Cônjuge:

Responsável: ROSIMARA PEDROSO DO CARMO

CPF: 01704654033 RG:

Endereço: , -

Bairro:

Cidade: Telefone: 5499413091

Interpretesco: OUTROS

Executante: TIA GO TRES 44583

Caráter de Atendimento: URGENTE

Internação: 06/11/2023 Hora: 23:27:35 Leito: 408 - 408-A

Data da alta: 09/11/2023

Motivo da Alta: ALTA MELHORADO

Diagnostico: TRATAMENTO DE DERMATITES E ECZEMAS

CID: L308, OUTRAS DERMATITES 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 - 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: 11610 - HENRIQUE MULLER SILVEIRA SAME: 10875

CNS: 898005906064836

CPF: 06206109054

RG:

RN:

Endereço: DOROTHY FERREIRA LEITE, 51 -

Bairro: FONTES

Telefone: 54996022296 54996022296

Cidade: 99300000 - SOLEDADE - RS

Nascimento: 24/02/2019

Idade: 4 anos 8 meses 19 dias

Sexo: MASCULINO

Raça: BRANCA

Estado Civil: SOLTEIRO (A)

Peso: 16,00

Altura: 0,00

IMC: 0,00

Convênio: SUS

Matrícula: 898005906064836

Cartão Nacional de Saúde: 898005906064836

Validade: Plano: SUS

Natural de: SOLEDADE

Religião:

Profissão:

Trabalho:

Nome da mãe: ANA PAULA MULLER

Nome do pai: CLAUCIANDRO ORTIZ SILVEIRA

Cônjuge:

Responsável: ANA PAULA MULLER

CPF:

RG:

Endereço: , -

Bairro:

Cidade:

Telefone: 54996022229

Intendente: MAE

Executante: IGOR ELIAS GHELLER 33599

Caráter de Atendimento: URGENTE

Internação: 15/11/2023 Hora: 22:48:58 Leito: 302 - 302-A

Data da alta: 22/11/2023

Motivo da Alta: ALTA MELHORADO

Diagnostico: APENDICECTOMIA

CID: K359, APENDICITE AGUDA SEM OUTRA ESPECIFICAÇÃO

Registrante: FERNANDA VASCONCELLOS MORAIS

OBSERVAÇÕES:

TERMO DE RESPONSABILIDADE:

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

Assinatura Paciente/Responsável



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

FICHA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Paciente: 1485 - AMANDA PRADO DA SILVA SAME: 14881

CNS: 700804970317582

CPF: 02874355046

RG: 2113459628

RN:

Endereço: MAURICIO CARDOSO, 2223 -

Bairro: CENTRO

Telefone: 54991262634 54992823512

Cidade: 99300000 - SOLEDADE - RS

Nascimento: 26/11/1996

Idade: 26 anos 11 meses 22 dias

Sexo: FEMININO

Raça: BRANCA

Estado Civil: SOLTEIRO (A)

Peso: 0,00

Altura: 0,00

IMC: 0,00

Convênio: SUS

Matrícula: 700804970317582

Cartão Nacional de Saúde: 700804970317582

Validade: Plano: SUS

Natural de: SOLEDADE

Religião:

Profissão:

Trabalho:

Nome da mãe: LUCIRENE DA CUNHA DO PRADO

Nome do pai: VANDERLEI CAMPOS DA SILVA

Cônjuge:

Responsável: LUCIRENE CUNHA DO PRADO

CPF: RG:

Endereço: , -

Bairro:

Cidade:

Telefone: 54991962130

Interprete: MAE

Executante: BRUNA NOJIRI DA SILVA 47112

Caráter de Atendimento: URGENTE

Internação: 18/11/2023 Hora: 08:02:20 Leito: 409- MAT - 409-C

Data da alta: 19/11/2023

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

Diagnostico: PARTO NORMAL

CID: O809, PARTO ÚNICO ESPONTÂNEO, NÃO ESPECIFICADO

Registrante: CRISTIANE ANDRADE DE OLIVEIRA

OBSERVAÇÕES:

TERMO DE RESPONSABILIDADE:

- I - Autorizo este hospital a promover o tratamento clínico ou cirúrgico do paciente acima identificado, bem como realizar as investigações técnicas que forem julgadas necessárias para um perfeito diagnóstico.
- II - Outrossim responsabilizo-me pelo ressarcimento de toda e qualquer despesa MÉDICA E HOSPITALAR que venha a ser realizada decorrente deste internação, que esteja fora de cobertura do convênio pré-estabelecido.
- III - Comprometo-me a desocupar as dependências do hospital após receber a alta hospitalar, e estou ciente que a diária hospitalar encerra-se 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: 461640 - HENRY PRADO DE MORAES SAME: 64290

CNS: 704302557390997

CPF: 01242040072

RG:

RN:

Endereço: MAURICIO CARDOSO, 2223 -

Bairro: CENTRO

Telefone: 54992823512 54992823512

Cidade: 99300000 - SOLEDADE - RS

Nascimento: 18/11/2023

Idade: 6 dias

Sexo: MASCULINO

Raça: BRANCA

Estado Civil: SOLTEIRO (A)

Peso: 0,00

Altura: 0,00

IMC: 0,00

Convênio: SUS

Matrícula: 704302557390997

Cartão Nacional de Saúde: 704302557390997

Validade: Plano: SUS

Natural de: SOLEDADE

Religião:

Profissão:

Trabalho:

Nome da mãe: AMANDA PRADO DA SILVA

Nome do pai: LIZIOMAR DE MORAES

Cônjuge:

Responsável: AMANDA PRADO DA SILVA

CPF: RG:

Endereço: , -

Bairro:

Cidade:

Telefone: 54992823512

Interesse: MAE

Executante: CLEUSA SALETE SCIPIONI DA ROCHA 15770

Caráter de Atendimento: URGENTE

Internação: 24/11/2023 Hora: 10:54:15 Leito: 413 - 413-A

Data da alta: 25/11/2023

Motivo da Alta: ALTA MELHORADO

Diagnóstico: TRATAMENTO DE TRANSTORNOS HEMORRAGICOS E HEMATOLOGICOS DO FETO E DO RECEM-NASCIDO

CID: P580, ICTERÍCIA NEONATAL DEVIDA A CONTUSÕES

Registrante: KEYLA BORGES FLORIANO

OBSERVAÇÕES:

TERMO DE RESPONSABILIDADE:

- I - Autorizo este hospital a promover o tratamento clínico ou cirúrgico do paciente acima identificado, bem como realizar as investigações técnicas que forem julgadas necessárias para um perfeito diagnóstico.
- II - Outrossim responsabilizo-me pelo ressarcimento de toda e qualquer despesa MÉDICA E HOSPITALAR que venha a ser realizada decorrente deste internação, que esteja fora de cobertura do convênio pré-estabelecido.
- III - Comprometo-me a desocupar as dependências do hospital após receber a alta hospitalar, e estou ciente que a diária hospitalar encerra-se às 11 (onze) horas de cada dia, devendo providenciar junto ao médico assistente a alta hospitalar.
- IV - Ocupação dos aposentos por qualquer motivo após este horário, incide na cobrança da diária correspondente.
- 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: 41544 - EVA SANTOS DA SILVA SAME: 53248

CNS: 706708570699619 CPF: 01978790988 RG: RN:

Endereço: CORONEL FALKEMBACH, 1419 -

Bairro: CENTRO Telefone: 54984312773 54981349372

Cidade: 99300000 - SOLEDADE - RS

Nascimento: 13/03/1943 Idade: 80 anos 8 meses 12 dias Sexo: FEMININO Raça: BRANCA Estado Civil: UNIAO ESTAVEL

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

Convênio: SUS Matrícula: 706708570699619 Cartão Nacional de Saúde: 706708570699619

Validade: Plano: SUS

Natural de: SOLEDADE

Religião:

Profissão:

Trabalho:

Nome da mãe: ANA DOS SANTOS BARBOSA

Nome do pai: GUILHERME BARBOSA

Cônjuge:

Responsável: ELY DA SILVA OLIVEIRA CPF: RG:

Endereço: , -

Bairro: Cidade: Telefone: 54981349372

Intenecio: CONJUGE

Executante: JORGE ELI THEISEN 27693

Caráter de Atendimento: URGENTE

Internação: 25/11/2023 Hora: 09:54:08 Leito: 404 - 404-A

Data da alta: 29/11/2023

Motivo da Alta: ALTA MELHORADO

Diagnostico: TRATAMENTO DAS DOENCAS CRONICAS DAS VIAS AEREAS INFERIORES

CID: J440, DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA COM INFECÇÃO RESPIRATÓRIA AGUDA DO TRATO RESPIRATÓRIO INFERIOR

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 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: 51483 - ANTONIO ROMILDO DA SILVA SAME: 63158

CNS: 702401013184421 CPF: 52608905072 RG: RN:

Endereço: VENANCIO AIRES, 655 - AP0402

Bairro: CENTRO

Telefone: 54981179207 54981179207

Cidade: 99300000 - SOLEDADE - RS

Nascimento: 28/06/1973 Idade: 50 anos 5 meses 2 dias Sexo: MASCULINO Raça: BRANCA Estado Civil: UNIAO ESTAVEL

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

Convênio: SUS Matrícula: 702401013184421

Cartão Nacional de Saúde: 702401013184421

Validade: Plano: SUS

Natural de: SOLEDADE

Religião:

Profissão:

Trabalho:

Nome da mãe: FATIMA ZELI DA SILVA

Nome do pai: JUAREZ VITOR DA SILVA

Cônjuge: JUSSELANE ATUNES KULMANN

Responsável: JUSSELANE ANTUNES KULMANN

CPF: 66653690059 RG:

Endereço: , -

Bairro: Cidade: Telefone: 54981179207

Intelecto: CONJUGE

Executante: JORGE ELI THEISEN 27693

Caráter de Atendimento: URGENTE

Internação: 30/11/2023 Hora: 19:18:22 Leito: 403 - 403-C

Data da alta: 06/12/2023

Motivo da Alta: ALTA MELHORADO

Diagnostico: 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 - 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: 11085 - GIZELE FERREIRA DA ROSA SAME: 22128

CNS: 708503324239279 CPF: 00588583006 RG: 1089439821 RN:

Endereço: SEBASTIAO SCHLEINIGER JR, 616 -

Bairro: FONTES Telephone: 54997043942 5433812800

Cidade: 99300000 - SOLEDADE - RS

Nascimento: 31/12/1982 Idade: 40 anos 11 meses 10 dias Sexo: FEMININO Raça: BRANCA Estado Civil: CASADO (A)

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

Convênio: SUS Matrícula: 708503324239279 Cartão Nacional de Saúde: 708503324239279

Validade: Plano: SUS

Natural de: SOLEDADE

Religião:

Profissão:

Trabalho:

Nome da mãe: CELINA FERREIRA PEREIRA

Nome do pai: JOSE INACIO DA ROSA

Cônjuge:

Responsável: DIRLEI PLAINE DUARTE CPF: 01269300075 RG:

Endereço: , -

Bairro: Cidade: Telephone: 54981296780

Antesco: CONJUGE

Executante: ANA CAROLINA SQUEFF DE MATTOS 39211

Caráter de Atendimento: URGENTE

Internação: 10/12/2023 Hora: 06:24:20 Leito: 401-ISOLAMENTO - 401

Data da alta: 12/12/2023

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

Diagnostico: PARTO CESARIANO

CID: O820, PARTO POR CESARIANA ELETIVA

Registrante: FERNANDA VASCONCELLOS MORAIS

OBSERVAÇÕES:

TERMO DE RESPONSABILIDADE:

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

Assinatura Paciente/Responsável



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

FICHA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Paciente: 51155 - EOLITA DORS CORBELLINI SAME: 62833

CNS: 700007194275109 CPF: 35138602004 RG: 9005489481 RN:

Endereço: FARRAPOS, 23 -

Bairro: CENTRO

Telefone: 5433811616 5433811616

Cidade: 99300000 - SOLEDADE - RS

Nascimento: 08/01/1946 Idade: 77 anos 11 meses 3 dias Sexo: FEMININO Raça: BRANCA Estado Civil: VIUVO (A)

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

Convênio: SUS Matrícula: 700007194275109

Cartão Nacional de Saúde: 700007194275109

Validade: Plano: SUS

Natural de: SOBRADINHO

Religião: CATOLICO(A)

Profissão:

Trabalho:

Nome da mãe: ERMILDA MAINARDI DORS

Nome do pai: ANTONIO DORS

Cônjuge:

Responsável: GRAZIELA CORBELLINI CPF: RG:

Endereço: , -

Bairro: Cidade: Telefone: 54984040764

Parentesco: FILHO (A)

Executante: JULIANO COGO MACHADO 29385

Caráter de Atendimento: URGENTE

Internação: 11/12/2023 Hora: 11:51:56 Leito: 404 - 404-C

Data da alta: 22/12/2023

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

Diagnostico: TRATAMENTO DE INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS DE PACIENTE ONCOLÓGICO

CID: C259, NEOPLASIA MALIGNA DO PÂNCREAS, NÃO ESPECIFICADO

Registrante: PATRICIA SCHAFFER GUERINI

OBSERVAÇÕES:

TERMO DE RESPONSABILIDADE:

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

Assinatura Paciente/Responsável



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

FICHA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Paciente: 23819 - PEDRO HENRIQUE DRESCH TEIXEIRA SAME: 5228

CNS: 708403775200661 CPF: 05514521028 RG: RN:

Endereço: ANTENOR RODRIGUES DE ALMEIDA, 484 -

Bairro: MISSES

Telefone: 54992211797

Cidade: 99300000 - SOLEDADE - RS

Nascimento: 09/08/2017 Idade: 6 anos 4 meses 8 dias Sexo: MASCULINO Raça: BRANCA Estado Civil: SOLTEIRO (A)

Peso: 42,00 Altura: 0,00 IMC: 0,00

Convênio: SUS Matrícula: 708403775200661

Cartão Nacional de Saúde: 708403775200661

Validade: Plano: SUS

Natural de: SOLEDADE

Religião:

Profissão:

Trabalho:

Nome da mãe: ELLEN AGUIRRE DRESCH

Nome do pai: VINICIUS PRATES TEIXEIRA

Cônjuge:

Responsável: ELLEN AGUIRRE DRESCH CPF: RG:

Endereço: , -

Bairro: Cidade: Telefone: 54992211797

Antesco: MAE

Executante: IGOR ELIAS GHELLER 33599

Caráter de Atendimento: URGENTE

Internação: 17/12/2023 Hora: 18:47:27 Leito: 305 - 305-B

Data da alta: 20/12/2023

Motivo da Alta: ALTA MELHORADO

Diagnóstico: APENDICECTOMIA

CID: K359, APENDICITE AGUDA SEM OUTRA ESPECIFICAÇÃO

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 desta internação, que esteja fora de cobertura do convênio pré-estabelecido.

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

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

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

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

Assinatura Paciente/Responsável



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

FICHA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Paciente: 18647 - MARCELO DOS SANTOS DE AZEVEDO SAME: 12898

CNS: 702109750099494 CPF: 76447375020 RG: 5060910212 RN:

Endereço: BOQUEIRO DO BUTIA, -

Bairro: INTERIOR

Telefone: 5433819000 54992323454

Cidade: 99300000 - SOLEDADE - RS

Nascimento: 19/08/1975 Idade: 48 anos 4 meses 4 dias Sexo: MASCULINO Raça: BRANCA Estado Civil: SOLTEIRO (A)

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

Convênio: SUS Matrícula: 702109750099494 Cartão Nacional de Saúde: 702109750099494

Validade: Plano: SUS

Natural de: SOLEDADE

Religião: CATOLICO(A)

Profissão:

Trabalho:

Nome da mãe: AMABILE SUELI MORAES

Nome do pai: ROSALVO RODRIGUES DE AZEVEDO

Cônjuge:

Responsável: AMABILE SOELI DOS SANTOS MORAES CPF: RG:

Endereço: , -

Bairro: Cidade: Telefone: 54992322454

Parentesco: MAE

Executante: JORGE ELI THEISEN 27693

Caráter de Atendimento: URGENTE

Internação: 23/12/2023 Hora: 15:25:58 Leito: 411- ISOLAMENTO - 411-A

Data da alta: 26/12/2023

Motivo da Alta: ALTA MELHORADO

Diagnóstico: TRATAMENTO DE OUTRAS DOENÇAS BACTERIANAS

CID: A499, INFECÇÃO BACTERIANA 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 a 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

4

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Atendimento N°: 10 Data: 01/11/2023 Hora: 13:52:13
Paciente: 12073 - IRACI DE JESUS DA SILVA SEXO: FEMININO SAME: 11934
Endereço: RINCAO DOS COELHOS, 0 - Bairro: ZONA RURAL Telefone: 54984477309
5499243474
Cidade: 99300000 - SOLEDADE - RS Mãe: TEREZA ALVES PEREIRA
Nascimento: 21/06/1969 Idade: 54 anos 4 meses 10 dias
Convênio: SUS Plano: SUS 703001861394178
Executante: JORGE ELI THEISEN 27693
Registrante: VANDREIA MARQUES DOS SANTOS

Taiana Parizotto
CORENRS 1789092 - ENF

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

SINAIS VITAIS PA: 166 / 190 FC: 100 PESO: 0,00 TAX: 35,90 SPO: 98 HGT: 0,00

ALERGIA: *Nega*

MEDICAMENTOS:

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

QUEIXA PRINCIPAL: PACIENTE REFERE QUE FEZ UMA CIRURGIA HÁ 3 ANOS DE HISTERECTOMIA, RELATA DOR EM FID HÁ 4 DIAS. REFERE QUE LIGOU NO SUS E SO CONSEGUIU CONSULTA PARA SEXTA FEIRA, RELATA ARDENCIA NA CICATRIZ. COMORBIDADES: HAS. FAZ USO DE ENALAPRIL 20 MG. NEGA ATOPIA MEDICAMENTOSA.

MOTIVO DO ATENDIMENTO/TRATAMENTO/PROCEDIMENTOS/MEDICAÇÃO:

*Tramadol
Buprenorfin 7/18/05
US abdominal total PAPER DITE*

João de Deus da Silva

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

Assinatura Paciente / Responsável: Polegar Direito:



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

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Atendimento N°: 8 Data: 03/11/2023 Hora: 20:31:38
Paciente: 31523 - CARINA CHRESTANI SEXO: FEMININO SAME: 31513
Endereço: ANTONIO CHAVES, 190 - Bairro: FONTES Telefone: 54999708668 54999708668
Cidade: 99300000 - SOLEDADE - RS Mãe: LEONI CHRESTANI
Nascimento: 04/06/1988 Idade: 35 anos 4 meses 29 dias 702004397162981
Convênio: SUS Plano: SUS
Executante: JORGE ELI THEISEN 27693
Registrante: FERNANDA VASCONCELLOS MORAIS

Alex Junior Vieira
Enfermeiro
COREN-RS 737466

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

SINAIS VITAIS PA: 132 / 82 FC: 94 PESO: 61,00 TAX: 0,00 SPO: 98 HGT: 0,00

ALERGIA: *Não*

MEDICAMENTOS:

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

QUEIXA PRINCIPAL: REFERE QUE INICIOU HA 3 DIAS COM DOR EM COLUNA DORSA A DIREITA. HO
TOSSE SECA. E DOR AO RESPIRAR

RELATA SINTOMAS GRIPIAS SEMANA PASSADA
HISTORICO HA 5 MESES PNM(SIC)

RX
MOTIVO DO ATENDIMENTO/TRATAMENTO/PROCEDIMENTOS/MEDICAÇÃO:

*TRAMAZ 7 12/10
PROFENID*

JORGE ELI THEISEN
MÉDICO
CRM 27693
CPF: 460 222 730-3

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: 15 Data: 15/11/2023 Hora: 09:22:01
Paciente: 12152 - IRINEU SELLA SEXO: MASCULINO SAME: 14218
Endereço: VACARIA, 1171 - Bairro: MISSEES Telefone: 54991293995 54991388561
Cidade: 99300000 - SOLEDADE - RS Mãe: CATARINA SELLA
Nascimento: 29/08/1954 Idade: 69 anos 2 meses 17 dias
Convênio: SUS Plano: SUS 700005601273604
Executante: JORGE ELI THEISEN 27693
Registrante: PATRICIA SCHAFFER GUERINI

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: AGUARDA TRIAGEM

SINAIS VITAIS PA: 100 / 60 FC: 87 PESO: 0,00 TAX: 36,40 SPO: 90 HGT: 0,00

ALERGIA: ONCOLOGICO

MEDICAMENTOS:

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

QUEIXA PRINCIPAL: PACIENTE APRESENTA DISPNEIA,

Fernando Germany
COREN-RS 0118931 - ENF

MOTIVO DO ATENDIMENTO/TRATAMENTO/PROCEDIMENTOS/MEDICAÇÃO:

SOLUCORF 12/1
AMINOFILINA
361 12/1
RX

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

Assinatura Paciente / Responsável: Polegar Direito:



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

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Atendimento N°: 11 Data: 17/11/2023 Hora: 09:59:08
Paciente: 20280 - MARIA VIVIANE DE LIMA CAMPOS SEXO: FEMININO SAME: 5406
Endereço: ELI CORBELINI, 93 - Bairro: FARROUPILHA Telephone: 54991729705 5499442379
Cidade: 99300000 - SOLEDADE - RS Mãe: MARIA CAMPOS DE LIMA
Nascimento: 01/10/1976 Idade: 47 anos 1 mês 16 dias
Convênio: SUS Plano: SUS 706203526713067
Executante: JORGE ELI THEISEN 27693
Registrante: KEYLA BORGES FLORIANO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: AGUARDA TRIAGEM

SINAIS VITAIS PA: 160 / 100 FC: 77 PESO: 0,00 TAX: 35,80 SPO: 99 HGT: 0,00

ALERGIA: NEGA

MEDICAMENTOS: NEGA

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

Fernanda Germany
COREN-RS 8118931 - ENF

QUEIXA PRINCIPAL: PACIENTE REFERE ALGIA ABDOMINAL DIFUSA INICIO Á DOIS DIAS

MOTIVO DO ATENDIMENTO/TRATAMENTO/PROCEDIMENTOS/MEDICAÇÃO:

LAB 7
1. ELI CORBELINI
BORGES FLORIANO

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

Ma Viviane Lima Campos

Assinatura Paciente / Responsável: Polegar Direito:



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

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Acidente Trânsito

Atendimento Nº: 1

Data: 01/12/2023 Hora: 10:44:27

Paciente: 461793 - SABRINA VIEIRA DOS SANTOS

SEXO: FEMININO SAME: 64443

Endereço: BR386, 0 - Bairro: BOTUCARAY

Telefone: 54999999999

Cidade: 99300000 - SOLEDADE - RS

Mãe: MARIVONE VIEIRA DOS SANTOS

Nascimento: 15/08/2004 Idade: 19 anos 3 meses 17 dias

Convênio: SUS Plano: SUS

Executante: JORGE ELI THEISEN 27693

Registrante: CRISTIANO DE OLIVEIRA

Tatiana Perizotto
COREN-RS 1002 - ENE

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: AGUARDA TRIAGEM

SINAIS VITAIS PA: 123 / 63 FC: 146 PESO: 0,00 TAX: 0,00 SPO: 95 HGT: 0,00

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

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

QUEIXA PRINCIPAL: RECEBO PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE TRANSITO, CHEGA AO PA EM MACA RIGIDA COM COLAR CERVICAL, RETIRADO CINTO DE SEGURANÇA, COM ESCORIAÇÕES NA FACE, FERIMENTO NO MIE, ANTISSEPSIA COM SF, SUTURADA PELO DR MARIANO. RELATA ESTAR COM ALGIA NA BACIA. NEGA COMORBIDADES, NEGA ATOPIA MEDICAMENTOSA. PACIENTE ENCAMINHADA PARA O RX, MANTIDA EM MACA RIGIDA ATÉ SEGUNDA ORDEM

MOTIVO DO ATENDIMENTO/TRATAMENTO/PROCEDIMENTOS/MEDICAÇÃO:

Rx

+L

TAMIN L

PROFENNY

DIMORF

LID CLARE

11.15 19

MEDICU
CRM 27693
CPF: 460 222 280 34

Assinatura Paciente / Responsável: Polegar Direito:



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

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Atendimento N°: 3 Data: 09/12/2023 Hora: 13:19:32
Paciente: 43339 - LUCIA MALAQUIAS SEXO: FEMININO SAME: 55042
Endereço: VALDEVINO MORAES, 453 - Bairro: FONTES Telefone: 54996126225
Cidade: 99300000 - SOLEDADE - RS Mãe: MARIA DE LURDES DOS SANTOS
MALAQUIAS
Nascimento: 27/04/1981 Idade: 42 anos 7 meses 12 dias
Convênio: SUS Plano: SUS 704005887822764
Executante: MARIANA MAFALDA MAGALHÃES 54262
Registrante: CRISTIANE ANDRADE DE OLIVEIRA

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

SINAIS VITAIS PA: 107 / 69 FC: 73 PESO: 0,00 TAX: 36,20 SPO: 100 HGT: 0,00

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

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

QUEIXA PRINCIPAL: PACIENTE RELATA QUE CAIU NO BANHEIRO E TEM UM LIGAMENTO ROMPIDO NO JOELHO ESQUERDO. RELATA ALGIA LOCAL.
COMORBIDADES: NEGA
NEGA ATOPIA MEDICAMENTOSA.

MOTIVO DO ATENDIMENTO/TRATAMENTO/PROCEDIMENTOS/MEDICAÇÃO:

Exames:

Le. roxadol 100mg cv

Le. endonsetrona cv

Le. ultramarina cv

Pronto soco

Mariana Magalhães

Mariana M. Magalhães
MÉDICA
CREMERS 54.040

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: 21

Data: 10/12/2023 Hora: 12:37:36

Paciente: SANDRA DA SILVA ORTIZ

SEXO: FEMININO REGISTRO: 25979

SAME: 5821

Endereço: MARIO BRUM, 167 -

Bairro: BOTUCARAÍ

Telefone: 54991955813

Cidade: 99300000 - SOLEDADE - RS

MARIA DA SILVA ORTIZ

Nascimento: 22/11/1983

Idade: 40 anos 18 dias

Convênio: SUS

Plano: SUS

703407231111012

Executante: JORGE ELI THEISEN 27693

Caráter de Atendimento: URGENTE

Registrante: PATRICIA SCHAFFER GUERINI

Procedencia: ESPONTÂNEO / DOMICILIO

SINAIS VITAIS: PA: FC: 91 PESO: 0,00 ALTURA: 0,00 TAX: 36% SPO: 98% HGT:

OBSERVAÇÕES:

122
82

MOTIVO DO ATENDIMENTO: / TRATAMENTO / PROCEDIMENTOS / MEDICAÇÃO:

SUF 502
PAINEL
ASLAPR comp

12:37

Queixa principal:

Doença com queixa de dor, epigastria e náusea desde ont

Alergias:

Medicamentos:

Não alergia

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

Assinatura e Carimbo Profissional:

Diagnóstico / CID:

Assinatura Paciente / Responsável:

Polegar Direito:

DEMONSTRATIVO DA EXECUÇÃO DAS RECEITAS E DESPESAS

CONVENIENTE: HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE

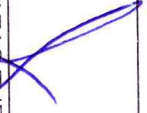
INSTRUMENTO Nº 01/2023

PROJETO: PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES
COMPLEMENTARES NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

PERÍODO PRESTAÇÃO DE CONTAS: 04/12/2023
05/01/2024

RECEITAS			DESPESAS		
DATA	DESCRIÇÃO	VALOR	DATA	DESCRIÇÃO	VALOR
11/12/23	REPASSE DO MUNICIPIO	R\$ 172.500,00	20/11/23	MPM SERVIÇOS MÉDICOS LTDA	R\$ 25.000,00
11/12/23	REPASSE DO MUNICIPIO	R\$ 172.500,00	20/11/23	TS SULZBACH SERVIÇOS MÉDICOS LTDA	R\$ 72.898,18
			12/12/23	CLINICA MÉDICA TATIM LTDA	R\$ 1.794,50
			12/12/23	ANA C. NAZARI SAÚDE	R\$ 15.000,00
			12/12/23	SERVIÇOS MÉDICOS T3 LTDA	R\$ 45.000,00
			12/12/23	JULIANO COGO MACHADO & CIA LTDA	R\$ 12.500,82
			12/12/23	CLINICA MÉDICA TATIM LTDA	R\$ 14.550,00
			12/12/23	IGOR ELIAS GHELLER & CIA LTDA	R\$ 15.192,44
			12/12/23	PALLUDO & ALGAYER	R\$ 15.000,00
			12/12/23	CLEUSA SALETE SCIPIONI DA ROCHA	R\$ 32.500,00
			12/12/23	IZA PIAZZA & CIA LTDA	R\$ 21.380,00
			12/12/23	IZA PIAZZA & CIA LTDA	R\$ 15.000,00
			12/12/23	PALLUDO & ALGAYER	R\$ 10.900,00
			12/12/23	IGOR ELIAS GHELLER & CIA LTDA	R\$ 14.077,50
			13/12/23	MARIANA M MAGALHAES LTDA	R\$ 5.174,40
			13/12/23	SERVIÇOS MÉDICOS T3 LTDA	R\$ 15.000,00
			15/12/23	ANA C. NAZARI SAÚDE	R\$ 14.032,00
TOTAL DA RECEITA		R\$ 345.000,00	TOTAL DAS DESPESAS:		R\$ 345.000,00


CARLOS ALBERTO ROCHA
PRESIDENTE


JONATAS TURELA BORGES
CONTADOR CRC/RS 60.958

Relatório de Execução financeira

Período: 04/12/2023 a 05/01/2024

Razão Social	CNPJ/CPF	Descrição da despesa	Tipo de documento NF	Data documento	Valor	Data pagamento	Nº da transferência	Valor pago
MPM SERVIÇOS MÉDICOS LTDA	27.922.468/0001-90	PEDIATRA	20234349	20/11/23	25.000,00	11/12/23	2092978974	25.000,00
TS SULBACH SERVIÇOS MÉDICOS LTDA	43.333.246/0001-98	OBSTETRA	202378	20/11/23	72.898,18	11/12/23	2092942929	72.898,18
CLINICA MÉDICA TATIM LTDA	12.560.518/0001-69	CIRUR. GERAL	2023455	12/12/23	1.794,50	12/12/23	2095102872	1.794,50
ANA C NAZARI SAÚDE	21.804.490/0001-59	CLINICO GERAL	2023178	12/12/23	15.000,00	12/12/23	2095101210	15.000,00
SERVIÇOS MÉDICOS T3 LTDA	31.671.349/0001-89	CLINICO GERAL	111	12/12/23	45.000,00	12/12/23	2095111320	45.000,00
JULIANO COGO MACHADO	12.683.334/0001-96	CLINICO GERAL	2023320	12/12/23	12.500,82	12/12/23	2095306830	12.500,82
CLINICA MÉDICA TATIM LTDA	12.560.518/0001-69	CIRUR. GERAL	2023456	12/12/23	14.550,00	12/12/23	2095308186	14.550,00
IGOR ELIAS GHELLER & CIA LTDA	15.287.128/0001-55	CIRUR. GERAL	2023775	12/12/23	15.192,44	12/12/23	2095306236	15.192,44
PALLUDO & ALGAYER LTDA	29.881.807/0001-62	ANESTESISTA	2023367	12/12/23	15.000,00	13/12/23	2095831997	15.000,00
CLEUSA SALETE SCIPIONI DA ROCHA	30.600.624/0001-00	PEDIATRA	2023252	12/12/23	32.500,00	13/12/23	2095831340	32.500,00
IZA PIAZZA & CIA LTDA	18.792.637/0001-23	ANESTESISTA	2023246	12/12/23	21.380,00	13/12/23	2095832453	21.380,00
IZA PIAZZA & CIA LTDA	18.792.637/0001-23	ANESTESISTA	2023247	12/12/23	15.000,00	13/12/23	2095832193	15.000,00
PALLUDO & ALGAYER LTDA	29.881.807/0001-62	ANESTESISTA	2023366	12/12/23	10.900,00	13/12/23	2095986117	10.900,00
IGOR ELIAS GHELLER & CIA LTDA	15.287.128/0001-55	CIRUR. GERAL	2023776	12/12/23	14.077,50	13/12/23	2095986117	14.077,50
MARIANA M MAGALHÃES LTDA	50.979.870/0001-22	CLINICO GERAL	202319	13/12/23	5.174,40	14/12/23	10394739156	5.174,40
SERVIÇOS MÉDICOS T3 LTDA	31.671.349/0001-89	CLINICO GERAL	112	13/12/23	15.000,00	14/12/23	2095239055	15.000,00
ANA C NAZARI SAÚDE	21.804.490/0001-59	CLINICO GERAL	2023181	15/12/23	14.032,00	15/12/23	2099883889	14.032,00
							TOTAL R\$	344.999,84


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 18/12/2023 08:23:30

Extrato

Dados referentes ao período 01/12/2023 a 18/12/2023.

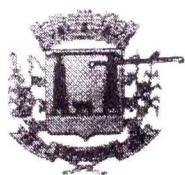
Data	Descrição	Documento	Valor (R\$)	Saldo (R\$)
	SALDO			0,34
11/12/2023	TED 87738530000110 PM SOLEDADE -FUS	165039	172.500,00	172.500,34
11/12/2023	TED 87738530000110 PM FUNDO SAUDE PROPRIOS	521157	172.500,00	345.000,34
11/12/2023	TRANSF ENTRE CONTAS 27922468000190 MPM SERVICOS	SI04479	-25.000,00	320.000,34
11/12/2023	DEBITO TED/IB 43333246000198 TS SULZBACH SERVICO	I00619	-72.898,18	247.102,16
11/12/2023	DOC/TED INTERNET PJ		-2,00	247.100,16
12/12/2023	BLOQUEIO JUDICIAL	12307642	-957,07	246.143,09
12/12/2023	DEBITO TED/IB 12560518000169 CLINICA MEDICA TATI	I00313	-1.794,50	244.348,59
12/12/2023	DEBITO TED/IB 21804490000159 ANA C. NAZARI SAUDE	I00314	-15.000,00	229.348,59
12/12/2023	DEBITO TED/IB 31671349000189 SERVICOS MEDICOS T3	I00315	-45.000,00	184.348,59
12/12/2023	DEBITO TED/IB 12683334000196 JULIANO COGO MACHAD	I00395	-12.500,82	171.847,77
12/12/2023	DEBITO TED/IB 12560518000169 CLINICA MEDICA TATI	I00396	-14.550,00	157.297,77
12/12/2023	TRANSF ENTRE CONTAS 15287128000155 IGOR ELIAS GH	SI02056	-15.192,44	142.105,33
12/12/2023	DOC/TED INTERNET PJ		-2,00	142.103,33
12/12/2023	DOC/TED INTERNET PJ		-2,00	142.101,33
12/12/2023	DOC/TED INTERNET PJ		-2,00	142.099,33
12/12/2023	DOC/TED INTERNET PJ		-2,00	142.097,33
12/12/2023	DOC/TED INTERNET PJ		-2,00	142.095,33
13/12/2023	DEBITO TED/IB 29881807000162 PALLUDO E ALGAYER L	I00047	-15.000,00	127.095,33
13/12/2023	DEBITO TED/IB 30600624000100 CLEUSA SALETE SCIPI	I00049	-32.500,00	94.595,33
13/12/2023	DEBITO TED/IB 18792637000123 IZA PIAZZA E CIA LT	I00046	-21.380,00	73.215,33
13/12/2023	DEBITO TED/IB 18792637000123 IZA PIAZZA E CIA LT	I00045	-15.000,00	58.215,33
13/12/2023	DEBITO TED/IB 29881807000162 PALLUDO E ALGAYER L	I00048	-10.900,00	47.315,33
13/12/2023	TRANSF ENTRE CONTAS 15287128000155 IGOR ELIAS GH	SI00498	-14.077,50	33.237,83
13/12/2023	DOC/TED INTERNET PJ		-2,00	33.235,83
13/12/2023	DOC/TED INTERNET PJ		-2,00	33.233,83
13/12/2023	DOC/TED INTERNET PJ		-2,00	33.231,83
13/12/2023	DOC/TED INTERNET PJ		-2,00	33.229,83
13/12/2023	DOC/TED INTERNET PJ		-2,00	33.227,83
14/12/2023	PAGAMENTO PIX 50979870000122 MARIANA M. MAGALHAE	PIX_DEB	-5.174,40	28.053,43
14/12/2023	DEBITO TED/IB 31671349000189 SERVICOS MEDICOS T3	I00249	-15.000,00	13.053,43
14/12/2023	DOC/TED INTERNET PJ		-2,00	13.051,43
15/12/2023	CRED DESBLOQUEIO JUDICIAL	12307642	957,07	14.008,50
15/12/2023	TRANSF ENTRE CONTAS 97503676000130 HOSPITAL DE C	SI02375	26,00	14.034,50
15/12/2023	DEBITO TED/IB 21804490000159 ANA C. NAZARI SAUDE	I00430	-14.032,00	2,50
15/12/2023	DOC/TED INTERNET PJ		-2,00	0,50

Saldo da Conta

Saldo em 18/12/2023

Saldo atual (disponível em conta)	R\$ 0,50
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



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
02300000004349

Código de Verificação de Autenticidade

9VTE-TVAX

Data e Hora de Emissão da NFS-e
20/11/2023 11:08:22

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 20/11/2023



Chave de Acesso
027922468000190202300000004349

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
CEP 99300-000	Cidade/UF Soledade/RS	Telefone

Descrição do Serviço Prestado

SERVIÇOS DE PEDIATRIA PRESTADOS NO MÊS DE OUTUBRO
SOBREAVISO E PRODUÇÃO

A SEREM TRANSFERIDOS PARA CONTA: AG 0218 CC 24622-0

DR GERSON L.R. MACHADO

Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS

Item da LC 116/2003 4.01 - Medicina e biomedicina.				Alíquota (%) 3,15	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	CSLL 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 site sim.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: 15/12/2023.
- 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 Jansen
FINANCEIRO
HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE
SOLEDADE - RS

**Associado:** HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE**Cooperativa:** 0247**Conta Corrente:** 18089-4**Impresso em** 11/12/2023 15:00:32

Transferência entre Contas do Sicredi

Solicitante: CARLOS
Cooperativa Origem: 0247
Conta Origem: 18089-4
Número de Controle: 2092978974
Cooperativa Destino: 218
Conta Destino: 24622-0
Favorecido: MPM SERVICOS MEDICOS LTDA ME
Origem dos Recursos: Conta Corrente
Data da Transferência: 11/12/2023
Hora da Transferência: 14:59:33
Valor Transferido (R\$): 25.000,00
Motivo da Transferência: PAGTO HONORARIOS MEDICOS
Autenticação Eletrônica: D1A0.7F7D.A883.9EA4.373B.1E48.7AB0.216F

- * 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 - NFS-e

Número da Nota	Data e Hora da Emissão	Competência	Código de Verificação
202378	20/11/2023 às 11:59:12	20/11/2023	127237395

PRESTADOR DO SERVIÇO

Nome ou Razão Social: TS SULZBACH SERVICOS MEDICOS LTDA
CPF/CNPJ: 43.333.246/0001-98
Endereço: AVENIDA BENJAMIN CONSTANT, 670, Sala 205 - CENTRO
Município/UF: LAJEADO/RS

Telefone: 5581000295
Inscrição Municipal: 53802
CEP: 95900-106
E-mail:

TOMADOR DO SERVIÇO

Nome ou Razão Social: HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE
CPF/CNPJ: 97.503.676/0001-30
Endereço: AVENIDA PINHEIRO MACHADO, 828, - CENTRO
Município/UF: SOLEDADE/RS

Telefone:
Inscrição Municipal: 47946
CEP: 99300-000
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 CEI:

Intermediário dos Serviços:



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

VALOR NOTA FISCAL

Valor dos Serviços	Descontos	Retenções	ISS Retido na Fonte	Valor Líquido da Nota
RS 80.506,00	(-) RS 0,00	(-) RS 7.607,82	RS 0,00	RS 72.898,18

CÁLCULO DO ISS

Valor dos Serviços	Deduções	Descontos Incondicionados	Base de Cálculo do ISS	Alíquota	Valor do ISS
RS 80.506,00	(-) RS 0,00	(-) RS 0,00	(=) RS 80.506,00	(x) 2,50 %	(=) RS 2.012,65

OBSERVAÇÕES

Retenções:

PIS: R\$ 523,29; COFINS: R\$ 2.415,18; CSLL: R\$ 805,06; IRRF: R\$ 3.864,29; INSS: R\$ 0,00; Outras Retenções: R\$ 0,00

[Handwritten signature]

**Associado:** HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE**Cooperativa:** 0247**Conta Corrente:** 18089-4**Impresso em** 11/12/2023 15:00:31**TED Outra Titularidade**

Solicitante: CARLOS
Cooperativa Origem: 0247
Conta Origem: 18089-4
Número de Controle: 2092942929
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: 11/12/2023
Hora Transferência: 14:59:33
Valor a Transferir (R\$): 72.898,18
Finalidade: Credito Em Conta
Motivo Transferência: PAGTO HONORARIOS MEDICOS
Identificador: 97.503.676/0001-30
Tarifa (R\$): 2,00
Autenticação Eletrônica: 8BF1.F31D.91F1.7D33.43CE.CE31.B1F8.5F0E

* 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 202300000000455	
CNPJ / CPF Inscrição Estadual Inscrição Municipal 12.560.518/0001-69 ISENT0 7390			Data do Serviço 12/12/2023	Código Verificador 8baba04ca

 MUNICÍPIO DE SOLEDADE/RS Secretaria Municipal da Fazenda Fone: (54) 3381-9010 - soledade-portais.govcloud.com.br/NFSe.Portal	Dt. de Emissão 12/12/2023	Exigibilidade ISS Exigível	Tributado no Município Soledade/RS
---	-------------------------------------	-------------------------------	---------------------------------------

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

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

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	VALOR TOTAL	ALIQ.	VALOR IMPOSTO	RETIDO
referente a 09/23	1.850,00	3,00	55,50	Sim

Código do Serviço 04.01 - Medicina e biomedicina.		Código NBS *****	
CIDE 0,00	COFINS 0,00	COFINS Importação 0,00	ICMS 0,00
IOF 0,00	IPI 0,00	PIS/PASEP 0,00	PIS/PASEP Importação 0,00
Base Cálculo ISSQN Próprio 0,00	Valor do ISSQN Próprio 0,00	Base Cálculo ISSQN Retido 1.850,00	Valor do ISSQN Retido 55,50
Valor Total da NFS-e 1.850,00	Valor Líquido da NFS-e 1.794,50		

Informações Adicionais Lei 12741/2012: Mun: R\$38,66; Est: R\$0,00; Fed: R\$248,82; Total Aprox: R\$287,48. Fonte: IBPT.	LANÇADO	
---	----------------	---

Consulta realizada em 12/12/2023 às 14:47:14.

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



2023000000004558baba04ca12560518000169

Receb(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 202300000000455 Competência 12/12/2023 NFS-e 8baba04ca	Número de Controle do Município 
--	---	---	--

Consulta realizada em 12/12/2023 às 14:47:14.

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

**Associado:** HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE**Cooperativa:** 0247**Conta Corrente:** 18089-4**Impresso em** 12/12/2023 15:04:58**TED Outra Titularidade**

Solicitante: CARLOS
Cooperativa Origem: 0247
Conta Origem: 18089-4
Número de Controle: 2095102872
Instituição: BANCO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL S.A
Cooperativa/Agência: 418
Tipo de Conta Destino: Conta Corrente
Conta Destino: 0603278203
Favorecido: CLINICA MEDICA TATIM
CPF/CNPJ: 12.560.518/0001-69
Data Transferência: 12/12/2023
Hora Transferência: 15:02:58
Valor a Transferir (R\$): 1.794,50
Finalidade: Credito Em Conta
Motivo Transferência: PAGTO HONORARIOS MEDICOS
Identificador: 97.503.676/0001-30
Tarifa (R\$): 2,00
Autenticação Eletrônica: B7DE.984A.3806.227B.C4A9.8BD0.BDD7.87BA

LANÇADO

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

* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.

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

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

SAC 0800 724 7220
Ouvidoria 0800 646 2519

Atendimento aos deficientes auditivos ou de fala 0800 724 0525

Nota Fiscal de Serviço Eletrônica

ANA C. NAZARI SAUDE CLINICA VITTA AV. AV. PINHEIRO MACHADO, 867 - SALA 103-B CEP: 99300-000 - Bairro: CENTRO Município: Soledade - RS E-mail: clinicavitta20@hotmail.com Fone: (54) 3381-3722			Número da NFS-e 202300000000178	
Data do Serviço 12/12/2023			Código Verificador 172322d34	
CNPJ / CPF 21.804.490/0001-59	Inscrição Estadual ****	Inscrição Municipal 90609		

 MUNICÍPIO DE SOLEDADE/RS Secretaria Municipal da Fazenda Fone: (54) 3381-9010 - soledade-portais.govcloud.com.br/NFSe.Portal	Dt. de Emissão 12/12/2023	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		Soledade/RS		
UF	Fone			CEP
RS	(54) 3381-1244			99300-000
Bairro	CENTRO			
CNPJ / CPF	Inscrição Municipal			Inscrição Estadual
97.503.676/0001-30	3575	1370031898		
E-mail				
financeirohcf@gmail.com				

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

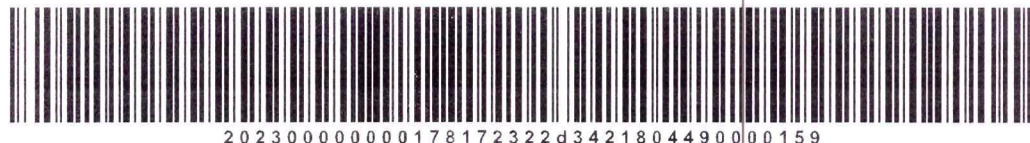
DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	VALOR TOTAL	ALIQ.	VALOR IMPOSTO	RETIDO
REFERENTE PLANTÃO PA 09/23.: Aliquota Efetiva: 2.000000000000%.	15.000,00	2,00	300,00	Não

Código do Serviço 04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.		Código NBS *****	
IPIF 0,00	COFINS 0,00	COFINS Importação 0,00	ICMS 0,00
IPI 0,00	PIS/PASFP 0,00	PIS/PASFP Importação 0,00	Valor Total do ISSQN 300,00
Base Cálculo ISSQN Próprio 15.000,00	Valor do ISSQN Próprio 300,00	Base Cálculo ISSQN Retido 0,00	Valor do ISSQN Retido 0,00
Valor Total da NFS-e 15.000,00	Valor Líquido da NFS-e 15.000,00		

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\$313,50; Est: R\$0,00; Fed: R\$2017,50; Total Aprox: R\$2331,00. Fonte: IBPT.	
--	---

LANÇADO

Consulta realizada em 12/12/2023 às 14:49:21.
 Para consultar a autenticidade acesse: soledade-portais.govcloud.com.br/NFSe.Portal



202300000000178172322d3421804490000159

Recebi(emos) de ANA C. NAZARI SAUDE os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado. _____ Data	Identificação e assinatura do receptor _____ Data	Número da NFS-e 202300000000178 Competência 12/12/2023 NFS-e 172322d34	Número de Controle do Município 
--	---	---	--

Consulta realizada em 12/12/2023 às 14:49:21.
 Para consultar a autenticidade acesse: soledade-portais.govcloud.com.br/NFSe.Portal

**Associado:** HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE**Cooperativa:** 0247 **Conta Corrente:** 18089-4 **Impresso em** 12/12/2023 15:04:56**TED Outra Titularidade**

Solicitante: CARLOS
Cooperativa Origem: 0247
Conta Origem: 18089-4
Número de Controle: 2095101210
Instituição: UNICRED
Cooperativa/Agência: 1168
Tipo de Conta Destino: Conta Corrente
Conta Destino: 6802842
Favorecido: ANA C. NAZARI SAUDE
CPF/CNPJ: 21.804.490/0001-59
Data Transferência: 12/12/2023
Hora Transferência: 15:02:59
Valor a Transferir (R\$): 15.000,00
Finalidade: Credito Em Conta
Motivo Transferência: PAGTO HONORARIOS MEDICOS
Identificador: 97.503.676/0001-30
Tarifa (R\$): 2,00
Autenticação Eletrônica: 86FE.ADDC.CD71.F223.E050.6F1E.2551.3F1D

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

* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.

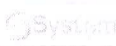
* Em caso de agendamento, a efetivação da transação ocorrerá mediante disponibilidade de limite, saldo e demais requisitos do serviço. Acompanhe sua conta e sempre confira a execução dos agendamentos na data programada.

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

SAC 0800 724 7220
Ouvidoria 0800 646 2519

Atendimento aos deficientes auditivos ou de fala 0800 724 0525

LANÇADO

		PREFEITURA MUNICIPAL DE BARÃO DE COTEGIPE - RS SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e		Número da Nota 111	
Competência 12/12/2023		Número do RPS / Série		Data e Hora de Emissão 12/12/2023 14:43:38	
Código de Verificação 096A.0869		Número da NFS-e Substituída			
DADOS DO(S) SERVIÇO(S)					
Exigibilidade Exigível		Município da Prestação do(s) Serviço(s) Barão de Cotegipe/RS		Município da Incidência Barão de Cotegipe/RS	
PRESTADOR DO(S) SERVIÇO					
Nome Razão Social SERVIÇOS MÉDICOS T3 LTDA					
Nome Fantasia					
Endereço Linha 3 São Roque, 666, Interior					
Município do Prestador Barão de Cotegipe/RS CEP 99740-000					
Cpf/Cnpj 31.671.349/0001-89		Inscrição Municipal 1627		Inscrição Estadual ISENTO	
Telefone (54)8448-0207		Email lt3cereais@gmail.com			
TOMADOR DO(S) SERVIÇO(S)					
Nome/Razão Social HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE					
Endereço AV PINHEIRO MACHADO, 828, CENTRO					
Município Soledade/RS CEP 99300-000					
Cpf/Cnpj 97.503.676/0001-30		Inscrição Municipal		Telefone	
Email financeiro.hcfc@gmail.com					
DISCRIMINAÇÃO DO(S) SERVIÇO					
Discriminação referente plantao PA 09/23			Valor do Serviço 45.000,00	Descontos(R\$) 3,00	Valor do ISS(R\$) 1.350,00
Valor do(s) Serviço(s)(R\$) 45.000,00	Valor Dedução(R\$)	Descontos Incondicionais(R\$)	Base de Cálculo(R\$) 45.000,00		
Alíquota(%) 3,00	Valor do ISS(R\$) 1.350,00	Valor do ISS Retido(R\$)	Descontos Condicionais(R\$)		
RETENÇÕES FEDERAIS					
Imposto de Renda(R\$)	PIS(R\$)	COFINS(R\$)	CSLL(R\$)	INSS(R\$)	Outras Retenções(R\$)
TOTAIS					
Total do(s) Serviço(s)(R\$) 45.000,00			Total Líquido(R\$) 45.000,00		
Código de Classificação de Serviços 04.03 Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.					
OUTRAS INFORMAÇÕES					
A Autenticidade desta NFS-e pode ser verificada no site http://www.baraodecotegipe.rs.gov.br , item NFS-e, menu Consulta de Autenticidade da NFS-e. Valor Aproximado Tributos : Federal = R\$ 6.052,50 (13,45%) Municipal = R\$ 940,50 (2,09%) Fonte: IBPT					
Data e Hora da Impressão: 12/12/2023 14:43:41					
Recebemos de SERVIÇOS MEDICOS T3 LTDA o(s) Serviço(s) da NFS-e indicada ao lado. Emissão 12/12/2023 Tomador HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE Total Líquido : R\$ 45.000,00				LANÇADO	
Data de Recebimento		Identificação e Assinatura do Recebedor			
					
Desenvolvido por: 					

**Associado:** HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE**Cooperativa:** 0247**Conta Corrente:** 18089-4**Impresso em** 12/12/2023 15:04:59**TED Outra Titularidade**

Solicitante: CARLOS
Cooperativa Origem: 0247
Conta Origem: 18089-4
Número de Controle: 2095111320
Instituição: UNICRED
Cooperativa/Agência: 7801
Tipo de Conta Destino: Conta Corrente
Conta Destino: 4547748
Favorecido: SERVICOS MEDICOS T3 LTDA
CPF/CNPJ: 31.671.349/0001-89
Data Transferência: 12/12/2023
Hora Transferência: 15:03:00
Valor a Transferir (R\$): 45.000,00
Finalidade: Credito Em Conta
Motivo Transferência: PAGTO HONORARIOS MEDICOS
Identificador: 97.503.676/0001-30
Tarifa (R\$): 2,00
Autenticação Eletrônica: 68C3.144C.4146.2809.66C5.18E2.CDAF.F2CB

97

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

* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.

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

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

SAC 0800 724 7220

Ouvidoria 0800 646 2519

Atendimento aos deficientes auditivos ou de fala 0800 724 0525

LANÇADO

Nota Fiscal de Serviço Eletrônica

JULIANO COGO MACHADO & CIA LTDA JCMED RUA ARMANDO HAEFFNER, 539 CEP. 99300-000 - Bairro: FONTES Município: Soledade - RS E-mail: denilson.tonezer@terra.com.br Fone: (00) 0000-0000			Número da NFS-e 202300000000320	
CNPJ / CPF Inscrição Estadual Inscrição Municipal 12.683.334/0001-96 ISENT0 7413			Data do Serviço 12/12/2023	Código Verificador f4d3fe758

 MUNICÍPIO DE SOLEDADE/RS Secretaria Municipal da Fazenda Fone: (54) 3381-9010 - soledade-portais.govcloud.com.br/NFSe.Portal	Dt. de Emissão	Exigibilidade ISS	Tributado no Município
	12/12/2023	Exigível	Soledade/RS

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

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

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	VALOR TOTAL	ALIQ.	VALOR IMPOSTO	RETIDO
plantão pa referente ao mês de Setembro de 2023.	13.320,00	3,00	399,60	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 399,60	COFINS Importação 0,00	ICMS 0,00
Base Cálculo ISSQN Proprio 13.320,00	Valor do ISSQN Proprio 399,60	Base Cálculo ISSQN Retido 0,00	Valor do ISSQN Retido 0,00
Valor Total da NFS-e 13.320,00		Valor Líquido da NFS-e 12.500,82	

Informações Adicionais Lei 12741/2012: Mun: R\$278,39; Est: R\$0,00; Fed: R\$1791,54; Total Aprox: R\$2069,93. Fonte: IBPT. IR Retido: R\$199,80 Retenções: COFINS R\$ 399,60;PIS R\$ 86,58;CSLL R\$ 133,20;	
---	---

Consulta realizada em 12/12/2023 às 15:12:46.
 Para consultar a autenticidade acesse: soledade-portais.govcloud.com.br/NFSe.Portal



202300000000320f4d3fe75812683334000196

Recebi(emos) de JULIANO COGO MACHADO & CIA LTDA os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado. ____/____/____ Data	Identificação e assinatura do receptor: 	Número da NFS-e 202300000000320 Competência 12/12/2023 NFS-e f4d3fe758	Número de Controle do Município 
---	--	---	--

Consulta realizada em 12/12/2023 às 15:12:46.
 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** 12/12/2023 16:24:30**TED Outra Titularidade**

Solicitante: CARLOS
Cooperativa Origem: 0247
Conta Origem: 18089-4
Número de Controle: 2095306830
Instituição: BANCO BRADESCO S.A.
Cooperativa/Agência: 1900
Tipo de Conta Destino: Conta Corrente
Conta Destino: 125865
Favorecido: JULIANO COGO MACHADO CIA LTDA
CPF/CNPJ: 12.683.334/0001-96
Data Transferência: 12/12/2023
Hora Transferência: 16:23:58
Valor a Transferir (R\$): 12.500,82
Finalidade: Credito Em Conta
Motivo Transferência: PAGTO HONORARIOS MEDICOS
Identificador: 97.503.676/0001-30
Tarifa (R\$): 2,00
Autenticação Eletrônica: 861A.5E5B.20A2.2BCA.D321.ECD6.EA0B.78A6

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

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

LANÇADO

Nota Fiscal de Serviço Eletrônica

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

202300000000456

Data do Serviço

12/12/2023

Código Verificador

20006fc44

CNPJ / CPF

12.560.518/0001-69

Inscrição Estadual

ISENTO

Inscrição Municipal

7390

MUNICÍPIO DE SOLEDADE/RS

Secretaria Municipal da Fazenda

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

Dt. de Emissão

12/12/2023

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

RETIDO

referente sobreaviso 10/23.

15.000,00

3,00

450,00

Sim

Código do Serviço

04.01 - Medicina e biomedicina.

Código NBS

CIDE

0,00

COFINS

0,00

COFINS Importação

0,00

ICMS

0,00

IOF

0,00

IPI

0,00

PIS/PASEP

0,00

PIS/PASEP Importação

0,00

Base Cálculo ISSQN Próprio

0,00

Valor do ISSQN Próprio

0,00

Base Cálculo ISSQN Retido

15.000,00

Valor do ISSQN Retido

450,00

Valor Total do ISSQN

0,00

Valor Dedução/Descontos

0,00

Valor Total da NFS-e

15.000,00

Valor Líquido da NFS-e

14.550,00

Informações Adicionais

Lei 12741/2012: Mun: R\$313,50; Est: R\$0,00; Fed: R\$2017,50; Total Aprox: R\$2331,00. Fonte: IBPT.

LANÇADO



Consulta realizada em 12/12/2023 às 14:58:20.

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



20230000000045620006fc4412560518000169

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

202300000000456

Competência

12/12/2023

NFS-e

20006fc44

Número de Controle do Município

[Assinatura]

Consulta realizada em 12/12/2023 às 14:58:20.

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 12/12/2023 16:24:31

TED Outra Titularidade

Solicitante: CARLOS
Cooperativa Origem: 0247
Conta Origem: 18089-4
Número de Controle: 2095308186
Instituição: BANCO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL S.A
Cooperativa/Agência: 418
Tipo de Conta Destino: Conta Corrente
Conta Destino: 0603278203
Favorecido: CLINICA MEDICA TATIM
CPF/CNPJ: 12.560.518/0001-69
Data Transferência: 12/12/2023
Hora Transferência: 16:23:59
Valor a Transferir (R\$): 14.550,00
Finalidade: Credito Em Conta
Motivo Transferência: PAGTO HONORARIOS MEDICOS
Identificador: 97.503.676/0001-30
Tarifa (R\$): 2,00
Autenticação Eletrônica: 62D1.DB37.DDF7.DDC4.AD7C.1868.5C8A.2AF6

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

* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.

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

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

SAC 0800 724 7220

Ouvidoria 0800 646 2519

Atendimento aos deficientes auditivos ou de fala 0800 724 0525

LANÇADO

Nota Fiscal de Serviço Eletrônica

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 202300000000775	
CNPJ / CPF Inscrição Estadual Inscrição Municipal 15.287.128/0001-55 ISENTA 7908			Data do Serviço 12/12/2023	Código Verificador 3e357c64b

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

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	VALOR TOTAL	ALIQ.	VALOR IMPOSTO	RETIDO
SOBREAVISO REFERENTE A SETEMBRO DE 2023.	16.188,00	3,00	485,64	Não

Código do Serviço 04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.		Código NBS *****	
CIDF 0,00	COFINS 485,64	COFINS Importação 0,00	ICMS 0,00
Base Cálculo ISSQN Proprio 16.188,00	Valor do ISSQN Proprio 485,64	Base Cálculo ISSQN Retido 0,00	Valor do ISSQN Retido 0,00
Valor Total da NFS-e 16.188,00		Valor Líquido da NFS-e 15.192,44	

Informações Adicionais Lei 12741/2012: Mun: R\$338,33; Est: R\$0,00; Fed: R\$2177,29; Total Aprox: R\$2515,62; Fonte: IBPT. IR Retido: R\$242,82 Retenções: COFINS R\$ 485,64; PIS R\$ 105,22; CSLL R\$ 161,88.	LANÇADO	
--	----------------	---



Recebi(emos) de IGOR ELIAS GHELLER & CIA LTDA	Número da NFS-e 202300000000775	Número de Controle do Município
os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado.	Competência 12/12/2023	
Data _____	Identificação e assinatura do receptor NFS-e 3e357c64b	

Consulta realizada em 12/12/2023 às 15:03:16.

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** 12/12/2023 16:24:29**Transferência entre Contas do Sicredi**

Solicitante: CARLOS
Cooperativa Origem: 0247
Conta Origem: 18089-4
Número de Controle: 2095306236
Cooperativa Destino: 247
Conta Destino: 51212-5
Favorecido: IGOR ELIAS GHELLER E CIA LTDA ME
Origem dos Recursos: Conta Corrente
Data da Transferência: 12/12/2023
Hora da Transferência: 16:24:00
Valor Transferido (R\$): 15.192,44
Motivo da Transferência: PAGTO HONORARIOS MEDICOS
Autenticação Eletrônica: F02A.ED72.6005.9427.BFC9.D604.8A21.CBCE

9

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

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

LANÇADO

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 202300000000367	
CNPJ / CPF Inscrição Estadual Inscrição Municipal 29.881.807/0001-62 ISENTO 5024758			Data do Serviço 12/12/2023	Código Verificador ccf07cdc5

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

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	VALOR TOTAL	ALIQ.	VALOR IMPOSTO	RETIDO
Sobreaviso 10/23	15.000,00	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 *****	
Cofins 0,00	Cofins Importação 0,00	ICMs 0,00	IOT 0,00
Base Cálculo ISSQN Próprio 15.000,00	Valor do ISSQN Próprio 0,00	Base Cálculo ISSQN Retido 0,00	Valor do ISSQN Retido 0,00
Valor Total da NFS-e 15.000,00		Valor Líquido da NFS-e 15.000,00	
Informações Adicionais Reg. Especial de Tributação: Estimativa Fixa Lei 12741/2012: Mun: R\$313,50; Est: R\$0,00; Fed: R\$2017,50; Total Aprox: R\$2331,00. Fonte: IBPT.			

Consulta realizada em 12/12/2023 às 16:46:31.
 Para consultar a autenticidade acesse: soledade-portais.govcloud.com.br/NFSe.Portal



202300000000367ccf07cdc529881807000162

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 202300000000367 Competência 12/12/2023 NFS-e ccf07cdc5	Número de Controle do Município 
--	--	---	--

Consulta realizada em 12/12/2023 às 16:46:31.
 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** 13/12/2023 07:53:53**TED Outra Titularidade**

Solicitante: CARLOS
Cooperativa Origem: 0247
Conta Origem: 18089-4
Número de Controle: 2095831997
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: 13/12/2023
Hora Transferência: 07:53:26
Valor a Transferir (R\$): 15.000,00
Finalidade: Credito Em Conta
Motivo Transferência: PAGTO HONORARIOS MEDICOS
Identificador: 97.503.676/0001-30
Tarifa (R\$): 2,00
Autenticação Eletrônica: DD31.45A1.911E.1A5B.7D41.AE74.4246.C97F



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

* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.

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

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

SAC 0800 724 7220

Ouvidoria 0800 646 2519

Atendimento aos deficientes auditivos ou de fala 0800 724 0525

LANÇADO

Nota Fiscal de Serviço Eletrônica

CLEUSA SALETE SCIPIONI DA ROCHA ***** AV. AV. PINHEIRO MACHADO, 952 - SALA 104 CEP: 99300-000 - Bairro: CENTRO Município: Soledade - RS E-mail: contabil.brum@yahoo.com.br Fone: (54) 3381-1504			Número da NFS-e 202300000000252	
CNPJ / CPF Inscrição Estadual Inscrição Municipal 30.600.624/0001-00 ISENT0 5048			Data do Serviço 12/12/2023	Código Verificador 776dda253

 MUNICÍPIO DE SOLEDADE/RS Secretaria Municipal da Fazenda Fone: (54) 3381-9010 - soledade-portais.govcloud.com.br/NFSe.Portal	Dt. de Emissão	Exigibilidade ISS	Tributado no Município
	12/12/2023	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					
financeirohcfcc@gmail.com					

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

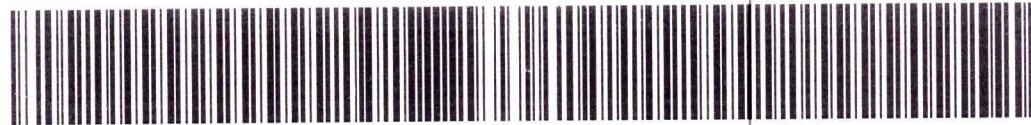
DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	VALOR TOTAL	ALIQ.	VALOR IMPOSTO	RETIDO
REF. A SOBREAVISO 09/2023	32.500,00	3,00	0,00	Não

Código do Serviço		Codigo NBS	
04.01 - Medicina e biomedicina.		*****	
ICMS	COFINS	COFINS Importação	ICMS
0,00	0,00	0,00	0,00
IOF	IPI	PIS/PASEP	PIS/PASEP Importação
0,00	0,00	0,00	0,00
Base Cálculo ISSQN Próprio	Valor do ISSQN Próprio	Base Cálculo ISSQN Retido	Valor do ISSQN Retido
32.500,00	0,00	0,00	0,00
Valor Total da NFS-e	32.500,00	Valor Líquido da NFS-e	32.500,00

Informações Adicionais Reg. Especial de Tributação: Estimativa Fixa Lei 12741/2012: Mun: R\$679,25; Est: R\$0,00; Fed: R\$4371,25; Total Aprox: R\$5050,50. Fonte: IBPT.	
--	---

Consulta realizada em 12/12/2023 às 15:20:15.

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



202300000000252776dda25330600624000100

Recebi(emos) de CLEUSA SALETE SCIPIONI DA ROCHA os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado. _____ Data	Identificação e assinatura do receptor _____ Data	Número da NFS-e 202300000000252 Competência 12/12/2023 NFS-e 776dda253	Número de Controle do Município
--	---	---	---------------------------------

**Associado:** HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE**Cooperativa:** 0247 **Conta Corrente:** 18089-4 **Impresso em** 13/12/2023 07:53:49**TED Outra Titularidade**

Solicitante: CARLOS
Cooperativa Origem: 0247
Conta Origem: 18089-4
Número de Controle: 2095831340
Instituição: UNICRED
Cooperativa/Agência: 1168
Tipo de Conta Destino: Conta Corrente
Conta Destino: 744824
Favorecido: CLEUSA SALETE SCIPIONI DA ROCHA
CPF/CNPJ: 30.600.624/0001-00
Data Transferência: 13/12/2023
Hora Transferência: 07:53:27
Valor a Transferir (R\$): 32.500,00
Finalidade: Credito Em Conta
Motivo Transferência: PAGTO HONORARIOS MEDICOS
Identificador: 97.503.676/0001-30
Tarifa (R\$): 2,00
Autenticação Eletrônica: 0072.34F6.DC5A.2E41.430F.2127.A6AC.1F10

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

* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.

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

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

SAC 0800 724 7220
Ouvidoria 0800 646 2519

Atendimento aos deficientes auditivos ou de fala 0800 724 0525

LANÇADO

Nota Fiscal de Serviço Eletrônica

IZA PIAZZA & CIA LTDA ***** RUA ARMANDO HAEFFNER, 371 CEP: 99300-000 - Bairro. FONTES Município. Soledade - RS E-mail: escritoriococha1@gmail.com Fone: (54) 3381-2606			Número da NFS-e 202300000000246	
CNPJ / CPF Inscrição Estadual Inscrição Municipal 18.792.637/0001-23 ISENT0 47811			Data do Serviço 12/12/2023	Código Verificador 0b926eb9f

 MUNICÍPIO DE SOLEDADE/RS Secretaria Municipal da Fazenda Fone: (54) 3381-9010 - soledade-portais.govcloud.com.br/NFSe.Portal	Dt. de Emissão 12/12/2023	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:

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	VALOR TOTAL	ALIQ.	VALOR IMPOSTO	RETIDO
SERVIÇOS REFERENTE SOBRE AVISO DE SETEMBRO/2023.	21.380,00	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	IPI 0,00
Base Cálculo ISSQN Próprio 21.380,00	Valor do ISSQN Próprio 0,00	Base Cálculo ISSQN Retido 0,00	Valor do ISSQN Retido 0,00
Valor Total da NFS-e 21.380,00		Valor Líquido da NFS-e 21.380,00	
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\$446,84; Est: R\$0,00; Fed: R\$2875,61. Total Aprox: R\$3322,45. Fonte: IBPT.			

Consulta realizada em 12/12/2023 às 16:57:33.
 Para consultar a autenticidade acesse: soledade-portais.govcloud.com.br/NFSe.Portal



2023000000002460b926eb9f18792637000123

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 202300000000246 Competência 12/12/2023 NFS-e 0b926eb9f	Número de Controle do Município 
---	--	---	---

Consulta realizada em 12/12/2023 às 16:57:33.
 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** 13/12/2023 07:53:51**TED Outra Titularidade**

Solicitante: CARLOS
Cooperativa Origem: 0247
Conta Origem: 18089-4
Número de Controle: 2095831689
Instituição: BANCO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL S.A
Cooperativa/Agência: 418
Tipo de Conta Destino: Conta Corrente
Conta Destino: 0604216600
Favorecido: IZA PIAZZA E CIA LTDA
CPF/CNPJ: 18.792.637/0001-23
Data Transferência: 13/12/2023
Hora Transferência: 07:53:26
Valor a Transferir (R\$): 21.380,00
Finalidade: Credito Em Conta
Motivo Transferência: PAGTO HONORARIOS MEDICOS
Identificador: 97.503.676/0001-30
Tarifa (R\$): 2,00
Autenticação Eletrônica: F5F5.527C.03FA.4D96.3E88.86D3.7306.1B08

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

* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.

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

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

SAC 0800 724 7220
Ouvidoria 0800 646 2519

Atendimento aos deficientes auditivos ou de fala 0800 724 0525

LANÇADO

Nota Fiscal de Serviço Eletrônica

IZA PIAZZA & CIA LTDA ***** RUA ARMANDO HAEFFNER, 371 CEP: 99300-000 - Bairro: FONTES Município: Soledade - RS E-mail: escritorioccha1@gmail.com Fone: (54) 3381-2606			Número da NFS-e 202300000000247	
CNPJ / CPF Inscrição Estadual Inscrição Municipal 18.792.637/0001-23 ISENT0 47811			Data do Serviço 12/12/2023	Código Verificador b503ff096

 MUNICÍPIO DE SOLEDADE/RS Secretaria Municipal da Fazenda Fone: (54) 3381-9010 - soledade-portais.govcloud.com.br/NFSe.Portal	Dt. de Emissão 12/12/2023	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 *****	Cidade *****

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	VALOR TOTAL	ALIQ.	VALOR IMPOSTO	RETIDO
SERVIÇOS REFERENTE SOBRE AVISO OUTUBRO/2023.	15.000,00	0,00	0,00	Não

Código do Serviço 04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.				Código NBS *****			
CIDE 0,00	COFINS 0,00	COFINS Importação 0,00	ICMS 0,00	IPI 0,00	PIS/PASEP 0,00	PIS/PASEP Importação 0,00	
Base Cálculo ISSQN Próprio 15.000,00	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 15.000,00		Valor Líquido da NFS-e 15.000,00					

Informações Adicionais NOTA EMITIDA POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL NAO GERA DIREITO A CREDITO FISCAL DE IPI Lei 12741/2012: Mun: R\$313,50; Est: R\$0,00; Fed: R\$2017,50; Total Aprox: R\$2331,00. Fonte: IBPT.	
--	---

Consulta realizada em 12/12/2023 às 17:00:54.
 Para consultar a autenticidade acesse: soledade-portais.govcloud.com.br/NFSe.Portal



202300000000247b503ff09618792637000123

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 202300000000247 Competência 12/12/2023 NFS-e b503ff096	Número de Controle do Município 
---	---	---	--

Consulta realizada em 12/12/2023 às 17:00:54.
 Para consultar a autenticidade acesse: soledade-portais.govcloud.com.br/NFSe.Portal

**Associado:** HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE**Cooperativa:** 0247 **Conta Corrente:** 18089-4 **Impresso em** 13/12/2023 07:53:55**TED Outra Titularidade**

Solicitante: CARLOS
Cooperativa Origem: 0247
Conta Origem: 18089-4
Número de Controle: 2095832453
Instituição: BANCO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL S.A.
Cooperativa/Agência: 418
Tipo de Conta Destino: Conta Corrente
Conta Destino: 0604216600
Favorecido: IZA PIAZZA E CIA LTDA
CPF/CNPJ: 18.792.637/0001-23
Data Transferência: 13/12/2023
Hora Transferência: 07:53:26
Valor a Transferir (R\$): 15.000,00
Finalidade: Credito Em Conta
Motivo Transferência: PAGTO HONORARIOS MEDICOS
Identificador: 97.503.676/0001-30
Tarifa (R\$): 2,00
Autenticação Eletrônica: 4257.87F2.8830.3944.8ADE.1108.A991.9188

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

* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.

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

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

SAC 0800 724 7220
Ouvidoria 0800 646 2519

Atendimento aos deficientes auditivos ou de fala 0800 724 0525

LANÇADO

Nota Fiscal de Serviço Eletrônica

PALLUDO & ALGAYER LTDA CLÍNICA ALGAYER E PALLUDO RUA VENANCIO AIRES, 816 - SALA 09 CEP: 99300-000 - Bairro: CENTRO Município: Soledade - RS E-mail: julietateixeirabrum@yahoo.com.br Fone: (54) 99636-4462			Número da NFS-e 202300000000366	
CNPJ / CPF Inscrição Estadual Inscrição Municipal 29.881.807/0001-62 ISENTO 5024758			Data do Serviço 12/12/2023	Código Verificador 565d93b20

 MUNICÍPIO DE SOLEDADE/RS Secretaria Municipal da Fazenda Fone: (54) 3381-9010 - soledade-portais.govcloud.com.br/NFSe.Portal	Dt. de Emissão 12/12/2023	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 09/23	10.900,00	3,00	0,00	Não

Código do Serviço 04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.				Código NBS *****	
CIDE 0,00	COFINS 0,00	COFINS Importação 0,00	ICMS 0,00	IOF 0,00	IPI 0,00
PIS/PASEP 0,00		PIS/PASEP Importação 0,00			
Base Cálculo ISSQN Proprio 10.900,00		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 Dedução/Descontos 0,00	
Valor Total da NFS-e 10.900,00		Valor Líquido da NFS-e 10.900,00			

Informações Adicionais Reg. Especial de Tributação: Estimativa Fixa Lei 12741/2012: Mun: R\$227,81; Est: R\$0,00; Fed: R\$1466,05; Total Aprox: R\$1693,86. Fonte: IBPT.	
--	---

Consulta realizada em 12/12/2023 às 16:45:50.

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



202300000000366565d93b2029881807000162

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 202300000000366 Competência 12/12/2023 NFS-e 565d93b20	Número de Controle do Município 
--	---	---	--

Consulta realizada em 12/12/2023 às 16:45:50.

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 13/12/2023 07:53:52

TED Outra Titularidade

Solicitante: CARLOS
Cooperativa Origem: 0247
Conta Origem: 18089-4
Número de Controle: 2095832193
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: 13/12/2023
Hora Transferência: 07:53:26
Valor a Transferir (R\$): 10.900,00
Finalidade: Crédito Em Conta
Motivo Transferência: PAGTO HONORARIOS MEDICOS
Identificador: 97.503.676/0001-30
Tarifa (R\$): 2,00
Autenticação Eletrônica: F3F6.7FD3.0195.629E.FD7E.D753.F22F.5BD3

LANÇADO*gi*

* 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 202300000000776	
CNPJ / CPF Inscrição Estadual Inscrição Municipal 15.287.128/0001-55 ISENTA 7908			Data do Serviço 12/12/2023	Código Verificador ac5539eb5

 MUNICÍPIO DE SOLEDADE/RS Secretaria Municipal da Fazenda Fone: (54) 3381-9010 - soledade-portais.govcloud.com.br/NFSe.Portal	Dt. de Emissão	Exigibilidade ISS	Tributado no Município
	12/12/2023	Exigível	Soledade/RS

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

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

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	VALOR TOTAL	ALIQ.	VALOR IMPOSTO	RETIDO
REFERENTA A SOBREAVISO DO MÊS DE OUTUBRO DE 2023.	15.000,00	3,00	450,00	Não

Código do Serviço		Código NBS	
04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.		*****	
CIDE	COFINS	COFINS Importação	ICMS
0,00	450,00	0,00	0,00
IOF	IPI	PIS/PASEP	PIS/PASEP Importação
0,00	0,00	97,50	0,00
Base Cálculo ISSQN Próprio	Valor do ISSQN Próprio	Base Cálculo ISSQN Retido	Valor do ISSQN Retido
15.000,00	450,00	0,00	0,00
Valor Total da NFS-e	15.000,00	Valor Líquido da NFS-e	14.077,50

Informações Adicionais Lei 12741/2012: Mun: R\$313,50; Est: R\$0,00; Fed: R\$2017,50; Total Aprox: R\$2331,00. Fonte: IBPT. IR Retido: R\$225,00 Retenções: COFINS R\$ 450,00;PIS R\$ 97,50;CSLL R\$ 150,00;	
---	---

Consulta realizada em 12/12/2023 às 15:04:35.

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



202300000000776ac5539eb515287128000155

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 202300000000776 Competência 12/12/2023 NFS-e ac5539eb5	Número de Controle do Município
---	---	---	---------------------------------

Consulta realizada em 12/12/2023 às 15:04:35.

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

**Associado:** HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE**Cooperativa:** 0247 **Conta Corrente:** 18089-4 **Impresso em** 13/12/2023 09:24:28**Transferência entre Contas do Sicredi**

Solicitante: CARLOS
Cooperativa Origem: 0247
Conta Origem: 18089-4
Número de Controle: 2095986117
Cooperativa Destino: 247
Conta Destino: 51212-5
Favorecido: IGOR ELIAS GHELLER E CIA LTDA ME
Origem dos Recursos: Conta Corrente
Data da Transferência: 13/12/2023
Hora da Transferência: 09:24:04
Valor Transferido (R\$): 14.077,50
Motivo da Transferência: PAGTO HONORARIOS MEDICOS
Autenticação Eletrônica: CCF8.D14B.2291.5AF7.C35F.DB79.50EA.3377

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

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

LANÇADO



MUNICÍPIO DE PASSO FUNDO - RS
SEF. SECRETARIA DE FINANÇAS
<http://www.pmpf.rs.gov.br>

NFSe
Nota Fiscal de Serviços
Eletrônica

Consulte a autenticidade deste documento acessando o site: <http://www.pmpf.rs.gov.br/nfse/>

Data de Emissão da NFS-e 13/12/2023 às 20:31:18	Código de verificação 197477920	Número da NFS-e 202319
Data de Emissão do RPS 13/12/2023	Número do RPS 20231213203118	

PRESTADOR DO SERVIÇO	
Nome ou Razão Social: MARLANA M. MAGALHAES LTDA	Telefone: 55997124739
CPF/CNPJ: 50.979.870/0001-22	Inscrição Municipal: 121871
Endereço: AVENIDA SETE DE SETEMBRO, 759, APTO 701 A - CENTRO	CEP: 99010-122
Município/UF: PASSO FUNDO/RS	E-mail: mari.mafalda@hotmail.com

TOMADOR DO SERVIÇO	
Nome ou Razão Social: HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE	Telefone: 5433811244
CPF/CNPJ: 97.503.676/0001-30	Inscrição Municipal:
Endereço: AV. PINHEIRO MACHADO, 328, - CENTRO	CEP: 99300-000
Município/UF: SOLEDADE/RS	E-mail:

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS
PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS REFERENTE AO MÊS DE SETEMBRO/2023

CNAE Fiscal: Atividades de atendimento em pronto-socorro e unidades hospitalares para atendimento a urgências
Item da Lista de Serviços: 04.05 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos socorros, ambulatórios e
Natureza da Operação: [6.4] Imposto devido fora de Passo Fundo, com obrigação de retenção na fonte
Município da Prestação de Serviço: SOLEDADE

Construção Civil:	Matrícula CEI:	Intermediário dos Serviços:
-------------------	----------------	-----------------------------

VALOR NOTA FISCAL							
Valor dos Serviços	Descontos	Retenções	ISS Retido na Fonte	Valor Líquido da Nota			
RS 5.280,00 (-)	RS 0,00 (-)	RS 0,00 (-)	RS 105,60 (=)	RS 5.174,40			

CÁLCULO DO ISS							
Valor dos Serviços	Deduções	Descontos	Base de Cálculo do ISS	Alíquota	Valor do ISS		
RS 5.280,00 (-)	RS 0,00 (-)	RS 0,00 (-)	RS 5.280,00 (=)	2,00 % (=)	RS 105,60		

RETENÇÕES FEDERAIS					
PIS/PASEP	COFINS	INSS	IR	CST	Outras retenções
RS 0,00	RS 0,00	RS 0,00	RS 0,00	RS 0,00	RS 0,00

OBSERVAÇÕES

22

Comprovante de Pagamento PIX



PAGTO HONORARIOS MEDICOS

Valor: R\$ 5.174,40

Realizado em: 14/12/2023 - 16:02:32

Solicitante: CARLOS ALBERTO ROCHA

Cooperativa e conta origem: 0247/18089-4

Nome do destinatário: MARIANA M. MAGALHAES LTDA

CNPJ do destinatário: 50.979.870/0001-22

Instituição do destinatário: NU PAGAMENTOS - IP

Agência e conta do destinatário: 1 / 90336530-1

Nome do pagador: HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE

CNPJ do pagador: 97.503.676/0001-30

Instituição do pagador: BANCO COOPERATIVO SICREDI S.A.

ID da transação: E8790060120231214185009T9rVIQWhu

Autenticação Eletrônica: E879.0060.1202.3121.4185.009T.9rVI.QWhu

Número de Controle: 10394739156

Emitido em: 14/12/2023 - 16:03:26

* A transação acima foi realizada no nosso Internet Banking conforme as condições especificadas neste comprovante.

* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.

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

SAC 0800 724 7220 / Ouvidoria 0800 646 25 19

	PREFEITURA MUNICIPAL DE BARÃO DE COTEGIPE - RS		Número da Nota 112	
	SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA		Data e Hora de Emissão 13/12/2023 15:21:43	
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e		Código de Verificação 602A.E2B0		
Competência 13/12/2023	Número do RPS / Série	Data de Emissão do RPS	Número da NFS-e Substituída	
DADOS DO(S) SERVIÇO(S)				
Exigibilidade Exigível	Município da Prestação do(s) Serviço(s) Barão de Cotegipe/RS		Município da Incidência Barão de Cotegipe/RS	
PRESTADOR DO(S) SERVIÇO				
Nome/Razão Social SERVIÇOS MÉDICOS T3 LTDA				
Nome Fantasia				
Endereço Linha 3 São Roque, 666, Interior				
Município do Prestador Barão de Cotegipe/RS CEP 99740-000				
Cpf/Cnpj 31.671.349/0001-89	Inscrição Municipal 1627	Inscrição Estadual ISENTO		
Telefone (54)8448-0207	Email lt3cereais@gmail.com			
TOMADOR DO(S) SERVIÇO(S)				
Nome/Razão Social HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE				
Endereço AV PINHEIRO MACHADO, 828, CENTRO				
Município Soledade/RS CEP 99300-000				
Cpf/Cnpj 97.503.676/0001-30	Inscrição Municipal		Telefone	
Email financeiro.hcfc@gmail.com				
DISCRIMINAÇÃO DO(S) SERVIÇO				
Discriminação Referente plantão PA		Valor do Serviço 15.000,00	Descontos(R\$) 3,00	Valor do ISS(R\$) 450,00
Valor do(s) Serviço(s)(R\$) 15.000,00	Valor Dedução(R\$)	Descontos Incondicionais(R\$)	Base de Cálculo(R\$)	15.000,00
Alíquota(%) 3,00	Valor do ISS(R\$) 450,00	Valor do ISS Retido(R\$)	Descontos Condicionais(R\$)	
RETENÇÕES FEDERAIS				
Imposto de Renda(R\$)	PIS(R\$)	COFINS(R\$)	CSLL(R\$)	INSS(R\$)
Outras Retenções(R\$)				
TOTAIS				
Total do(s) Serviço(s)(R\$) 15.000,00		Total Líquido(R\$) 15.000,00		
Código de Classificação de Serviços 04.03 Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.				
OUTRAS INFORMAÇÕES				
A Autenticidade desta NFS-e pode ser verificada no site http://www.baraodecotegipe.rs.gov.br , item NFS-e, menu Consulta de Autenticidade da NFS-e. Valor Aproximado Tributos : Federal = R\$ 2.017,50 (13,45%) Municipal = R\$ 313,50 (2,09%) Fonte: IBPT				
Data e Hora da Impressão: 13/12/2023 15:21:54				
Recebemos de SERVIÇOS MÉDICOS T3 LTDA o(s) Serviço(s) da NFS-e indicada ao lado			NFS-e Nº 112	
Emissão 13/12/2023 Tomador HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE Total Líquido : R\$ 15.000,00				
Data de Recebimento		Identificação e Assinatura do Recebedor		
				
Desenvolvido por: 				



Associado: HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE

Cooperativa: 0247 Conta Corrente: 18089-4 Impresso em 14/12/2023 16:04:59

TED Outra Titularidade

Solicitante: CARLOS
Cooperativa Origem: 0247
Conta Origem: 18089-4
Número de Controle: 2098239055
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: 14/12/2023
Hora Transferência: 16:02:30
Valor a Transferir (R\$): 15.000,00
Finalidade: Credito Em Conta
Motivo Transferência: PAGTO HONORARIOS MEDICOS
Identificador: 97.503.676/0001-30
Tarifa (R\$): 2,00
Autenticação Eletrônica: 3A78.5BDB.AEED.DC9E.4640.88EB.FABE.92DD

* 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, 827 - SALA 103-E CEP: 99300-000 - Bairro: CENTRO Município: Soledade - RS E-mail: clinicavitta20@hotmail.com Fone: (54) 3381-3722			Número da NFS-e 202300000000181	
Data do Serviço 15/12/2023			Código Verificador 3045d41be	
CNPJ / CPF 21.804.490/0001-59	Inscrição Estadual ****	Inscrição Municipal 90609		

 MUNICÍPIO DE SOLEDADE/RS Secretaria Municipal da Fazenda Fone: (54) 3381-9010 - soledade-portais.govcloud.com.br/NFSe.Portal	Dt. de Emissão 15/12/2023	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 *****
Cidade *****	

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	VALOR TOTAL	ALIQ.	VALOR IMPOSTO	RETIDO
REFERENTE PLANTÃO PA 10/23; Aliquota Efetiva: 2,000000000000%.	14.032,00	2,00	280,64	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
IOT 0,00	IPI 0,00	PIS/PASEP 0,00	PIS/PASEP Importação 0,00
Base Cálculo ISSQN Próprio 14.032,00	Valor do ISSQN Próprio 280,64	Base Cálculo ISSQN Retido 0,00	Valor do ISSQN Retido 0,00
Valor Total da NFS-e 14.032,00	Valor Líquido da NFS-e 14.032,00		

Informações Adicionais NOTA EMITIDA POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL NÃO GERA DIREITO A CREDITO FISCAL DE IPI Lei 12741/2012: Mun: R\$293,27; Est: R\$0,00; Fed: R\$1887,30; Total Aprox: R\$2180,57. Fonte: IBPT	
---	---

Consulta realizada em 15/12/2023 às 15:03:31.
 Para consultar a autenticidade acesse: soledade-portais.govcloud.com.br/NFSe.Portal



Recebi(emos) de ANA C. NAZARI SAUDE	Número da NFS-e 202300000000181	Número de Controle do Município 
os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado.	Competência 15/12/2023	
Data ____/____/____	NFS-e 3045d41be	
Identificação e assinatura do receptor		

Consulta realizada em 15/12/2023 às 15:03:31.
 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** 15/12/2023 15:15:01**TED Outra Titularidade**

Solicitante: ADAIRTO
Cooperativa Origem: 0247
Conta Origem: 18089-4
Número de Controle: 2099883889
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: 15/12/2023
Hora Transferência: 15:14:44
Valor a Transferir (R\$): 14.032,00
Finalidade: Credito Em Conta
Motivo Transferência: PAGTO HONORARIOS MEDICOS
Identificador: 97.503.676/0001-30
Tarifa (R\$): 2,00
Autenticação Eletrônica: 6034.0BEF.7633.0885.DE8A.88BD.3EC8.8192

* 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