



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOLEDADE
Secretaria Municipal da Fazenda e Fiscalização
ANEXO I

PRESTAÇÃO DE CONTAS
RELATÓRIO DE EXECUÇÃO FÍSICO-FINANCEIRO

6. AUTENTICAÇÃO:

Local e data:

SOLEDADE, 31 DE JULHO DE 2019


SEBASTIÃO AVANI DA SILVA
PRESIDENTE


JONATAS TURÊLA BORGES
N.º do CRC 60.958

7. APROVAÇÃO PELO CONCEDEENTE:

Aprovado em: ____/____/____

Paulo Ricardo Cattaneo
Prefeito Municipal de Soledade



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOLEDADE
Secretaria Municipal da Fazenda e Fiscalização
ANEXO II

PRESTAÇÃO DE CONTAS
DEMONSTRATIVO DOS PAGAMENTOS EFETUADOS

1. ÓRGÃO OU ENTIDADE: HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE
2. NOME DO PROJETO: PRONTO ATENDIMENTO
3. PERÍODO DE EXECUÇÃO: 21/03/2019 A 31/01/2020
4. PERÍODO DESTA RELATÓRIO: 30/05/2019 A 31/07/2019

5.1. ESPECIFICAÇÃO	5.2. Nº/RECIBO	5.3. EMISSÃO	5.4. N.º DO CHEQUE/TRANSEF.	5.5. NOME DA EMPRESA / PESSOA FÍSICA	5.6. N.º DO CNPJ/ CPF	5.7. DATA DE PAGAMENTO	5.8. VLR. PAGO NF/RECIBO	5.9. VLR. DO IMP. RECOLHIDO
PAGAMENTO DE PROFISSIONAIS	204	11/06/2019	452754	JOÃO ALFREDO D' AVIZ	280.800.330-72	12/06/2019	R\$ 2.274,85	R\$ 30,07
PAGAMENTO DE PROFISSIONAIS	205	11/06/2019	452757	JOSE CARLOS RUFATO	206.315.370-15	12/06/2019	R\$ 5.640,40	R\$ 940,35
PAGAMENTO DE PROFISSIONAIS	2019225	11/06/2019	452758	IGOR ELIAS GHELLER E CIA LTDA ME	15.287.128/0001-55	12/06/2019	R\$ 18.039,85	R\$ 1.182,15
PAGAMENTO DE PROFISSIONAIS	2019211	11/06/2019	452762	CLINICA MEDICA TATIM LTDA	12.560.518/0001-69	12/06/2019	R\$ 13.386,00	
PAGAMENTO DE PROFISSIONAIS	201998	11/06/2019	452768	CLINICA MEDINA LTDA	11.370.581/0001-70	12/06/2019	R\$ 23.508,96	
PAGAMENTO DE PROFISSIONAIS	202	11/06/2019	452784	GETULIO DIAS DE VASCONCELLOS	280.101.160-68	12/06/2019	R\$ 4.450,86	R\$ 489,14
PAGAMENTO DE PROFISSIONAIS	206	11/06/2019	452785	WILSON ANTONIO RIFFEL FILHO	426.972.200-20	12/06/2019	R\$ 3.329,80	R\$ 170,20
PAGAMENTO DE PROFISSIONAIS	208	11/06/2019	453659	MARCIO BORGES SCHILLING	009.230.940-24	11/06/2019	R\$ 1.002,88	R\$ 250,71
PAGAMENTO DE PROFISSIONAIS	203	11/06/2019	452748	JAQUELINE CARDOSO OLIVEIRA GOUJARI	634.399.800-49	12/06/2019	R\$ 6.469,98	R\$ 1.255,02
PAGAMENTO DE PROFISSIONAIS	201965	11/06/2019	452791	JULIANO COGO MACHADO E CIA LTDA	12.683.334/0001-96	12/06/2019	R\$ 17.503,03	R\$ 1.146,97
PAGAMENTO DE PROFISSIONAIS	201944	11/06/2019	452812	CLEUSA SALETE SCIPIONI DA ROCHA	30.600.624/0001-00	12/06/2019	R\$ 17.000,00	
PAGAMENTO DE PROFISSIONAIS	207	11/06/2019	453291	GRAZIELI PRATES	028.970.650-52	12/06/2019	R\$ 1.130,32	R\$ 282,58
PAGAMENTO DE PROFISSIONAIS	2019106	19/06/2019	46022	MIGUEL ANGELO DE ALMEIDA SAURIN & CIA L	18.835.047/0001-30	19/06/2019	R\$ 3.634,00	R\$ 366,00
PAGAMENTO DE PROFISSIONAIS	373	03/06/2019	463793	RMS & GC MEDICINA E SAUDE LTDA	27.852.816/0001-08	24/06/2019	R\$ 3.500,00	
PAGAMENTO DE PROFISSIONAIS	2019219	11/07/2019	484170	CLINICA MEDICA TATIM LTDA	12.560.518/0001-69	11/07/2019	R\$ 18.236,00	
PAGAMENTO DE PROFISSIONAIS	2019109	11/07/2019	484171	MIGUEL ANGELO DE ALMEIDA SAURIN & CIA L	18.835.047/0001-30	11/07/2019	R\$ 8.630,75	R\$ 869,25
PAGAMENTO DE PROFISSIONAIS	214	11/07/2019	484173	JOSE CARLOS RUFATO	206.315.370-15	11/07/2019	R\$ 5.581,86	R\$ 918,14
PAGAMENTO DE PROFISSIONAIS	213	11/07/2019	484174	JOÃO ALFREDO D' AVIZ	280.800.330-72	11/07/2019	R\$ 2.244,77	R\$ 27,63
PAGAMENTO DE PROFISSIONAIS	211	11/07/2019	484177	GETULIO DIAS DE VASCONCELLOS	280.101.160-68	11/07/2019	R\$ 5.955,23	R\$ 1.059,77
PAGAMENTO DE PROFISSIONAIS	2019235	11/07/2019	484178	IGOR ELIAS GHELLER E CIA LTDA ME	15.287.128/0001-55	11/07/2019	R\$ 16.752,23	R\$ 1.097,77
PAGAMENTO DE PROFISSIONAIS	2019101	11/07/2019	484408	CLINICA MEDINA LTDA	11.370.581/0001-70	11/07/2019	R\$ 19.333,36	
PAGAMENTO DE PROFISSIONAIS	201971	11/07/2019	484184	JULIANO COGO MACHADO E CIA LTDA	12.683.334/0001-96	11/07/2019	R\$ 14.499,83	R\$ 950,17



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOLEDADE
Secretaria Municipal da Fazenda e Fiscalização
ANEXO II

PRESTAÇÃO DE CONTAS
DEMONSTRATIVO DOS PAGAMENTOS EFETUADOS

PAGAMENTO DE PROFISSIONAIS	212	11/07/2019	484186	JIAQUELINE CARDOSO OLIVEIRA GoulART	634.399.800-49	11/07/2019	R\$	4.177,88	R\$	392,12
PAGAMENTO DE PROFISSIONAIS	201947	11/07/2019	484411	CLEUSA SALETE SCIPIONI DA ROCHA	30.600.624/0001-00	11/07/2019	R\$	10.000,00		
PAGAMENTO DE PROFISSIONAIS	201974	12/07/2019	485177	IZA PIAZZA & CIA LTDA	18.792.637/0001-23	12/07/2019	R\$	24.300,00		
							R\$	250.582,84	R\$	11.428,04

6. AUTENTICAÇÃO:

Local e data:

SOLEDADE, 31 DE JULHO DE 2019

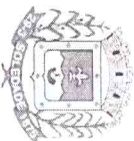
SEBASTIÃO AVANI DA SILVA
PRESIDENTE

JONATAS TURELLA BORGES
N.º do CRC 60.958

7. APROVAÇÃO PELO CONCEDENTE:

Aprovado em: ____/____/____

Paulo Ricardo Cattaneo
Prefeito Municipal de Soledade



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOLEDADE
Secretaria Municipal da Fazenda e Fiscalização
ANEXO III

PRESTAÇÃO DE CONTAS
DEMONSTRATIVO DA RECEITA E DA DESPESA

7. AUTENTICAÇÃO:

Local e data:

SOLEDADE, 31 DE JULHO DE 2019


SEBASTIÃO AVANI DA SILVA
PRESIDENTE


JONATAS TURELA BORGES
N.º do CRC 60.958

8. APROVAÇÃO PELO CONCEDENTE:

Aprovado em: ____/____/____

Paulo Ricardo Cattaneo
Prefeito Municipal de Soledade



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOLEDADE
Secretaria Municipal da Fazenda e Fiscalização
ANEXO IV

**PRESTAÇÃO DE CONTAS
CONCILIAÇÃO BANCÁRIA**

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO ÓRGÃO OU DA ENTIDADE CONVENIENTE

1.1. NOME DO ÓRGÃO OU DA ENTIDADE CONVENIENTE (conforme contido no Cartão do CNPJ):

HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE

1.2. NOME DO PROJETO:

PRONTO ATENDIMENTO

1.3. PERÍODO DE EXECUÇÃO DO PROJETO: 21/03/2019 A 31/01/2020

1.4. PERÍODO DA PRESTAÇÃO DE CONTAS: 30/05/2019 A 31/07/2019

5. PRESTAÇÃO DE CONTAS: FINAL

1.6. CONTA CORRENTE: 06.048213.0-6 1.7. BANCO: 041 1.8. AGÊNCIA: 0418

2. SALDO CONFORME EXTRATOS BANCÁRIOS NA DATA FINAL DO PERÍODO

2.1. SALDO CONFORME EXTRATOS BANCÁRIOS:

2.2. DISCRIMINAÇÃO:

2.3. VALOR (R\$)

a) Saldo anterior	R\$	1.172,03
a) Créditos (recebidos, rendimentos e outros)	R\$	249.426,00
a) Débitos (despesas + bens)	R\$	250.582,84
2.4. TOTAL (a+b-c):	R\$	15,19

3. VALORES NÃO CREDITADOS PELO BANCO ATÉ A DATA FINAL DO PERÍODO

3.1. DATA:

3.2. VALOR (R\$):

R\$ -
R\$ -
3.3. TOTAL: R\$ -

4. VALORES NÃO DEBITADOS PELO BANCO ATÉ A DATA FINAL DO PERÍODO

4.1. DATA:

4.2. VALOR (R\$):

R\$ -
R\$ -
4.3. TOTAL: R\$ -

5. SALDO FINAL (2.4 - 3.3 + 4.3)

R\$ 15,19

Local e data:

SOLEDADE, 31 DE JULHO DE 2019


SEBASTIÃO AVANI DA SILVA
PRESIDENTE


JONATAS TURELA BORGES
N.º do CRC 60.958

Obs.: Anexar os extratos bancários da conta e das aplicações do período abrangido pela prestação de contas.



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOLEDADE
Secretaria Municipal da Fazenda e Fiscalização
ANEXO V

**PRESTAÇÃO DE CONTAS
RELAÇÃO DE BENS ADQUIRIDOS OU PRODUZIDOS**

1. ÓRGÃO OU ENTIDADE:	HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE			
2. NOME DO PROJETO:	PRONTO ATENDIMENTO			
3. PERÍODO DE EXECUÇÃO:	21/03/2019	A	31/01/2020	
4. PERÍODO DESTE RELATÓRIO:	30/05/2019	A	31/07/2019	

Declaramos, para os devidos efeitos, que os bens abaixo especificados, adquiridos ou produzidos com os recursos do concedente, foram inventariados e encontram-se localizados nas instalações do Conveniente ou dos Executores conforme relacionado:

5.1. NÚMERO PATRIMONIAL		5.2. DESCRIÇÃO DO BEM		5.3. DOCUMENTO FISCAL		5.4. LOCALIZAÇÃO	5.5. QTDE.	5.6. VALOR	5.7. TOTAL R\$
NADA A DECLARAR				5.3.1. DATA	5.3.2. N.º				
HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE									

6. AUTENTICAÇÃO:
Local e data: SOLEDADE, 31 DE JULHO DE 2019
SEBASTIAO AVANI DA SILVA
PRESIDENTE
JONATAS TURELA BORGES
N.º do CRC 60.958

7. APROVAÇÃO PELO CONCEDEENTE:
Aprovado em: ____/____/____
Paulo Ricardo Cattaneo
Prefeito Municipal de Soledade

BANRISUL 29/07/2019
 AGENCIA: 0418 - SOLEDADE
 CONTA.: 06.048213.0-6
 NOME.: HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE
 IDENTIFICACAO: 29201907291376591289

----- PARA SIMPLES CONFERENCIA -----
 SALDO DA CONTA
 SALDO LIVRE.....R\$ 15,19
 TOTAL LIVRE.....R\$ 15,19

PREZADO CLIENTE: O BANRISUL INFORMA QUE OS JUROS DE SUA CONTA-CORRENTE SERAO DEBITADOS NO ULTIMO DIA UTIL DO MES.

DIA HISTORICO	DOCUMENTO	V A L O R
----- MOVIMENTOS DA CONTA CORRENTE -----		
		1.172,03
++ SALDO ANT EM 21/05/2019		
++ MOVIMENTOS JUN/2019		
10 TED - SPB	036751	124.713,00-
SALDO NA DATA		125.985,03-
12 DEVOLUCAO TED	022245	17.000,00-
DEBITO TRANSFERENCIA	452754	2.274,85-
DEBITO TRANSFERENCIA	452757	5.640,40-
DEBITO TRANSFERENCIA	452758	18.039,85-
DEBITO TRANSFERENCIA	452762	13.386,60-
DEBITO TRANSFERENCIA	452768	23.508,94-
DEBITO TRANSFERENCIA	452784	4.450,86-
DEBITO TRANSFERENCIA	452785	3.329,80-
DEBITO TRANSFERENCIA	453659	1.002,28-
DEBITO TRANSFERENCIA	452748	6.469,58-
TED	452788	17.000,00-
TED	452791	17.503,93-
TED	452812	17.000,00-
TED	453291	1.130,32-
SALDO NA DATA		12.148,10-
19 DEBITO TRANSFERENCIA	460022	3.634,00-
SALDO NA DATA		8.514,10-
24 TED	463793	3.500,00-
SALDO NA DATA		5.014,10-

 BANCO BOM NAO TIRA O SEU SONO,
 FAZ VOCE SONHAR.
 CONTE COM O CONSIGNADO BANRISUL.
 SAIBA MAIS: WWW.BANRISUL.COM.BR/CONSIGNADO

----- EXTRATO EMITIDO AS 08:18 DE 29/07/2019 -----

SAC 0800 646 1515
 OUVIDORIA 0800 644 2200

BANRISUL 29/07/2019
 AGENCIA: 0418 - SOLEDADE
 CONTA...: 06.048213.0-6
 NOME...: HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE
 IDENTIFICACAO: 29201907291376590621

----- PARA SIMPLES CONFERENCIA -----
 SALDO DA CONTA
 SALDO LIVRE.....R\$ 15,19
 TOTAL LIVRE.....R\$ 15,19

PREZADO CLIENTE: O BANRISUL INFORMA QUE OS
 JUROS DE SUA CONTA-CORRENTE SERAO DEBITADOS
 NO ULTIMO DIA UTIL DO MES.

DIA HISTORICO	DOCUMENTO	V A L O R
----- MOVIMENTOS DA CONTA CORRENTE -----		
		5.014,10
SALDO ANT EM 24/06/2019		
++ MOVIMENTOS JUL/2019		
10 TED - SPB	032235	124.713,00
SALDO NA DATA		129.727,10
11 DEBITO TRANSFERENCIA	484170	18.238,00
DEBITO TRANSFERENCIA	484171	8.630,75
DEBITO TRANSFERENCIA	484173	5.581,80
DEBITO TRANSFERENCIA	484174	2.244,75
DEBITO TRANSFERENCIA	484177	9.952,20
DEBITO TRANSFERENCIA	484178	16.752,23
DEBITO TRANSFERENCIA	484408	19.333,36
DEBITO TRANSFERENCIA	484184	14.499,83
TED	484186	4.177,88
TED	484411	10.000,00
TED		24.315,19
SALDO NA DATA		24.300,00
12 DEBITO TRANSFERENCIA	485177	15,19
SALDO NA DATA		15,19

BANCO BOM NAO TIRA O SEU SONO,
 FAZ VOCE SONHAR.
 CONTE COM O CONSIGNADO BANRISUL.
 SAIBA MAIS: WWW.BANRISUL.COM.BR/CONSIGNADO

----- EXTRATO EMITIDO AS 08:18 DE 29/07/2019 -----

SAC 0800 646 1515
 OUVIDORIA 0800 644 2200

**Recibo de Transferência**

Número: 00868418218/00000000183671/452754

Data: 12/06/2019

Hora: 10:52:23

Canal: Office Banking
Data Débito: 12/06/2019
Valor: R\$ 2.274,85
Tipo: Transferência de valor entre contas Banrisul
Conta do Remetente: 0418-06.048213.0-6
Nome do Remetente: HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE
Conta do Destinatário: 0418-35.009193.0-9
Nome do Destinatário: JOAO ALFREDO D AVIZ
Finalidade: PAGAMENTO DE HONORARIOS MEDICO

Atenciosamente

Banco do Estado do Rio Grande do Sul S.A.

03695724FFB440734D079988B42208165810

RECIBO DE PAGAMENTO A AUTÔNOMO - RPA

Nº Recibo
204
CNPJ da Empresa
97.503.676/0001-30

Nome ou Razão Social da Empresa
HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE

Recebi da Empresa acima identificada, pela prestação dos serviços de HONORARIOS MÉDICOS MES 05/2019 a importância de R\$ 2.274,85 (dois mil duzentos e setenta e quatro reais e oitenta e cinco centavos), conforme discriminativo abaixo:

Número de Inscrição	
No INSS: 12066314554	No CPF: 280.800.330-72
Identidade	
Número: 6028386966	UF: RS
Órgão Emissor: SSP	
Endereço	
PINHEIRO MACHADO, 952 CENTRO	
Localidade	Data
LEDADE/RS	11/06/2019
Nome completo	
JOAO ALFREDO D AVIZ	

ESPECIFICAÇÃO:

1.Valor Serviço Prestado	2.304,92
2.Outros Proventos	0,00
Total	2.304,92

DESCONTOS:

3.Outros Descontos	0,00
4.ISS	0,00
5.IRRF	30,07
6.Dedução INSS	0,00
7.INSS Frete	0,00
8.Pensão Alimentícia	0,00
Total	30,07

VALOR LÍQUIDO 2.274,85

Assinatura

Esta remuneração será incluída na GFIP e os valores retidos a título de contribuição previdenciária serão recolhidos em conformidade com a legislação vigente.

**Recibo de Transferência**

Número: 00868419200/00000000184289/452757

Data: 12/06/2019

Hora: 10:53:38

Canal: Office Banking
Data Débito: 12/06/2019
Valor: R\$ 5.640,40
Tipo: Transferência de valor entre contas Banrisul
Conta do Remetente: 0418-06.048213.0-6
Nome do Remetente: HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE
Conta do Destinatário: 0418-35.006679.0-3
Nome do Destinatário: JOSE CARLOS RUFATO
Finalidade: PAGAMENTO DE HONORARIOS MEDICO

Atenciosamente

Banco do Estado do Rio Grande do Sul S.A.
03861869C6B2655D9B869BF16B9A00265F43

RECIBO DE PAGAMENTO A AUTÔNOMO - RPA

Nº Recibo
205
CNPJ da Empresa
97.503.676/0001-30

Nome ou Razão Social da Empresa
HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE

Recebi da Empresa acima identificada, pela prestação dos serviços de HONORARIOS MÉDICOS MESES 05/2019 a importância de R\$ 5.640,40 (cinco mil seiscentos e quarenta reais e quarenta centavos), conforme discriminativo abaixo:

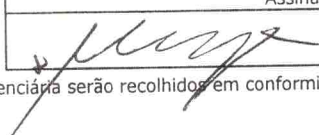
Número de Inscrição	
No INSS:	No CPF: 206.315.370-15
Identidade	
Número: 8016559059	UF: RS
Órgão Emissor: SSP	
Endereço	
BENJAMIN CONSTANT, 265 CENTRO	
Localidade	Data
LEDADE/RS	11/06/2019
Nome completo	
JOSÉ CARLOS RUFATO	

ESPECIFICAÇÃO:

1. Valor Serviço Prestado	6.580,75
2. Outros Proventos	0,00
Total	6.580,75

DESCONTOS:

3. Outros Descontos	0,00
4. ISS	0,00
5. IRRF	940,35
6. Dedução INSS	0,00
7. INSS Frete	0,00
8. Pensão Alimentícia	0,00
Total	940,35
VALOR LÍQUIDO	5.640,40

Assinatura


Esta remuneração será incluída na GFIP e os valores retidos a título de contribuição previdenciária serão recolhidos em conformidade com a legislação vigente.

**Recibo de Transferência**

Número: 00868420234/00000000184900/452758

Data: 12/06/2019

Hora: 10:54:52

Canal: Office Banking
Data Débito: 12/06/2019
Valor: R\$ 18.039,85
Tipo: Transferência de valor entre contas Banrisul
Conta do Remetente: 0418-06.048213.0-6
Nome do Remetente: HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE
Conta do Destinatário: 0418-06.042324.0-1
Nome do Destinatário: IGOR ELIAS GHELLER E CIA LTDA ME
Finalidade: PAGAMENTO DE HONORARIOS MEDICO

Atenciosamente

Banco do Estado do Rio Grande do Sul S.A.
03BFD41003C109AA759218D1BE902A769324

DANFSE - Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Serviço Eletrônica

IGOR ELIAS GHELLER & CIA LTDA

RUA ARMANDO HAEFFNER, 409
 CEP: 99300-000 - Bairro: FONTES
 Município: Soledade - RS
 E-mail: denilson.tonezer@terra.com.br
 Fone: (00) 0000-0000



Número da NFS-e

201900000000225

Data do Serviço

Código Verificador

11/06/2019

9d19c0c05

CNPJ / CPF **Inscrição Estadual** **Inscrição Municipal**
 15.287.128/0001-55 ISENTA 7908



MUNICIPIO DE SOLEDADE/RS

Secretaria Municipal da Fazenda

Fone: (54) 3381-1699 - www.soledade.rs.gov.br/nota-fiscal-eletronica/

Dt. de Emissão

11/06/2019

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 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
HCFC.NF@GMAIL.COM

Soledade/RS

INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO

Nome / Razão Social

CNPJ / CPF

Inscrição Municipal

E-m

Fone

Cidade

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

VALOR TOTAL

ALIQ.

VALOR IMPOSTO

RETIDO

SERVIÇOS MÉDICOS REFERENTE AO MÊS DE MAIO DE 2019.

19.222,00

3,00

576,66

Não

Código do Serviço

04.01 - Medicina e biomedicina.

Código NBS

CIDE COFINS COFINS Importação ICMS IOF IPI PIS/PASEP PIS/PASEP Importação
 0,00 576,66 0,00 0,00 0,00 0,00 124,94 0,00

Base Cálculo ISSQN Próprio Valor do ISSQN Próprio Base Cálculo ISSQN Retido Valor do ISSQN Retido Valor Total do ISSQN Valor Dedução/Descontos
 19.222,00 576,66 0,00 0,00 576,66 0,00

Valor Total da NFS-e **19.222,00** Valor Líquido da NFS-e **18.039,85**

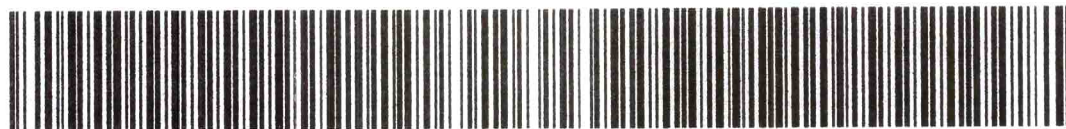
Informações Adicionais

Lei 12741/2012: Mun: R\$401,74; Est: R\$0,00; Fed: R\$2585,36; Total Aprox: R\$2987,10. Fonte: IBPT.
 IR Retido: R\$288,33
 R ções: COFINS R\$ 576,66; PIS R\$ 124,94; CSLL R\$ 192,22;



Consulta realizada em 11/06/2019 às 13:31:26.

Para consultar a autenticidade acesse: www.soledade.rs.gov.br/nota-fiscal-eletronica/



2019000000002259d19c0c0515287128000155

Recabi(emos) de

IGOR ELIAS GHELLER & CIA LTDA

os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado.

201900000000225

Número da NFS-e

Competência

11/06/2019

NFS-e

9d19c0c05

Número de Controle do Município

Consulta realizada em 11/06/2019 às 13:31:26.

Para consultar a autenticidade acesse: www.soledade.rs.gov.br/nota-fiscal-eletronica/

**Recibo de Transferência**

Número: 00868423231/00000000186817/452762

Data: 12/06/2019

Hora: 10:58:39

Canal: Office Banking
Data Débito: 12/06/2019
Valor: R\$ 13.386,00
Tipo: Transferência de valor entre contas Banrisul
Conta do Remetente: 0418-06.048213.0-6
Nome do Remetente: HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE
Conta do Destinatário: 0418-06.032782.0-3
Nome do Destinatário: CLINICA MEDICA TATIM LTDA
Finalidade: PAGAMENTO DE HONORARIOS MEDICO

Atenciosamente

Banco do Estado do Rio Grande do Sul S.A.
03535555FEB56F3AE83B422742FD6795B617

DANFSE - Documento Auxiliar da 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
20190000000211

Data do Serviço
11/06/2019

Código Verificador
98055e54

CNPJ / CPF
 12.560.518/0001-69

Inscrição Estadual
 ISENTO

Inscrição Municipal
 7390



MUNICÍPIO DE SOLEDADE/RS
 Secretaria Municipal da Fazenda
 Fone: (54) 3381-1699 - www.soledade.rs.gov.br/nota-fiscal-eletronica/

Dt. de Emissão
 11/06/2019

Exigibilidade ISS
 Exigível

Tributado no Município
 Soledade/RS

TOMADOR DO SERVIÇO

Município de Prestação do Serviço

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
17.503.676/0001-30

Inscrição Municipal
3575

Inscrição Estadual
1370031898

E-mail
HCFC.NF@GMAIL.COM

Município de Prestação do Serviço
Soledade/RS

INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO

Razão Social

CNPJ / CPF

Inscrição Municipal

Fone

Cidade

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	VALOR TOTAL	ALIQ.	VALOR IMPOSTO	RETIDO
serviços médicos prestados em maio/2019	13.800,00	3,00	414,00	Sim

Código do Serviço 04.01 - Medicina e biomedicina.		Código NBS *****		
IDE 0,00	COFINS 0,00	COFINS Importação 0,00	ICMS 0,00	IOF 0,00
IP 0,00	PI/PASEP 0,00	PI/PASEP Importação 0,00	Base Cálculo ISSQN Retido 13.800,00	Valor do ISSQN Retido 414,00
Valor do ISSQN Próprio 0,00	Valor do ISSQN Próprio 0,00	Valor Total do ISSQN 0,00	Valor Dedução/Descontos 0,00	
Valor Total da NFS-e	13.800,00	Valor Líquido da NFS-e	13.386,00	

Inscrições Adicionais

Lei 12741/2012: Mun: R\$288,42; Est: R\$0,00; Fed: R\$1856,10; Total Aprox: R\$2144,52. Fonte: IBPT.



Consulta realizada em 11/06/2019 às 10:14:59.

Para consultar a autenticidade acesse: www.soledade.rs.gov.br/nota-fiscal-eletronica/



2019000000021198055e54612560518000169

Recebi(emos) de CLINICA MÉDICA TATIM LTDA.	20190000000211 Número da NFS-e	Número de Controle do Município
Os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado.	Competência 11/06/2019	
	NFS-e 98055e546	

Consulta realizada em 11/06/2019 às 10:14:59.

Para consultar a autenticidade acesse: www.soledade.rs.gov.br/nota-fiscal-eletronica/

**Recibo de Transferência**

Número: 00868425110/00000000188023/452768

Data: 12/06/2019

Hora: 11:01:11

Canal: Office Banking
Data Débito: 12/06/2019
Valor: R\$ 23.508,96
Tipo: Transferência de valor entre contas Banrisul
Conta do Remetente: 0418-06.048213.0-6
Nome do Remetente: HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE
Conta do Destinatário: 0418-06.030897.0-2
Nome do Destinatário: CLINICA MEDINA LTDA
Finalidade: PAGAMENTO DE HONORARIOS MEDICO

Atenciosamente

Banco do Estado do Rio Grande do Sul S.A.

0320069DF1A58E3307C0548D9E0B9286B453

DANFSE - Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Serviço Eletrônica

CLINICA MEDINA LTDA
 AV. AV. PINHEIRO MACHADO, 872
 CEP: 99300-000 - Bairro: CENTRO
 Município: Soledade - RS
 E-mail: elo.elocontabilidade@gmail.com
 Fone: (54) 3381-1430



Número da NFS-e

201900000000098

Data do Serviço

11/06/2019

Código Verificador

f34adc37a

CNPJ / CPF **Inscrição Estadual** **Inscrição Municipal**
 11.370.581/0001-70 ISENTO 7129



MUNICIPIO DE SOLEDADE/RS

Secretaria Municipal da Fazenda

Fone: (54) 3381-1699 - www.soledade.rs.gov.br/nota-fiscal-eletronica/

Dt. de Emissão

11/06/2019

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 UF Fone CEP
 Soledade RS (54) 3381-1244 99300-000

Bairro **CENTRO** Soledade/RS

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

E-mail
HCFC.NF@GMAIL.COM

INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO

Nome / Razão Social CNPJ / CPF Inscrição Municipal

Fone Cidade

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

VALOR TOTAL ALIQ. VALOR IMPOSTO RETIDO

Plantão Médico

23.508,96 0,00 0,00 Não

Código do Serviço Código NBS

04.01 - Medicina e biomedicina. *****

CIDE COFINS COFINS Importação ICMS IOF IPI PIS/PASEP PIS/PASEP Importação
 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

Base Cálculo ISSQN Próprio Valor do ISSQN Próprio Base Cálculo ISSQN Retido Valor do ISSQN Retido Valor Total do ISSQN Valor Dedução/Descontos
 23.508,96 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

Valor Total da NFS-e 23.508,96 Valor Líquido da NFS-e 23.508,96

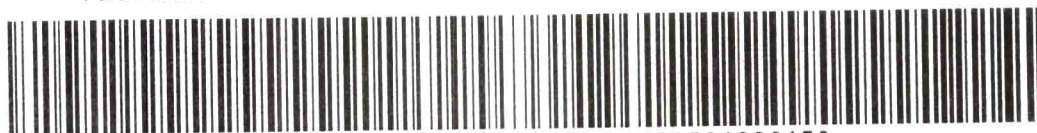
Informações Adicionais

NOTA EMITIDA POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL
 NÃO GERA DIREITO A CRÉDITO FISCAL DE IPI
 de 12741/2012: Mun: R\$491,34; Est: R\$0,00; Fed: R\$3161,96; Total Aprox: R\$3653,30. Fonte: IBPT.



Consulta realizada em 11/06/2019 às 14:24:07.

Para consultar a autenticidade acesse: www.soledade.rs.gov.br/nota-fiscal-eletronica/



201900000000098f34adc37a11370581000170

Recebi(emos) de

CLINICA MEDINA LTDA

os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado.

201900000000098

Número da NFS-e

Competência

11/06/2019

NFS-e

f34adc37a

Número de Controle do Município

Consulta realizada em 11/06/2019 às 14:24:07.

Para consultar a autenticidade acesse: www.soledade.rs.gov.br/nota-fiscal-eletronica/

**Recibo de Transferência**

Número: 00868429037/00000000190586/452784

Data: 12/06/2019

Hora: 11:06:16

Canal: Office Banking
Data Débito: 12/06/2019
Valor: R\$ 4.450,86
Tipo: Transferência de valor entre contas Banrisul
Conta do Remetente: 0418-06.048213.0-6
Nome do Remetente: HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE
Conta do Destinatário: 0418-35.006198.0-1
Nome do Destinatário: GETULIO DIAS VASCONCELLOS
Finalidade: PAGAMENTO DE HONORARIOS MEDICO

Atenciosamente

Banco do Estado do Rio Grande do Sul S.A.

0326E986902C78F6A64AEE6B6C7A8066AC34

RECIBO DE PAGAMENTO A AUTÔNOMO - RPA

	Nº Recibo
	202
Nome ou Razão Social da Empresa	CNPJ da Empresa
HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE	97.503.676/0001-30

Recebi da Empresa acima identificada, pela prestação dos serviços de HONORARIOS MÉDICOS MES 05/2019 a importância de R\$ 4.450,86 (quatro mil quatrocentos e cinquenta reais e oitenta e seis centavos), conforme discriminativo abaixo:

Número de Inscrição	
No INSS:	No CPF: 280.101.160-68
Identidade	
Número:	
Órgão Emissor:	SSP UF:
Endereço	
PINHEIRO MACHADO CENTRO	
Localidade	Data
BOLEDADE/RS	11/06/2019

ESPECIFICAÇÃO:


1.Valor Serviço Prestado	4.940,00
2.Outros Proventos	0,00
Total	4.940,00

DESCONTOS:

3.Outros Descontos	0,00
4.ISS	0,00
5.IRRF	489,14
6.Dedução INSS	0,00
7.INSS Frete	0,00
8.Pensão Alimentícia	0,00
Total	489,14

VALOR LÍQUIDO 4.450,86

Nome completo	
GETULIO DIAS DE VASCONCELLOS	

Assinatura


Esta remuneração será incluída na GFIP e os valores retidos a título de contribuição previdenciária serão recolhidos em conformidade com a legislação vigente.

**Recibo de Transferência**

Número: 00868430016/00000000191168/452785

Data: 12/06/2019

Hora: 11:07:23

Canal: Office Banking
Data Débito: 12/06/2019
Valor: R\$ 3.329,80
Tipo: Transferência de valor entre contas Banrisul
Conta do Remetente: 0418-06.048213.0-6
Nome do Remetente: HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE
Conta do Destinatário: 0310-35.032626.0-2
Nome do Destinatário: VILSON ANTONIO RIFFEL FILHO
Finalidade: PAGAMENTO DE HONORARIOS MEDICO

Atenciosamente

Banco do Estado do Rio Grande do Sul S.A.
0315DAA26764731D4B8EA43C1AC7F4391827

RECIBO DE PAGAMENTO A AUTÔNOMO - RPA

Nº Recibo
206
CNPJ da Empresa
97.503.676/0001-30

Nome ou Razão Social da Empresa
HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE

Recebi da Empresa acima identificada, pela prestação dos serviços de HONORARIOS MÉDICOS MES 05/2019 a importância de R\$ 3.329,80 (três mil trezentos e vinte e nove reais e oitenta centavos), conforme discriminativo abaixo:

Número de Inscrição	
No INSS:	No CPF: 426.972.200-20
Identidade	
Número: 7017534673	UF: RS
Órgão Emissor: SSP	
Endereço	
SETE DE SETEMBRO, 110 CENTRO	
Localidade	Data
ASSO FUNDO/RS	11/06/2019
Nome completo	
VILSON ANTONIO RIFFEL FILHO	

ESPECIFICAÇÃO:

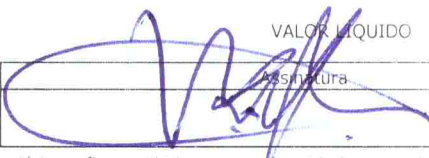
1.Valor Serviço Prestado	3.500,00
2.Outros Proventos	0,00
Total	3.500,00

DESCONTOS:

3.Outros Descontos	0,00
4.ISS	0,00
5.IRRF	170,20
6.Dedução INSS	0,00
7.INSS Frete	0,00
8.Pensão Alimentícia	0,00
Total	170,20

VALOR LÍQUIDO 3.329,80

Assinatura



Esta remuneração será incluída na GFIP e os valores retidos a título de contribuição previdenciária serão recolhidos em conformidade com a legislação vigente.

**Recibo de Transferência**

Número: 00868686474/00000000346764/453659

Data: 12/06/2019

Hora: 17:05:05

Canal: Office Banking
Data Débito: 12/06/2019
Valor: R\$ 1.002,88
Tipo: Transferência de valor entre contas Banrisul
Conta do Remetente: 0418-06.048213.0-6
Nome do Remetente: HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE
Conta do Destinatário: 0418-35.851385.0-0
Nome do Destinatário: MARCIO BORGES SCHLLING
Finalidade: PAGAMENTO DE HONORARIOS MEDICO

Atenciosamente

Banco do Estado do Rio Grande do Sul S.A.

03A275E18A324A26102869A89CAF39EF8194

RECIBO DE PAGAMENTO A AUTÔNOMO - RPA

	Nº Recibo
	208
Nome ou Razão Social da Empresa	CNPJ da Empresa
HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE	97.503.676/0001-30

Recebi da Empresa acima identificada, pela prestação dos serviços de SERVIÇOS FISIOTERAPIA 05/2019 a importância de R\$ 1.002,88 (um mil dois reais e oitenta e oito centavos), conforme discriminativo abaixo:

Número de Inscrição	
No INSS: 11943514350	No CPF: 009.230.940-24
Identidade	
Número: 1080375429	UF: RS
Órgão Emissor: SSP	
Endereço	
CEL FALKEMBACH, 202 CENTRO	
Localidade	Data
BOLEDADE/RS	11/06/2019
Nome completo	
MARCIO BORGES SCHILLING	

ESPECIFICAÇÃO:

1.Valor Serviço Prestado	1.253,59
2.Outros Proventos	0,00
Total	1.253,59

DESCONTOS:

3.Outros Descontos	0,00
4.ISS	0,00
5.IRRF	0,00
6.Dedução INSS	250,71
7.INSS Frete	0,00
8.Pensão Alimentícia	0,00
Total	250,71
VALOR LÍQUIDO	1.002,88

Assinatura


Esta remuneração será incluída na GFIP e os valores retidos a título de contribuição previdenciária serão recolhidos em conformidade com a legislação vigente.



Recibo de Transferência

Número: 00868415874/00000000182123/452748

Data: 12/06/2019

Hora: 10:49:25

Canal: Office Banking
Data Débito: 12/06/2019
Valor: 6.469,98
Tipo Transferência: TED E
Conta do Remetente: 0418-06.048213.0-6
Correntista Débito: 97.503.676/0001-30 - HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE
Banco ou IF do Destinatário: 136 - CC UNICRED DO BRASIL
Agência do Destinatário: 1168
Conta do Destinatário: 700320
Correntista de Crédito: 634.399.800-49 - JAQUELINE CARDOSO GOULART
Finalidade: 00006 - PAGAMENTO DE HONORARIOS

Atenciosamente

Banco do Estado do Rio Grande do Sul S.A.

0374D1F13C9E90C346880FB171044CF9F066

RECIBO DE PAGAMENTO A AUTÔNOMO - RPA

	Nº Recibo
	203
Nome ou Razão Social da Empresa	CNPJ da Empresa
HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE	97.503.676/0001-30

Recebi da Empresa acima identificada, pela prestação dos serviços de HONORARIOS MÉDICOS MES 05/2019 a importância de R\$ 6.469,98 (seis mil quatrocentos e sessenta e nove reais e noventa e oito centavos), conforme discriminativo abaixo:

Número de Inscrição	
No INSS:	No CPF: 634.399.800-49
Identidade	
Número:	4039553501
Órgão Emissor:	SSP UF: RS
Endereço	
PINHEIRO MACHADO, 952 CENTRO	
Localidade	Data
EDADE/RS	11/06/2019
Nome completo	
JAQUELINE CARDOSO OLIVEIRA GOULART	

ESPECIFICAÇÃO:

1. Valor Serviço Prestado	7.725,00
2. Outros Proventos	0,00
Total	7.725,00

DESCONTOS:

3. Outros Descontos	0,00
4. ISS	0,00
5. IRRF	1.255,02
6. Dedução INSS	0,00
7. INSS Frete	0,00
8. Pensão Alimentícia	0,00
Total	1.255,02
VALOR LÍQUIDO	6.469,98

Assinatura

Esta remuneração será incluída na GFIP e os valores retidos a título de contribuição previdenciária serão recolhidos em conformidade com a legislação vigente.

[Handwritten Signature]

Dra. Jaqueline C. Oliveira Goulart
 Cardiologista
 CRM 18709
 CPF: 634.399.800-49

Dra. Jaqueline C. Oliveira Goulart
 Cardiologista
 CRM 18709
 CPF: 634.399.800-49

**Recibo de Transferência**

Número: 00868434693/00000000194228/452791

Data: 12/06/2019

Hora: 11:13:20

Canal:	Office Banking
Data Débito:	12/06/2019
Valor:	17.503,03
Tipo Transferência:	TED E
Conta do Remetente:	0418-06.048213.0-6
Correntista Débito:	97.503.676/0001-30 - HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE
Banco ou IF do Destinatário:	237 - BRADESCO
Agência do Destinatário:	1900
Conta do Destinatário:	125865
Correntista de Crédito:	12.683.334/0001-96 - JULIANO COGO MACHADO E CIA LTDA
Finalidade:	00006 - PAGAMENTO DE HONORARIOS

Atenciosamente

Banco do Estado do Rio Grande do Sul S.A.
033B750A14197836221C919E62B3E1A72866

DANFSE - Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Serviço Eletrônica

JULIANO COGO MACHADO & CIA LTDA

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

201900000000065

Data do Serviço

11/06/2019

Código Verificador

8311d1cb2

CNPJ / CPF

12.683.334/0001-96

Inscrição Estadual

ISENTO

Inscrição Municipal

7413



MUNICÍPIO DE SOLEDADE/RS

Secretaria Municipal da Fazenda

Fone: (54) 3381-1699 - www.soledade.rs.gov.br/nota-fiscal-eletronica/

Dt. de Emissão

11/06/2019

Exigibilidade
ISS

Exigível

Tributado no Município

Soledade/RS

TOVADOR DO SERVIÇO

Município de Prestação do Serviço

Soledade/RS

Nome / Razão Social
HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE

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
 HCFC.NF@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

SERVIÇOS MÉDICOS

18.650,00

3,00

559,50

Não

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

Código NBS

CIDE COFINS COFINS Importação ICMS IOF IPI PIS/PASEP PIS/PASEP Importação
 0,00 559,50 0,00 0,00 0,00 0,00 121,22 0,00

Base Cálculo ISSQN Próprio Valor do ISSQN Próprio Base Cálculo ISSQN Retido Valor do ISSQN Retido Valor Total do ISSQN Valor Dedução/Descontos
 18.650,00 559,50 0,00 0,00 559,50 0,00

Valor Total da NFS-e 18.650,00 Valor Líquido da NFS-e 17.503,03

Informações Adicionais

Lei 12741/2012: Mun: R\$389,78; Est: R\$0,00; Fed: R\$2508,42; Total Aprox: R\$2898,20. Fonte: IBPT.
 IR Retido: R\$279,75
 Retenções: COFINS R\$ 559,50; PIS R\$ 121,22; CSLL R\$ 186,50;



Consulta realizada em 11/06/2019 às 14:56:57.

Para consultar a autenticidade acesse: www.soledade.rs.gov.br/nota-fiscal-eletronica/



2019000000000658311d1cb212683334000196

Recebi(emos) de

JULIANO COGO MACHADO & CIA LTDA

os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado.

201900000000065

Número da NFS-e

Competência

11/06/2019

NFS-e

8311d1cb2

Número de Controle do Município

Consulta realizada em 11/06/2019 às 14:56:57.

Para consultar a autenticidade acesse: www.soledade.rs.gov.br/nota-fiscal-eletronica/

**Recibo de Transferência**

Número: 00868443475/00000000199897/452812

Data: 12/06/2019

Hora: 11:24:41

Canal:	Office Banking
Data Débito:	12/06/2019
Valor:	17.000,00
Tipo Transferência:	TED E
Conta do Remetente:	0418-06.048213.0-6
Correntista Débito:	97.503.676/0001-30 - HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE
Banco ou IF do Destinatário:	136 - CC UNICRED DO BRASIL
Agência do Destinatário:	1168
Conta do Destinatário:	744824
Correntista de Crédito:	30.600.624/0001-00 - CLEUSA SALETE SCIPIONI DA ROCHA
Finalidade:	00006 - PAGAMENTO DE HONORARIOS


Atenciosamente

Banco do Estado do Rio Grande do Sul S.A.

03A315200DF7DA65843D76C958C5F2106E38

DANFSE - Documento Auxiliar da 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: escritorio@tecwave.com.br Fone: (54) 3381-1504				Número da NFS-e 201900000000044	
CNPJ / CPF 30.600.624/0001-00	Inscrição Estadual ISENTO	Inscrição Municipal 5048		Data do Serviço 11/06/2019	Código Verificador e8d90e0ad

 MUNICIPIO DE SOLEDADE/RS Secretaria Municipal da Fazenda Fone: (54) 3381-1699 - www.soledade.rs.gov.br/nota-fiscal-eletronica/	Dt. de Emissão 11/06/2019	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 HCFC.NF@GMAIL.COM							

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

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	VALOR TOTAL	ALIQ.	VALOR IMPOSTO	RETIDO
ATENDIMENTO MEDICO REF MES 05/2019.	17.000,00	0,00	0,00	Não

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 17.000,00	Valor do ISSQN Próprio 0,00	Base Cálculo ISSQN Retido 0,00	Valor do ISSQN Retido 0,00
Valor Total da NFS-e 17.000,00		Valor Líquido da NFS-e 17.000,00	

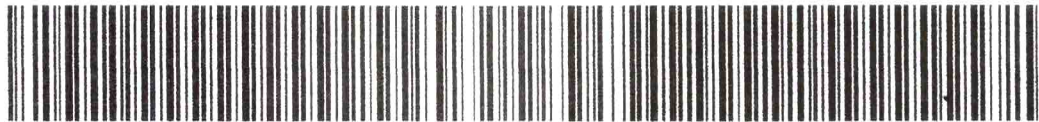
Informações Adicionais

NOTA EMITIDA POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL
 O GERA DIREITO A CRÉDITO FISCAL DE IPI
 Lei 12741/2012: Mun: R\$355,30; Est: R\$0,00; Fed: R\$2286,50; Total Aprox: R\$2641,80. Fonte: IBPT.



Consulta realizada em 11/06/2019 às 14:17:22.

Para consultar a autenticidade acesse: www.soledade.rs.gov.br/nota-fiscal-eletronica/



201900000000044e8d90e0ad30600624000100

Recebi(emos) de CLEUSA SALETE SCIPIONI DA ROCHA os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado.	201900000000044 Número da NFS-e Competência 11/06/2019 NFS-e e8d90e0ad	Número de Controle do Município
--	---	---------------------------------

Consulta realizada em 11/06/2019 às 14:17:22.

Para consultar a autenticidade acesse: www.soledade.rs.gov.br/nota-fiscal-eletronica/

**Recibo de Transferência**

Número: 00868573703/00000000281146/453291

Data: 12/06/2019

Hora: 14:47:20

Canal:	Office Banking
Data Débito:	12/06/2019
Valor:	1.130,32
Tipo Transferência:	TED E
Conta do Remetente:	0418-06.048213.0-6
Correntista Débito:	97.503.676/0001-30 - HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE
Banco ou IF do Destinatário:	104 - CAIXA ECON. FEDERAL
Agência do Destinatário:	0912
Conta do Destinatário:	369772
Correntista de Crédito:	028.970.650-52 - GRAZIELI PRATES
Finalidade:	00006 - PAGAMENTO DE HONORARIOS

Atenciosamente

Banco do Estado do Rio Grande do Sul S.A.

03BC9A80F73163F7F1B0BCBA7F5F063AE982

RECIBO DE PAGAMENTO A AUTÔNOMO - RPA

	Nº Recibo
	207
Nome ou Razão Social da Empresa	CNPJ da Empresa
HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE	97.503.676/0001-30

Recebi da Empresa acima identificada, pela prestação dos serviços de SERVIÇOS FISIOTERAPIA 05/2019 a importância de R\$ 1.130,32 (um mil cento e trinta reais e trinta e dois centavos), conforme discriminativo abaixo:

Número de Inscrição	
No INSS: 20140909367	No CPF: 028.970.650-52
Identidade	
Número: 8107500491	UF: RS
Órgão Emissor: SSP	
Endereço	
ISIDORO BATISTA, 35 MARAVALHA	
Localidade	Data
UMOSO/RS	11/06/2019

ESPECIFICAÇÃO:

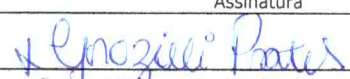
1. Valor Serviço Prestado	1.412,90
2. Outros Proventos	0,00
Total	1.412,90

DESCONTOS:


3. Outros Descontos	0,00
4. ISS	0,00
5. IRRF	0,00
6. Dedução INSS	282,58
7. INSS Frete	0,00
8. Pensão Alimentícia	0,00
Total	282,58

VALOR LÍQUIDO 1.130,32

Nome completo
GRAZIELI PRATES

Assinatura


Esta remuneração será incluída na GFIP e os valores retidos a título de contribuição previdenciária serão recolhidos em conformidade com a legislação vigente.

 <p>PREFEITURA MUNICIPAL DE ESPUMOSO - RS SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA</p> <p>SIM - Serviço de Informações Municipais NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e</p>	Número da Nota Fiscal Série E 201900000000106		
	Código de Verificação de Autenticidade YQAV-QEZ9		
	Data e Hora de Emissão da NFS-e 19/06/2019 08:56:49		
Informações Fiscais			
Exigibilidade do ISS Exigível (Tributado)	Município da Incidência do ISS Soledade/RS	Número do Processo	
Número do RPS	Série do RPS	Data de Emissão do RPS	Data da Competência 19/06/2019
			Chave de Acesso  018835047000130201900000000106
Prestador de Serviços			
CPF/CNPJ 18.835.047/0001-30	Insc. Estadual	Insc. Municipal 40842	Nome/Razão Social MIGUEL ANGELO DE ALMEIDA SAURIN & CIA LTDA ME
Número 480	Endereço RUA BARAO DO RIO BRANCO	Complemento SALA 08	Bairro CENTRO
CEP 99400-000	Cidade/UF Espumoso/RS	Telefone	E-mail
Tomador de Serviços			
CPF/CNPJ 97.503.676/0001-30	Inscrição Municipal	Nome/Razão Social HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE	
Número 828	Endereço RUA PINHEIRO MACHADO	Complemento	Bairro CENTRO
CEP 99300-000	Cidade/UF Soledade/RS	Telefone	E-mail
Descrição do Serviço Prestado			
Prestação de serviços médicos.			
Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS			
Item da LC 116/2003 4.01 - Medicina e biomedicina.		Alíquota (%) 3,00	Atividade no Município 18539
Código CNAE 86.30-5.03			
Valor Total dos Serviços R\$ 4.000,00	Desconto Incondicionado R\$ 0,00	Deduções Base de Cálculo R\$ 0,00	Base de Cálculo R\$ 4.000,00
		ISS R\$ 120,00	ISS Retido Sim
			Desconto Condicionado R\$ 0,00
Retenções de Impostos			
PIS R\$ 26,00	COFINS R\$ 120,00	INSS R\$ 0,00	IRRF R\$ 60,00
		CSLL R\$ 40,00	ISS R\$ 120,00
			Outras Retenções R\$ 0,00
Valor Líquido da Nota Fiscal de Serviços			R\$ 3.634,00
Informações Complementares			
<ul style="list-style-type: none"> Total das retenções da NFS-e: R\$ 366,00. 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. O ISS desta NFS-e será RETIDO pelo Tomador de serviços que deverá recolher através do DAM (Documento de Arrecadação Municipal). O ISS desta NFS-e é devido fora do município. 			

LANÇADO

0605

06.161691.06

**Recibo de Transferência**

Número: 00872412561/00000000076855/463793

Data: 24/06/2019

Hora: 14:56:58

Canal:	Office Banking
Data Débito:	24/06/2019
Valor:	R\$ 3.500,00
Tipo Transferência:	TED E
Conta do Remetente:	0418-06.048213.0-6
Correntista Débito:	97.503.676/0001-30 - HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE
Banco ou IF do Destinatário:	136 - CC UNICRED DO BRASIL
Agência do Destinatário:	1105
Conta do Destinatário:	0000001120883
Correntista de Crédito:	27.852.816/0001-08 - RMS E GC MEDICINA E SAUDE LTDA
Finalidade:	00006 - PAGAMENTO DE HONORARIOS
Identificador:	DR LEO GRACIOLI

Atenciosamente

Banco do Estado do Rio Grande do Sul S.A.

03475E29892BE2BF81050791A87B452A1907

SAC: 0800 6461515 OUVIDORIA: 0800 6442200

A handwritten signature in black ink, appearing to be the name 'Leo Gracioli'.

RMS & GC MEDICINA E SAUDE LTDA

RUA SANTOS SARAIVA, 840, SALA 307
 ESTREITO/CAPOEIRAS - FLORIANOPOLIS - SC - 88.070-101
 Telefone: 4830677060
 CNPJ: 27.852.816/0001-08
 CMC: 506.829-0

DANFPS-E

Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Prestação de Serviços Eletrônica
 Numero: 373
 Autorização: 474317
 Emissão: 03/06/2019
 Código de Verificação: D3A2-8339-0BA9-9E27

**Dados do Tomador**

NOME/RAZÃO SOCIAL HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE -			CFPS 9206	
ENDEREÇO Av Pinheiro Machado, 828		BAIRRO/DISTRITO CENTRO		CEP 99.300-000
MUNICÍPIO Soledade	UF RS	País BRASIL	CPF/CNPJ/Outros 97.503.676/0001-30	CMC

Dados do(s) serviço(s)

Cód. Atividade	(Descrição CNAE) Descrição do Serviço	CST	Aliq.	Valor Unitário	Qtde	Valor Total
8610102	(ATIVIDADES DE ATENDIMENTO EM PRONTO-SOCORRO E UNIDADES HOSPITALARES PARA ATENDIMENTO A URGÊNCIAS) REF. PRODUÇÃO E PLANTÕES DE MAIO/2019 - DR. LEO GRACIOLLI FRANCO - <i>pediatra</i>	0	0,00	R\$ 3.500,00	1	R\$ 3.500,00

3

Cálculo do Imposto

Base de Cálculo de ISSQN R\$ 0,00	Valor do ISSQN R\$ 0,00	Base de Cálculo ISSQN Subst. R\$ 0,00	Valor do ISSQN Subst. R\$ 0,00	Valor Total dos Serviços R\$ 3.500,00
--------------------------------------	----------------------------	--	-----------------------------------	--

Dados adicionais

RETER 4,65% R\$ 162,75 - IRF 1,50% R\$ 52,50 - ISS 2% - R\$ 70,00 - TOTAL R\$ 285,25 - Depositar líquido - R\$ 3.214,75

DANFPS-E - DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ELETRÔNICA

A VALIDADE E AUTENTICIDADE DESTES DOCUMENTOS AUXILIARES DA NOTA FISCAL DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO ELETRÔNICA PODERÃO SER COMPROVADAS MEDIANTE CONSULTA À PÁGINA DA SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA - SMF NA INTERNET, NO ENDEREÇO portal.pmf.sc.gov.br/sites/notaeletronica, EM VERIFICAR AUTENTICIDADE >> PRODUÇÃO, INFORMANDO O CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO: D3A283390BA99E27 E O NÚMERO DE INSCRIÇÃO DO EMITENTE NO CADASTRO MUNICIPAL DE CONTRIBUÍNTES - CMC: 5068290

Autorização por Aislina - 18/06/2019

**Recibo de Transferência**

Número: 00880324270/00000000638936/484170

Data: 11/07/2019

Hora: 13:23:13

Canal: Office Banking
Data Débito: 11/07/2019
Valor: *.R\$ 18.236,00
Tipo: Transferência de valor entre contas Banrisul
Conta do Remetente: 0418-06.048213.0-6
Nome do Remetente: HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE
Conta do Destinatário: 0418-06.032782.0-3
Nome do Destinatário: CLINICA MEDICA TATIM LTDA
Finalidade: PAGAMENTO DE HONORARIOS MEDICO


Atenciosamente


Banco do Estado do Rio Grande do Sul S.A.

0365A6C2D7BE6E6C9A647E0E004CDD7BF186

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized, cursive letter 'S' or similar shape.

DANFSE - Documento Auxiliar da 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 CNPJ / CPF Inscrição Estadual Inscrição Municipal 12.560.518/0001-69 ISENT0 7390		Número da NFS-e	
		201900000000219	
		Data do Serviço	Código Verificação
		11/07/2019	2d9bb1

 MUNICÍPIO DE SOLEDADE/RS Secretaria Municipal da Fazenda Fone: (54) 3381-1699 - www.soledade.rs.gov.br/nota-fiscal-eletronica/	Dt. de Emissão	Exigibilidade ISS	Tributado no Município
	11/07/2019	Exigível	Soledade/RS

TOMADOR DO SERVIÇO				Município de Prestação do Serviço			
Nome / Razão Social				Soledade/RS			
HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE							
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							
HCFC.NF@GMAIL.COM							

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

E-mail	Fone	Cidade

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	VALOR TOTAL	ALIQ.	VALOR IMPOSTO	RET
serviços médicos prestados em junho/2019	18.800,00	3,00	564,00	Sim

Código do Serviço		Código NBS					
04.01 - Medicina e biomedicina.		*****					
CIDE	COFINS	COFINS Importação	ICMS	IOF	IPI	PIS/PASEP	PIS/PASEP Impo
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Base Cálculo ISSQN Próprio	Valor do ISSQN Próprio	Base Cálculo ISSQN Retido	Valor do ISSQN Retido	Valor Total do ISSQN		Valor Dedução/Descontos	
0,00	0,00	18.800,00	564,00	0,00		0,00	
Valor Total da NFS-e			Valor Líquido da NFS-e				
18.800,00			18.236,00				

Formações Adicionais

Lei 12741/2012: Mun: R\$392,92; Est: R\$0,00; Fed: R\$2528,60; Total Aprox: R\$2921,52. Fonte: IBPT.



Consulta realizada em 11/07/2019 às 10:45:40.
 Para consultar a autenticidade acesse: www.soledade.rs.gov.br/nota-fiscal-eletronica/



Recebi(emos) de CLINICA MÉDICA TATIM LTDA. os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado.	201900000000219 Número da NFS-e Competência 11/07/2019 NFS-e 2d9bb17f8	Número de Controle do Município
---	---	---------------------------------

Consulta realizada em 11/07/2019 às 10:45:40.
 Para consultar a autenticidade acesse: www.soledade.rs.gov.br/nota-fiscal-eletronica/

**Recibo de Transferência**

Número: 00880324986/00000000639339/484171

Data: 11/07/2019

Hora: 13:24:18

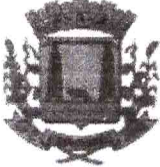

Canal: Office Banking
Data Débito: 11/07/2019
Valor: R\$ 8.630,75
Tipo: Transferência de valor entre contas Banrisul
Conta do Remetente: 0418-06.048213.0-6
Nome do Remetente: HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE
Conta do Destinatário: 0605-06.161691.0-6
Nome do Destinatário: MIGUEL ANGELO DE ALMEIDA SAURIN E C
Finalidade: PAGAMENTO DE HONORARIOS MEDICO

Atenciosamente

Banco do Estado do Rio Grande do Sul S.A.

031C8A273BFF21AF720383BF0294E3700D28

A handwritten signature in black ink, appearing to be a stylized 'M' or similar character.

 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 201900000000109	
	Código de Verificação de Autenticidade NBNH-MUQM	
	Data e Hora de Emissão da NFS-e 11/07/2019 11:20:42	
Informações Fiscais		
Exigibilidade do ISS Exigível (Tributado)	Município da Incidência do ISS Soledade/RS	Número do Processo
Número do RPS	Série do RPS	Data de Emissão do RPS
		Data da Competência 11/07/2019
Chave de Acesso		
 018835047000130201900000000109		

Prestador de Serviços			
CPF/CNPJ 18.835.047/0001-30	Insc. Estadual	Insc. Municipal 40842	Nome/Razão Social MIGUEL ANGELO DE ALMEIDA SAURIN & CIA LTDA ME
Número 480	Endereço RUA BARAO DO RIO BRANCO	Complemento SALA 08	Bairro CENTRO
CEP 99400-000	Cidade/UF Espumoso/RS	Telefone	E-mail

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

Descrição do Serviço Prestado
Prestação de serviços médicos.

Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS						
Item da LC 116/2003 4.01 - Medicina e biomedicina.				Alíquota (%) 3,00	Atividade no Município 18539	Código CNAE 86.30-5.03
Valor Total dos Serviços R\$ 9.500,00	Desconto Incondicionado R\$ 0,00	Deduções Base de Cálculo R\$ 0,00	Base de Cálculo R\$ 9.500,00	ISS R\$ 285,00	ISS Retido Sim	Desconto Condicionado R\$ 0,00

Retenções de Impostos							
PIS R\$ 61,75	COFINS R\$ 285,00	INSS R\$ 0,00	IRRF R\$ 142,50	CSLL R\$ 95,00	ISS R\$ 285,00	Outras Retenções R\$ 0,00	

Valor Líquido da Nota Fiscal de Serviços	R\$ 8.630,75
---	---------------------

Informações Complementares
<ul style="list-style-type: none"> Total das retenções da NFS-e: R\$ 869,25. 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. O ISS desta NFS-e será RETIDO pelo Tomador de serviços que deverá recolher através do DAM (Documento de Arrecadação Municipal). O ISS desta NFS-e é devido fora do município.

0605

061616910-6

**Recibo de Transferência**

Número: 00880325748/00000000639723/484173

Data: 11/07/2019

Hora: 13:25:21

Canal: Office Banking
Data Débito: 11/07/2019
Valor: R\$ 5.581,86
Tipo: Transferência de valor entre contas Banrisul
Conta do Remetente: 0418-06.048213.0-6
Nome do Remetente: HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE
Conta do Destinatário: 0418-35.006679.0-3
Nome do Destinatário: JOSE CARLOS RUFATO
Finalidade: PAGAMENTO DE HONORARIOS MEDICO

Atenciosamente

Banco do Estado do Rio Grande do Sul S.A.

0358498418C33FF8347EDF56A0B1A74D8E91

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized, cursive 'M' or similar character.

RECIBO DE PAGAMENTO A AUTÔNOMO - RPA

	Nº Recibo
	214
Nome ou Razão Social da Empresa	CNPJ da Empresa
HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE	97.503.676/0001-30

Recebi da Empresa acima identificada, pela prestação dos serviços de HONORARIOS MÉDICOS MES 06/2019 a importância de R\$ 5.581,86 (cinco mil quinhentos e oitenta e um reais e oitenta e seis centavos), conforme discriminativo abaixo:

Número de Inscrição	
No INSS:	No CPF: 206.315.370-15
Identidade	
Número: 8016559059	
Órgão Emissor: SSP	UF: RS
Endereço	
BENJAMIN CONSTANT, 265 CENTRO	
Localidade	Data
BOLEDADE/RS	11/07/2019
Nome completo	
JOSÉ CARLOS RUFATO	

ESPECIFICAÇÃO:

1.Valor Serviço Prestado	6.500,00
2.Outros Proventos	0,00
Total	6.500,00

DESCONTOS:

3.Outros Descontos	0,00
4.ISS	0,00
5.IRRF	918,14
6.Dedução INSS	0,00
7.INSS Frete	0,00
8.Pensão Alimentícia	0,00
Total	918,14

VALOR LÍQUIDO 5.581,86

Assinatura


Esta remuneração será incluída na GFIP e os valores retidos a título de contribuição previdenciária serão recolhidos em conformidade com a legislação vigente.



**Recibo de Transferência**

Número: 00880326117/00000000639904/484174

Data: 11/07/2019

Hora: 13:25:54

Canal: Office Banking
Data Débito: 11/07/2019
Valor: R\$ 2.244,77
Tipo: Transferência de valor entre contas Banrisul
Conta do Remetente: 0418-06.048213.0-6
Nome do Remetente: HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE
Conta do Destinatário: 0418-35.009193.0-9
Nome do Destinatário: JOAO ALFREDO D AVIZ
Finalidade: PAGAMENTO DE HONORARIOS MEDICO

Atenciosamente

Banco do Estado do Rio Grande do Sul S.A.

03A6BA038B905167C837C9EE6472976D3295

A handwritten signature in black ink, appearing to be a stylized 'g' or similar character.

RECIBO DE PAGAMENTO A AUTÔNOMO - RPA

Nome ou Razão Social da Empresa	Nº Recibo
HOSPITAL DE CARIDADE FRET CLEMENTE	213
	CNPJ da Empresa
	97.503.676/0001-30

Recebi da Empresa acima identificada, pela prestação dos serviços de HONORARIOS MÉDICOS MES 06/2019 a importância de R\$ 2.244,77 (dois mil duzentos e quarenta e quatro reais e setenta e sete centavos), conforme discriminativo abaixo:

Número de Inscrição	
No INSS: 12066314554	No CPF: 280.800.330-72
Identidade	
Número: 6028386966	
Órgão Emissor: SSP	UF: RS
Endereço	
PINHEIRO MACHADO, 952 CENTRO	
Localidade	Data
ILEDADE/RS	11/07/2019
Nome completo	
JOAO ALFREDO D AVIZ	

ESPECIFICAÇÃO:

1. Valor Serviço Prestado	2.272,40
2. Outros Proventos	0,00
Total	2.272,40

DESCONTOS:

3. Outros Descontos	0,00
4. ISS	0,00
5. IRRF	27,63
6. Dedução INSS	0,00
7. INSS Frete	0,00
8. Pensão Alimentícia	0,00
Total	27,63

VALOR LÍQUIDO 2.244,77

Assinatura

Esta remuneração será incluída na GFIP e os valores retidos a título de contribuição previdenciária serão recolhidos em conformidade com a legislação vigente.

**Recibo de Transferência**

Número: 00880326460/00000000640129/484177

Data: 11/07/2019

Hora: 13:26:28

Canal: Office Banking
Data Débito: 11/07/2019
Valor: R\$ 5.955,23
Tipo: Transferência de valor entre contas Banrisul
Conta do Remetente: 0418-06.048213.0-6
Nome do Remetente: HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE
Conta do Destinatário: 0418-35.006198.0-1
Nome do Destinatário: GETULIO DIAS VASCONCELLOS
Finalidade: PAGAMENTO DE HONORARIOS MEDICO

Atenciosamente

Banco do Estado do Rio Grande do Sul S.A.


03B0145CF4B2E1F9868D64624C24361DC540

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized, cursive letter 'M'.

RECIBO DE PAGAMENTO A AUTÔNOMO - RPA

	Nº Recibo
	211
Nome ou Razão Social da Empresa	CNPJ da Empresa
HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE	97.503.676/0001-30

Recebi da Empresa acima identificada, pela prestação dos serviços de HONORÁRIOS MÉDICOS MES 06/2019 a importância de R\$ 5.955,23 (cinco mil novecentos e cinquenta e cinco reais e vinte e três centavos), conforme discriminativo abaixo:

Número de Inscrição		<u>ESPECIFICAÇÃO</u>	
No INSS:	No CPF: 260.101.160-68	1. Valor Serviço Prestado	7.015,00
Identidade		2. Outros Proventos	0,00
Número:		Total	7.015,00
Órgão Emissor: SSP	UF:	<u>DÊSCONTOS</u>	
Endereço		3. Outros Descontos	0,00
PINHEIRO MACHADO		4. ISS	0,00
CENTRO		5. IRRF	1.059,77
Localidade	Data	6. Dedução INSS	0,00
SOLEDADE/RS	11/07/2019	7. INSS Frete	0,00
Nome completo		8. Pensão Alimentação	0,00
GETULIO DIAS DE VASCONCELLOS		Total	1.059,77
		VALOR LÍQUIDO	5.955,23
		Assinatura	
			

Esta remuneração será incluída na GFIP e os valores retidos a título de contribuição previdenciária serão recolhidos em conformidade com a legislação vigente.

47

0418
350061980-8

**Recibo de Transferência**

Número: 00880326787/00000000640330/484178

Data: 11/07/2019

Hora: 13:26:56

Canal: Office Banking
Data Débito: 11/07/2019
Valor: R\$ 16.752,23
Tipo: Transferência de valor entre contas Banrisul
Conta do Remetente: 0418-06.048213.0-6
Nome do Remetente: HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE
Conta do Destinatário: 0418-06.042324.0-1
Nome do Destinatário: IGOR ELIAS GHELLER E CIA LTDA ME
Finalidade: PAGAMENTO DE HONORARIOS MEDICO

Atenciosamente

Banco do Estado do Rio Grande do Sul S.A.

037E7CC23DDF6A4A203784532AE30C613546

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized, cursive mark.

DANFSE - Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Serviço Eletrônica

IGOR ELIAS GHELLER & CIA LTDA
 RUA ARMANDO HAEFFNER, 409
 CEP: 99300-000 - Bairro: FONTES
 Município: Soledade - RS
 E-mail: denilson.tonezer@terra.com.br
 Fone: (00) 0000-0000



Número da NFS-e

20190000000235

Data do Serviço

11/07/2019

Código Verificador

30abf338f

CNPJ / CPF **Inscrição Estadual** **Inscrição Municipal**
 15.287.128/0001-55 ISENTA 7908



MUNICIPIO DE SOLEDADE/RS

Secretaria Municipal da Fazenda
 Fone: (54) 3381-1699 - www.soledade.rs.gov.br/nota-fiscal-eletronica/

Dt. de Emissão

11/07/2019

Exigibilidade ISS

Exigível

Tributado no Município

Soledade/RS

TOMADOR DO SERVIÇO

Município da Prestação do Serviço

Nome / Razão Social
HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE

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
HCFC.NF@GMAIL.COM

Soledade/RS

INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO

Nome / Razão Social CNPJ / CPF Inscrição Municipal
 ***** ***** *****

E-m Fone Cidade
 ***** ***** *****

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

VALOR TOTAL

ALIQ.

VALOR IMPOSTO

RETIDO

SERVIÇOS MÉDICOS REFERENTE AO MÊS DE JUNHO DE 2019.

17.850,00

3,00

535,50

Não

Código do Serviço

04.01 - Medicina e biomedicina.

Código NBS

CIDE COFINS COFINS Importação ICMS IOF IPI PIS/PASEP PIS/PASEP Importação
 0,00 535,50 0,00 0,00 0,00 0,00 116,02 0,00

Base Cálculo ISSQN Próprio Valor do ISSQN Próprio Base Cálculo ISSQN Retido Valor do ISSQN Retido Valor Total do ISSQN Valor Dedução/Descontos
 17.850,00 535,50 0,00 0,00 535,50 0,00

Valor Total da NFS-e 17.850,00 Valor Líquido da NFS-e 16.752,23

Informações Adicionais

Lei 12741/2012: Mun: R\$373,06; Est: R\$0,00; Fed: R\$2400,82; Total Aprox: R\$2773,88. Fonte: IBPT.
 IR Retido: R\$267,75
 R Des: COFINS R\$ 535,50; PIS R\$ 116,02; CSLL R\$ 178,50;



Consulta realizada em 11/07/2019 às 10:51:04.

Para consultar a autenticidade acesse: www.soledade.rs.gov.br/nota-fiscal-eletronica/



2019000000023530abf338f15287128000155

Recebi(emos) de

IGOR ELIAS GHELLER & CIA LTDA

os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado.

20190000000235

Número da NFS-e

Competência

11/07/2019

NFS-e

30abf338f

Número de Controle do Município

Consulta realizada em 11/07/2019 às 10:51:04.

Para consultar a autenticidade acesse: www.soledade.rs.gov.br/nota-fiscal-eletronica/

0418

0604232401

**Recibo de Transferência**

Número: 00880405269/00000000682828/484408

Data: 11/07/2019

Hora: 14:52:30

Canal: Office Banking
Data Débito: 11/07/2019
Valor: R\$ 19.333,36
Tipo: Transferência de valor entre contas Banrisul
Conta do Remetente: 0418-06.048213.0-6
Nome do Remetente: HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE
Conta do Destinatário: 0418-06.030897.0-2
Nome do Destinatário: CLINICA MEDINA LTDA
Finalidade: PAGAMENTO DE HONORARIOS MEDICO

Atenciosamente


Banco do Estado do Rio Grande do Sul S.A.

039DD5F5BBFE537668D72E6DB19E51668629

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized, cursive letter 'M'.

DANFSE - Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Serviço Eletrônica

CLINICA MEDINA LTDA AV. AV. PINHEIRO MACHADO, 872 CEP: 99300-000 - Bairro: CENTRO Município: Soledade - RS E-mail: elo.elocontabilidade@gmail.com Fone: (54) 3381-1430		Número da NFS-e	
		20190000000101	
CNPJ / CPF Inscrição Estadual Inscrição Municipal 11.370.581/0001-70 ISENTO 7129		Data do Serviço	Código Verificador
		11/07/2019	ad782d661

 MUNICÍPIO DE SOLEDADE/RS Secretaria Municipal da Fazenda Fone: (54) 3381-1699 - www.soledade.rs.gov.br/nota-fiscal-eletronica/	Dt. de Emissão	Exigibilidade ISS	Tributado no Município
	11/07/2019	Exigível	Soledade/RS

TOMADOR DO SERVIÇO				Município de Prestação do Serviço			
Nome / Razão Social				Soledade/RS			
HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE							
Endereço							
AV. AV. PINHEIRO MACHADO, 828							
Cidade							
Soledade	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							
HCFC.NF@GMAIL.COM							

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

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	VALOR TOTAL	ALIQ.	VALOR IMPOSTO	RETIDO
Vlr ref plantões medico	19.333,36	0,00	0,00	Não

Código do Serviço		Código NBS					
04.01 - Medicina e biomedicina.		*****					
CIDE	COFINS	COFINS Importação	ICMS	IOf	IPI	PIS/PASEP	PIS/PASEP Importação
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Base Cálculo ISSQN Próprio	Valor do ISSQN Próprio	Base Cálculo ISSQN Retido	Valor do ISSQN Retido	Valor Total do ISSQN	Valor Dedução/Descontos		
19.333,36	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		
Valor Total da NFS-e	19.333,36		Valor Líquido da NFS-e	19.333,36			

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\$404,07; Est: R\$0,00; Fed: R\$2600,34; Total Aprox: R\$3004,41. Fonte: IBPT.	
--	---

Consulta realizada em 11/07/2019 às 11:27:05.

Para consultar a autenticidade acesse: www.soledade.rs.gov.br/nota-fiscal-eletronica/



Recebi(emos) de CLINICA MEDINA LTDA os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado.	20190000000101 Número da NFS-e Competência 11/07/2019 NFS-e ad782d661	Número de Controle do Município
--	--	---------------------------------

Consulta realizada em 11/07/2019 às 11:27:05.

Para consultar a autenticidade acesse: www.soledade.rs.gov.br/nota-fiscal-eletronica/

0418

0603089702

**Recibo de Transferência**

Número: 00880327721/00000000640850/484184

Data: 11/07/2019

Hora: 13:28:18

Canal: Office Banking
Data Débito: 11/07/2019
Valor: 14.499,83
Tipo Transferência: TED E
Conta do Remetente: 0418-06.048213.0-6
Correntista Débito: 97.503.676/0001-30 - HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE
Banco ou IF do Destinatário: 237 - BRADESCO
Agência do Destinatário: 1900
Conta do Destinatário: 125865
Correntista de Crédito: 12.683.334/0001-96 - JULIANO COGO MACHADO E CIA LTDA
Finalidade: 00006 - PAGAMENTO DE HONORARIOS
Identificador: 97503676000130

Atenciosamente

Banco do Estado do Rio Grande do Sul S.A.

03977000C42387312A80DEC714C80F77ED83

DANFSE - Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Serviço Eletrônica

JULIANO COGO MACHADO & CIA LTDA

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

201900000000071

Data do Serviço

Código Verificador

11/07/2019

2f169bce7

CNPJ / CPF **Inscrição Estadual** **Inscrição Municipal**
 12.683.334/0001-96 ISENT0 7413



MUNICÍPIO DE SOLEDADE/RS

Secretaria Municipal da Fazenda

Fone: (54) 3381-1699 - www.soledade.rs.gov.br/nota-fiscal-eletronica/

Dt. de Emissão

Exigibilidade ISS

Tributado no Município

11/07/2019

Exigível

Soledade/RS

TOMADOR DO SERVIÇO

Município de Prestação do Serviço

Soledade/RS

Nome / Razão Social
HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE

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
HCFC.NF@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

SERVIÇOS MÉDICOS

15.450,00

3,00

463,50

Não

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

Código NBS

CIDE COFINS COFINS Importação ICMS IOF IPI PIS/PASEP PIS/PASEP Importação
 0,00 463,50 0,00 0,00 0,00 0,00 100,42 0,00

Base Cálculo ISSQN Próprio Valor do ISSQN Próprio Base Cálculo ISSQN Retido Valor do ISSQN Retido Valor Total do ISSQN Valor Dedução/Descontos
 15.450,00 463,50 0,00 0,00 463,50 0,00

Valor Total da NFS-e 15.450,00 Valor Líquido da NFS-e 14.499,83

Informações Adicionais

Lei 12741/2012: Mun: R\$322,90; Est: R\$0,00; Fed: R\$2078,02; Total Aprox: R\$2400,92. Fonte: IBPT.
 IP: R\$231,75
 Retenções: COFINS R\$ 463,50; PIS R\$ 100,42; CSLL R\$ 154,50;



Consulta realizada em 11/07/2019 às 10:55:44.

Para consultar a autenticidade acesse: www.soledade.rs.gov.br/nota-fiscal-eletronica/



2019000000000712f169bce712683334000196

Recebi(emos) de

JULIANO COGO MACHADO & CIA LTDA

os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado.

201900000000071

Número da NFS-e

Competência

11/07/2019

NFS-e

2f169bce7

Número de Controle do Município

Consulta realizada em 11/07/2019 às 10:55:44.

Para consultar a autenticidade acesse: www.soledade.rs.gov.br/nota-fiscal-eletronica/

237
 1900
 125865



Recibo de Transferência

Número: 00880328627/00000000641416/484186

Data: 11/07/2019

Hora: 13:29:34

Canal: Office Banking
Data Débito: 11/07/2019
Valor: 4.177,88
Tipo Transferência: TED E
Conta do Remetente: 0418-06.048213.0-6
Correntista Débito: 97.503.676/0001-30 - HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE
Banco ou IF do Destinatário: 136 - CC UNICRED DO BRASIL
Agência do Destinatário: 1168
Conta do Destinatário: 700320
Correntista de Crédito: 634.399.800-49 - JAQUELINE CARDOSO OLIVEIRA GOULART
Finalidade: 00006 - PAGAMENTO DE HONORARIOS
Identificador: 97503676000130

Atenciosamente

Banco do Estado do Rio Grande do Sul S.A.

0370166F22B3BBDDD377842A55BD419B0855

RECIBO DE PAGAMENTO A AUTÔNOMO - RPA

Nome ou Razão Social da Empresa	Nº Recibo
HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE	212
	CNPJ da Empresa
	97.503.676/0001-30

Recebi da Empresa acima identificada, pela prestação dos serviços de HONORARIOS MÉDICOS MES 06/2019 a importância de R\$ 4.177,88 (quatro mil cento e setenta e sete reais e oitenta e oito centavos), conforme discriminativo abaixo:

Número de Inscrição	
No INSS:	No CPF: 634.399.800-49
Identidade	
Número: 4039553501	
Órgão Emissor: SSP	UF: RS
Endereço	
PINHEIRO MACHADO, 952	
CENTRO	
Localidade	Data
SOLEDADE/RS	11/07/2019

ESPECIFICAÇÃO:

1. Valor Serviço Prestado	4.570,00
2. Outros Proventos	0,00
Total	4.570,00

DESCONTOS:

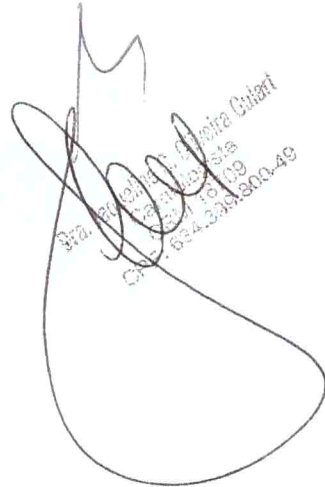
3. Outros Descontos	0,00
4. ISS	0,00
5. IRRF	392,12
6. Dedução INSS	0,00
7. INSS Frete	0,00
8. Pensão Alimentícia	0,00
Total	392,12

VALOR LÍQUIDO 4.177,88

Ic	Nome completo
	JAQUELINE CARDOSO OLIVEIRA GOULART

Assinatura

Esta remuneração será incluída na GFIP e os valores retidos a título de contribuição previdenciária serão recolhidos em conformidade com a legislação vigente.



Jaqueline Cardoso Oliveira Goulart
CPF: 634.399.800-49

DANFSE - Documento Auxiliar da 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: escritoriolupatini@tecwave.com.br
 Fone: (54) 3381-1504



Número da NFS-e

201900000000047

Data do Serviço

Código Verificador

11/07/2019

44691bb39

CNPJ / CPF **Inscrição Estadual** **Inscrição Municipal**
 30.600.624/0001-00 ISENTO 5048



MUNICIPIO DE SOLEDADE/RS

Secretaria Municipal da Fazenda

Fone: (54) 3381-1699 - www.soledade.rs.gov.br/nota-fiscal-eletronica/

Dt. de Emissão

11/07/2019

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
HCFC.NF@GMAIL.COM

Soledade/RS

INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO

Razão Social CNPJ / CPF Inscrição Municipal

E-mail Fone Cidade

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	VALOR TOTAL	ALIQ.	VALOR IMPOSTO	RETIDO
ATENDIMENTO MEDICO MES 06/2019	10.000,00	0,00	0,00	Não

Código do Serviço: 04.01 - Medicina e biomedicina. Código NBS: *****

CIDE	COFINS	COFINS Importação	ICMS	IOP	IPI	PIS/PASEP	PIS/PASEP Importação
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Base Cálculo ISSQN Próprio	Valor do ISSQN Próprio	Base Cálculo ISSQN Retido	Valor do ISSQN Retido	Valor Total do ISSQN	Valor Dedução/Descontos		
10.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		
Valor Total da NFS-e	10.000,00	Valor Líquido da NFS-e	10.000,00				

Informações Adicionais

EMITIDA POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL
 GERA DIREITO A CRÉDITO FISCAL DE IPI
 Lei 12741/2012: Mun: R\$209,00; Est: R\$0,00; Fed: R\$1345,00; Total Aprox: R\$1554,00. Fonte: IBPT.

Consulta realizada em 11/07/2019 às 13:42:20.

Para consultar a autenticidade acesse: www.soledade.rs.gov.br/nota-fiscal-eletronica/



20190000000004744691bb3930600624000100

Recebi(emos) de CLEUSA SALETE SCIPIONI DA ROCHA	201900000000047 Número da NFS-e Competência 11/07/2019 NFS-e 44691bb39	Número de Controle do Município
---	---	---------------------------------

os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado.

Consulta realizada em 11/07/2019 às 13:42:20.

Para consultar a autenticidade acesse: www.soledade.rs.gov.br/nota-fiscal-eletronica/

136
1168
744824

**Recibo de Transferência**

Número: 00880722222/00000000931011/485177

Data: 12/07/2019

Hora: 11:20:08

Canal: Office Banking
Data Débito: 12/07/2019
Valor: R\$ 24.300,00
Tipo: Transferência de valor entre contas Banrisul
Conta do Remetente: 0418-06.048213.0-6
Nome do Remetente: HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE
Conta do Destinatário: 0418-06.042166.0-0
Nome do Destinatário: IZA PIAZZA E CIA LTDA ME
Finalidade: PAGAMENTO DE HONORARIOS MEDICO

Atenciosamente

Banco do Estado do Rio Grande do Sul S.A.

035D655771EBA8239F7850DDA81D0AF4D404

DANFSE - Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Serviço Eletrônica

IZA PIAZZA & CIA LTDA
 RUA ARMANDO HAEFFNER, 371
 CEP: 99300-000 - Bairro: FONTES
 Município: Soledade - RS
 E-mail: escrit.rocha@hotmail.com
 Fone: (54) 3381-2606



Número da NFS-e

201900000000074

Data do Serviço

12/07/2019

Código Verificador

0405aebfd

CNPJ / CPF **Inscrição Estadual** **Inscrição Municipal**
 18.792.637/0001-23 ISENT0 47811



MUNICÍPIO DE SOLEDADE/RS

Secretaria Municipal da Fazenda
 Fone: (54) 3381-1699 - www.soledade.rs.gov.br/nota-fiscal-eletronica/

Dt. de Emissão

12/07/2019

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 UF Fone CEP
 Soledade RS (54) 3381-1244 99300-000

Bairro Inscrição Municipal Inscrição Estadual
 CENTRO 3575 1370031898

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

E-mail
 HCFC.NF@GMAIL.COM

INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO

Nome / Razão Social CNPJ / CPF Inscrição Municipal

E-mail Fone Cidade

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

VALOR TOTAL

ALIQ.

VALOR IMPOSTO

RETIDO

PRESTAÇÃO DE SERVIÇO REFERENTE AO MÊS DE JUNHO/2019.

24.300,00

0,00

0,00

Não

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

Código NBS

CIDE COFINS COFINS Importação ICMS IOF IPI PIS/PASEP PIS/PASEP Importação

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

Base Cálculo ISSQN Próprio Valor do ISSQN Próprio Base Cálculo ISSQN Retido Valor do ISSQN Retido Valor Total do ISSQN Valor Dedução/Descontos

24.300,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

Valor Total da NFS-e 24.300,00 Valor Líquido da NFS-e 24.300,00

Informações Adicionais

A EMITIDA POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL
 NÃO GERA DIREITO A CRÉDITO FISCAL DE IPI
 Lei 12741/2012: Mun: R\$507,87; Est: R\$0,00; Fed: R\$3268,35; Total Aprox: R\$3776,22. Fonte: IBPT.



Consulta realizada em 12/07/2019 às 10:27:56.

Para consultar a autenticidade acesse: www.soledade.rs.gov.br/nota-fiscal-eletronica/



2019000000000740405aebfd18792637000123

Recebi(emos) de IZA PIAZZA & CIA LTDA os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado.	201900000000074 Número da NFS-e Competência 12/07/2019 NFS-e 0405aebfd	Número de Controle do Município
--	---	---------------------------------

Consulta realizada em 12/07/2019 às 10:27:56.

Para consultar a autenticidade acesse: www.soledade.rs.gov.br/nota-fiscal-eletronica/