



ESTADO DE SANTA CATARINA
GOVERNO DE XAVANTINA



**PRESTAÇÃO DE CONTAS
HOSPITAL SÃO LUCAS
TERMO DE FOMENTO – 001/2019
9ª PARCELA**

ASSOCIAÇÃO COMUNITÁRIA HOSPITAL SÃO LUCAS
Xavantina - Santa Catarina




Xavantina (SC), 30 de SETEMBRO de 2019.

À Sua Excelência a Senhora
JESSICA PAULA PINSSETA
Secretária Municipal de Saúde e Assistência Social
Xavantina – SC

Senhora Gestora:

Encaminhamos para vossa apreciação, a prestação de contas referente à 10ª parcela no valor de R\$ 87.500,00 (oitenta e sete mil e quinhentos reais), e 4º parcela no valor de R\$ 17.000,00 (dezesete mil reais) referente a Termo Aditivo, do Termo de Colaboração nº 001/2019, autorizado pela Lei Federal nº 13.019, de 31 de julho de 2014, recebidos na data de 03 de SETEMBRO de 2019.

Atenciosamente,



Inair Trevisan Pelizza
Presidente

PARECER DO CONSELHO FISCAL

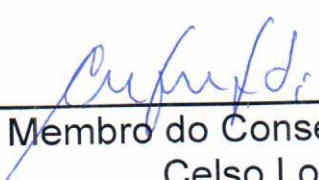
Celso Lodi brasileiro (a), inscrito no CPF sob nº 425.904.429-04, **Elcio Nardino**, brasileiro(a), inscrito no CPF sob nº 868.670.169-87, e **Delvina Pegorini**, brasileiro(a), inscrito no CPF sob nº 251.103.147-34, Membros do Conselho Fiscal da entidade:

ATESTAM:

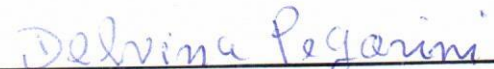
Que após análise dos documentos que fazem parte da Prestação de Contas dos recursos no montante de R\$ 104.500,00 recebidos em 03/09/2019, através da Lei Federal nº 13.019, verificou-se que foram aplicados corretamente no objeto do Convenio nº 001/2019, tendo sido atendidas as finalidades inicialmente pactuadas.

E, por ser esta a expressão da verdade, assina o presente.

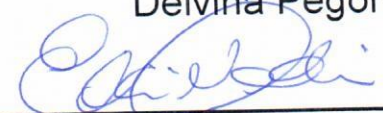
Xavantina (SC), 30 de SETEMBRO de 2019.



Membro do Conselho Fiscal
Celso Lodi



Membro do Conselho Fiscal
Delvina Pegorini



Membro do Conselho Fiscal
Elcio Nardino



BALANCETE DE PRESTAÇÃO DE CONTAS DE CONVÊNIOS

Unidade Concedente: PREFEITURA MUNICIPAL DE XAVANTINA

Ordenador da Despesa: Jessica Paula Pinssetta

CNPJ: 82.832.361/0001-69

Entidade Beneficiada: ASSOCIAÇÃO COM.HOSP.S.LUCAS . CEP: 89780000

Endereço: Rua : Celso Ramos , 89

Valor: 87.500,00 + 17.000,00

Nota de Empenho: 43/19 e 513/19 Data: 11/01/2019 e 27/06/2019

Elemento: 335043990000000002

Projeto/Atividade: 2.022

Histórico Fiel da Finalidade: Os recursos foram utilizados para manutenção das atividades no hospital São Lucas .

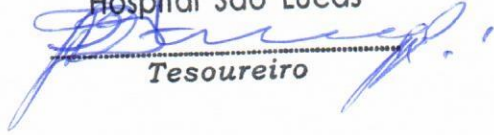
Documento		Recebimentos(R \$	Pagamentos
Nº data	Histórico/aplicação		
Colunas1	Colunas2	Colun: Colunas4	Colunas5
03/09/2019	Transferencia Prefeitura Municipal	104.500,00	
04/09/2019	Pgto salario Angelica Paravisi	1	R\$ 4.428,98
04/09/2019	Pgto salario Bruna Szesny	1	R\$ 3.275,54
04/09/2019	Pgto salario Lucelia Stocco	1	R\$ 2.850,89
04/09/2019	pgto Sionara Buratti	1	R\$ 312,89
04/09/2019	Pgto salario Diliana Facco	1	R\$ 4.100,87
04/09/2019	Pgto salario Sandra Naissinguer	1	R\$ 1.678,61
04/09/2019	Pgto salario Ines Molossi	1	R\$ 1.678,61
04/09/2019	Pgto Primina Pandolfo	1	R\$ 104,85
04/09/2019	Pgto salario Maria Ines Lussi	1	R\$ 1.824,33
04/09/2019	Pgto salario Arlise Tochetto	1	R\$ 1.775,75
04/09/2019	Pgto Marcio Gonzalies NF87 Resp. Técnica Agos		R\$ 908,50
04/09/2019	Pgto Judite Fiorese	1	R\$ 3.235,71
04/04/2019	Pgto Nelsi Lourdes Stocco Grole	1	R\$ 1.824,33
04/04/2019	Pgto Danieli Raimundi Alves	1	R\$ 2.169,75
04/09/2019	Pgto FGTS	1	R\$ 3.232,54
04/09/2019	Pgto INSS	1	R\$ 1.387,24
04/09/2019	Pgto GPS	1	R\$ 1.992,42
04/09/2019	Pgto DARF	1	R\$ 378,73
05/09/2019	Pgto MARLISE lesbik NF 17	1	R\$ 301,00
05/09/2019	Pgto SYSTEMA LTDA NF	1	R\$ 350,00
06/08/2018	Pgto Boleto	1	R\$ 10,50
13/09/2019	Pgto Federação Santas Casas	1	R\$ 353,00
13/09/2019	Pgto CRM Gases e Equip.	1	R\$ 240,00
16/09/2019	Pgto Unicredi Oeste e Serra (Ciclo)	1	R\$ 210,00
25/09/2019	Pgto CASAN	1	R\$ 65,00
25/09/2019	Pgto CASAN	1	R\$ 130,01
25/09/2019	Pgto CELESC	1	R\$ 1.638,10
25/08/2019	Pgto GTM processamento dados NF 1785	1	R\$ 325,00
25/09/2019	Pgto MCW Prod. Med. hosp. NF292563	1	R\$ 779,47
25/09/2019	Pgto SUImedi Prod. Medicos NF 68834	1	R\$ 783,14
27/09/2019	Pgto Plantao Marcio Gonzalves NF 89	2	R\$ 32.651,49
27/09/2019	Pgto DARF NF 89 Marcio Gonzalves	1	R\$ 1.108,20
27/09/2019	Pgto DARF Ref. NF 887 Soc. Med. Gonzalves	1	R\$ 46,50
27/09/2019	Pgto DARF NF 87 Marcio Gonzalves	1	R\$ 15,00
27/09/2019	Pgto DARF NF 89 Marcio Gonzalves	1	R\$ 1.671,21
27/09/2019	Pgto DARF NF 89 Marcio Gonzalves	1	R\$ 539,10

Associação Comunitária
Hospital São Lucas

Tesoureiro

27/09/2019	Pgto Allan D. Dos Santos NF 37-A1	2		R\$ 5.460,00
27/09/2019	Pgto Pacote tarifa	1		R\$ 10,45
30/09/2019	Transferencia ct 7015-7 p/2977-7	1	R\$ 223,17	
30/09/2019	Pgro salario Arlise Tochetto	1		R\$ 41,77
30/09/2019	Pgto salario Angelica Paravisi	1		R\$ 4.901,28
30/09/2019	Pgto salario Bruna Szesny	1		R\$ 3.413,89
30/09/2019	Pgto salario Danieli Raimundo	1		R\$ 2.245,37
30/09/2019	Pgto salario Dilliana Facco	1		R\$ 4.100,87
30/09/2019	Pgto salario Ines Molossi	1		R\$ 1.678,61
30/09/2019	Pgto salario Judite Fiorese	1		R\$ 845,31
30/09/2019	Pgto salario Primina Sordi	1		R\$ 1.824,33
30/09/2019	Tranferencia cta 7015-7 p/ 2977-7	1	R\$ 0,30	
30/09/2019	Pgto salario Maria Ines Lussi	1		R\$ 1.824,33
		1		
TOTAL			RS104.723,47	RS104.723,47

Associação Comunitária
 Hospital São Lucas


 Tesoureiro

ESTADO DE SANTA CATARINA
FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE XAVANTINA

Nota de Empenho

Data: 11/01/2019
 N° do empenho : 43/19
 Ordinário
 Processo : AF-30/2019

C.N.P.J.: 10.441.099/0001-10
 Município: XAVANTINA



Órgão: 10 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
 Unidade: 10.01 - Departamento de Saúde
 Funcional: 10.302.0011 - SAUDE PARA TODOS
 Projeto/Atividade: 2.022 - Auxiliar as Entidades de Saúde - MAC
 Elemento: 3.3.50.43.99.00.00.00.01.0002 - Outras Subvenções Sociais
 Cód. Detalham.: 0 - Sem detalhamento das destinações de recursos
 Código reduzido: 000020

Dotação Inicial:	1.050.000,00	Empenhos anteriores :	0,00
Suplementações:	0,00	Valor do empenho :	1.050.000,00
Anulações:	0,00	Valor Anulado:	0,00
Total (A) :	1.050.000,00	Total (B) :	1.050.000,00
		Saldo (A - B) :	0,00

Credor: 6041 ASSOCIACAO COMUNITARIA HOSPITAL SAO LUCAS UF: SC
 Endereço: R CELSO RAMOS, 089 Cidade: Xavantina
 C.N.P.J.: 82.832.361/0001-69 Inscr.Est./Ident.Prof.:
 Ba: Agência: Fone: 4934541108<
 Conta Corrente: Fax: 49

Especificação: TERMO DE FOMENTO N° 001/2019, QUE TEM POR OBJETO A CELEBRAÇÃO DE PARCERIA COM A ENTIDADE SEDIADA NO MUNICÍPIO, PARA INVESTIMENTO NA MANUTENÇÃO E AMPLIAÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE REALIZADOS PELA ENTIDADE, CONFORME PLANO DE TRABALHO, A FIM DE COBRAR (Compra Direta N° 25/2019)

Item	Descrição	Unidade	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total
1	TRANSFERÊNCIA FINANCEIRA	SER	1,000	1.050.000,0000	1.050.000,00
Fonte de recursos : 00.01.0002 - Receitas de Impostos e de Transferencias de Impostos - Saúde				Total empenhado :	1.050.000,00

Fica empenhada a importância de R\$ 1.050.000,00 (um milhão e cinquenta mil reais)

Fundamento legal : 1587 Data : 14/06/2017
 Modal. licitação : Dispensa de Licitação p/ Compras e Serviços Processo Lic. :
 Justificativa Lic. : 02 - Artigo 24 Inciso II da Lei 8.666/93
 Obra :
 Contrato : Data :

Responsável pelo serviço

Credor

Jessica P. Pinsetta
 JESSICA PAULA PINSETTA
 Gestora - Ordenadora da Despesa

Marta Maria Caon Suzana
 MARTA MARIA CAON SUZANA
 Contadora CRC/SC 025926/O-3

Liquidação

Declaro que o material/serviço foi fornecido/prestado

Responsável

ESTADO DE SANTA CATARINA
FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE XAVANTINA

Data: 03/09/2019

N. da Ordem: 1146/19

Parcial

Processo:

Nº AF/Ano: 30/2019

Vencimento: 03/09/2019

Ordem de Pagamento

C.N.P.J.: 10.441.099/0001-10

Município: XAVANTINA

Órgão: 10 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
Unidade: 10.01 - Departamento de Saúde
Funcional: 10.302.0011 - SAUDE PARA TODOS
Projeto/Atividade: 2.022 - Auxiliar as Entidades de Saúde - MAC
Elemento: 3.3.50.43.99.00.00.00.00.01.0002 - Outras Subvenções Sociais
Cód. Detalham.: 0 - Receitas de Impostos e de Transferencias de Impostos - Saúde
Recurso: 00.01.0002 - Receitas de Impostos e de Transferencias de Impostos - Saúde



Número do empenho:	43	Pagamentos anteriores:	700.000,00
Valor do empenho:	1.050.000,00	Valor da ordem:	87.500,00
Valor anulado:	0,00	Valor Anulado:	0,00
Total (A):	1.050.000,00	Total (B):	787.500,00
		Saldo (A - B):	262.500,00

Credor: **6041 ASSOCIACAO COMUNITARIA HOSPITAL SAO LUCAS** UF: SC
Endereço: R CELSO RAMOS, 089 Cidade: Xavantina
C.N.P.J.: 82.832.361/0001-69 Inscr.Est./Ident.Prof.:
Banco: 1 - BANCO DO BRASIL S.A. Agência: 4601-9 Conta Corrente: 2564-X

Especificação:

TERMO DE FOMENTO Nº 001/2019, QUE TEM POR OBJETO A CELEBRAÇÃO DE PARCERIA COM A ENTIDADE SEDIADA NO MUNICÍPIO, PARA INVESTIMENTO NA MANUTENÇÃO E AMPLIAÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE REALIZADOS PELA ENTIDADE, CONFORME PLANO DE TRABALHO, A FIM DE COBRAR (Compra Direta Nº 25/2019)

Fonte de recursos: Ordinário Total geral: 87.500,00

Fica autorizado o pagamento de 87.500,00 (oitenta e sete mil e quinhentos reais)

Contabilização: Esta O.P. foi devidamente processada no Depto de Contabilidade em 03/09/2019.

MARTA MARIA CAON SUZANA
Contadora CRC/SC 025925/O-3

Descontos:

Total de descontos: 0,00 Líquido a pagar: 87.500,00

Recursos:

Conta Banco	Núm.Docto.	Valor
64056 BRASIL - Fundo Aplic. Recursos Próprios - 006.515-3	404	87.500,00

Ordem de pagamento: Em 03/09/2019 pague-se a importância acima processada

Jessica P. Pinssetta
JESSICA PAULA PINSSETTA
Gestora - Ordenadora da Despesa

Recibo: Em 03/09/2019 recebi (emos) a importância acima processada

Credor

Certifico haver pago a importância acima.

JOSELINO LUIZ NAISSINGER
Tescureiro

ESTADO DE SANTA CATARINA
FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE XAVANTINA

Nota de Empenho

Data: 27/06/2019
 Nº do empenho : 513/19
 Global
 Processo : AF-184/2019



C.N.P.J.: 10.441.099/0001-10
 Município: XAVANTINA

Órgão: 10 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
 Unidade: 10.01 - Departamento de Saúde
 Funcional: 10.302.0011 - SAUDE PARA TODOS
 Projeto/Atividade: 2.022 - Auxiliar as Entidades de Saúde - MAC
 Elemento: 3.3.50.43.99.00.00.00.01.0002 - Outras Subvenções Sociais
 Cód. Detalham.: 0 - Sem detalhamento das destinações de recursos
 Código reduzido: 000020

Dotação Inicial:	1.050.000,00	Empenhos anteriores:	1.050.000,00
Suplementações:	120.000,00	Valor do empenho:	119.000,00
Anulações:	0,00	Valor Anulado:	0,00
Total (A):	1.170.000,00	Total (B):	1.169.000,00
		Saldo (A - B):	1.000,00

Credor: **6041 ASSOCIACAO COMUNITARIA HOSPITAL SAO LUCAS** UF: SC
 Endereço: R CELSO RAMOS, 089 Cidade: Xavantina
 C.N.P.J.: 82.832.361/0001-69 Inscr.Est./Ident.Prof.:
 Agência: Fone: 4934541108<
 Conta Corrente: Fax: 49

Especificação: PELA DESPESA EMPENHADA REFERENTE A PRIMEIRO TERMO ADITIVO AO TERMO DE FOMENTO Nº 001/2019, QUE TEM POR OBJETO A ALTERAÇÃO DO ITEM 3.1 DA CLÁUSULA SEGUNDA CONFORME CÓPIA DO TERMO EM ANEXO, MOTIVAÇÃO CONFORME PERMISSIVO CONSTANTE NO ART. 57 DA LEI FEDERAL Nº (Compra Direta Nº 119/2019)

Item Descrição	Unidade	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total
1 TRANSFERÊNCIA FINANCEIRA	SER	1,000	119.000,0000	119.000,00
Fonte de recursos : 00.01.0002 - Receitas de Impostos e de Transferencias de Impostos - Saúde			Total empenhado :	119.000,00

Fica empenhada a importância de R\$ 119.000,00 (cento e dezenove mil reais)

Fundamento legal : 1587 Data : 14/07/2017
 Modal. licitação : Dispensa de Licitação p/ Compras e Serviços Processo Lic. :
 Justificativa Lic. : 02 - Artigo 24 Inciso II da Lei 8.666/93
 Obra :
 Contrato : Data :

Empenhado do serviço Credor
 JESSICA PAULA PINSETTA MARTA MARIA CAON SUZANA
 Gestora - Ordenadora da Despesa Contadora CRC/SC 025926/O-3

Liquidação

Declaro que o material/serviço foi fornecido/prestado _____
 Responsável

ESTADO DE SANTA CATARINA
FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE XAVANTINA

Ordem de Pagamento

Data: 03/09/2019

N. da Ordem: 1147/19

Parcial

Processo:

Nº AF/Ano: 184/2019

Vencimento: 03/09/2019

C.N.P.J.: 10.441.099/0001-10

Município: XAVANTINA

Órgão: 10 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
Unidade: 10.01 - Departamento de Saúde
Funcional: 10.302.0011 - SAUDE PARA TODOS
Projeto/Atividade: 2.022 - Auxiliar as Entidades de Saúde - MAC
Elemento: 3.3.50.43.99.00.00.00.00.01.0002 - Outras Subvenções Sociais
Cód. Detalham.: 0 - Receitas de Impostos e de Transferencias de Impostos - Saúde
Recurso: 00.01.0002 - Receitas de Impostos e de Transferencias de Impostos - Saúde



Número do empenho :	513	Pagamentos anteriores :	51.000,00
Valor do empenho :	119.000,00	Valor da ordem :	17.000,00
Valor anulado :	0,00	Valor Anulado:	0,00
Total (A) :	119.000,00	Total (B) :	68.000,00
		Saldo (A - B) :	51.000,00

Credor: 6041 ASSOCIACAO COMUNITARIA HOSPITAL SAO LUCAS
Endereço: R CELSO RAMOS, 089 Cidade: Xavantina UF: SC
C.N.P.J.: 82.832.361/0001-69 Inscr.Est./Ident.Prof.:
Banco: 1 - BANCO DO BRASIL S.A. Agência: 4601-9 Conta Corrente: 2564-X

Especificação:
PELA DESPESA EMPENHADA REFERENTE A PRIMEIRO TERMO ADITIVO AO TERMO DE FOMENTO Nº 001/2019, QUE TEM POR OBJETO A ALTERAÇÃO DO ITEM 3.1 DA CLÁUSULA SEGUNDA CONFORME CÓPIA DO TERMO EM ANEXO, MOTIVAÇÃO CONFORME PERMISSIVO CONSTANTE NO ART. 57 DA LEI FEDERAL N (Compra Direta Nº 119/2019)

Fonte de recursos : Ordinário Total geral : 17.000,00
Fica autorizado o pagamento de 17.000,00 (dezessete mil reais)

Contabilização : Esta O.P. foi devidamente processada no Depto de Contabilidade em 03/09/2019.

MARTA MARIA CAON SUZANA
Contadora CRC/SC 025926/O-3

Descontos:
Total de descontos: 0,00 Líquido a pagar : 17.000,00

Recursos:	Conta Banco	Núm.Docto.	Valor
	64056 BRASIL - Fundo Aplic. Recursos Próprios - 006.515-3	404	17.000,00

Ordem de pagamento : Em 03/09/2019 pague-se a importância acima processada

JESSICA PAULA PINSSETTA
Gestora - Ordenadora da Despesa

Recibo : Em 03/09/2019 recebi (emos) a importância acima processada

Credor

Certifico haver pago a importância acima.

JOSELINO LUIZ NAISSINGER
Tesorero


 334301520094811010
 30/09/2019 15:25:41


Consultas - Extrato de conta corrente

Cliente - Conta atual

 Agência 4601-9
 Conta corrente 2977-7 ASS H S LUCAS PMX
 Período do extrato Mês atual

Lançamentos

Dt. balancete	Dt. movimento	Ag. origem	Lote	Histórico	Documento	Valor R\$	Saldo
30/08/2019		0000	00000	000 Saldo Anterior			0,00 C
03/09/2019		4601	99015	870 Transfer?ncia recebida 03/09 4601 6515-3 PM XAVANTINA F	554.601.000.006.515	104.500,00 C	104.500,00 C
04/09/2019		4601	99015	470 Transfer?ncia enviada 04/09 0321 89280-7 ANGELICA PAULA	550.321.000.089.280	4.428,98 D	
04/09/2019		4601	99015	470 Transfer?ncia enviada 04/09 0875 30939-7 BRUNA CLAUDIA	550.875.000.030.939	3.275,54 D	
04/09/2019		4601	99015	470 Transfer?ncia enviada 04/09 4601 1818-X LUCELIA MARIA	554.601.000.001.818	2.850,89 D	
04/09/2019		4601	99015	470 Transfer?ncia enviada 04/09 4601 2309-4 SIONARA TEREZI	554.601.000.002.309	312,89 D	
04/09/2019		4601	99015	470 Transfer?ncia enviada 04/09 4601 2572-0 DILIANA FACCO	554.601.000.002.572	4.100,87 D	
04/09/2019		4601	99015	470 Transfer?ncia enviada 04/09 4601 2640-9 SANDRA COVATTI	554.601.000.002.640	1.678,61 D	
04/09/2019		4601	99015	470 Transfer?ncia enviada 04/09 4601 2947-5 INES T M MOLOS	554.601.000.002.947	1.678,61 D	
04/09/2019		4601	99015	470 Transfer?ncia enviada 04/09 4601 3056-2 PRIMINA SORDI	554.601.000.003.056	104,85 D	
04/09/2019		4601	99015	470 Transfer?ncia enviada 04/09 4601 5809-2 MARIA INES COL	554.601.000.005.809	1.824,33 D	
04/09/2019		4601	99015	470 Transfer?ncia enviada 04/09 4601 5980-3 ARLISE TOCHETT	554.601.000.005.980	1.775,75 D	
04/09/2019		4601	99015	470 Transfer?ncia enviada 04/09 4601 7607-4 MARCIO IVAN DE	554.601.000.007.607	908,50 D	
04/09/2019		4601	99015	470 Transfer?ncia enviada 04/09 4601 8130-2 JUDITE FIORESE	554.601.000.008.130	3.235,71 D	
04/09/2019		4601	99015	470 Transfer?ncia enviada 04/09 4601 41153-1 NELSI LOURDES	554.601.000.041.153	1.824,33 D	
04/09/2019		4601	99015	470 Transfer?ncia enviada 04/09 4602 14424-X DANIELI RAIMUN	554.602.000.014.424	2.169,75 D	
04/09/2019		0000	13105	375 Impostos FGTS ARRECADACAO GRF	90.401	3.232,54 D	
04/09/2019		0000	13105	375 Impostos DARF - 82.832.361/0001-69 -0561	90.402	1.387,24 D	
04/09/2019		0000	13105	196 INSS Arrecada??o GPS- Ident.: 82832361000169 - 08/2019	90.403	1.992,42 D	
04/09/2019		0000	13105	375 Impostos DARF - 82.832.361/0001-69 -8301	90.404	378,73 D	67.339,46 C
05/09/2019		4601	99015	470 Transfer?ncia enviada 05/09 4601 1174-6 MARLISE IESBIK	554.601.000.001.174	301,00 D	
05/09/2019		0000	13105	109 Pagamento de Boletó SYSTEMA LTDA EPP	90.501	350,00 D	
05/09/2019		0000	13105	109 Pagamento de Boletó	90.502	10,50 D	66.677,96 C



		MUNICIPIO DE XAVANTINA			
13/09/2019	0000	13105	109 Pagamento de Boletto	91.301	353,00
		FEDERACAO SANTAS CASAS HOSP. E ENTIDAD			
13/09/2019	0000	13105	109 Pagamento de Boletto	91.302	240,00 D
		CRM GASES E EQUIPAMENTOS LTDA			
16/09/2019	0000	13105	109 Pagamento de Boletto	91.601	210,00 D ✓ 65.874,96 C
		UNICRED OESTE E SERRA			
25/09/2019	0000	13105	361 Pgto conta ?gua	92.501	65,00 D ✓
		CASAN			
25/09/2019	0000	13105	361 Pgto conta ?gua	92.502	130,01 D ✓
		CASAN			
25/09/2019	0000	13105	109 Pagamento de Boletto	92.503	1.638,10 D ✓
		CELESC DISTRIBUICAO SA			
25/09/2019	0000	13105	109 Pagamento de Boletto	92.504	325,00 D ✓
		GTN PROCESSAMENTO DE DADOS LTD			
25/09/2019	0000	13105	109 Pagamento de Boletto	92.505	779,47 D ✓
		MCW PRODUTOS MEDICOS E HOSPITALARES LT			
25/09/2019	0000	13105	109 Pagamento de Boletto	92.506	783,14 D ✓ 62.154,24 C
		SULMEDIC COMERCIAL			
27/09/2019	4601	99015	470 Transfer?ncia enviada	554.601.000.007.607	32.651,49 D ✓
		27/09 4601 7607-4 MARCIO IVAN DE			
27/09/2019	0000	13105	109 Pagamento de Boletto	92.701	1.108,20 D ✓
		MUNICIPIO DE XAVANTINA			
27/09/2019	0000	13105	375 Impostos	92.702	46,50 D ✓
		DARF - 82.832.361/0001-69 -5952			
27/09/2019	0000	13105	375 Impostos	92.703	15,00 D ✓
		DARF - 82.832.361/0001-69 -1708			
27/09/2019	0000	13105	375 Impostos	92.704	1.671,21 D ✓
		DARF - 82.832.361/0001-69 -5952			
27/09/2019	0000	13105	375 Impostos	92.705	539,10 D ✓
		DARF - 82.832.361/0001-69 -1708			
27/09/2019	0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	92.706	5.460,00 D ✓
		341 8547 027677738000144 ALLAN DOUGLAS			
27/09/2019	0000	13113	310 Tar DOC/TED Eletr?nico	822.701.200.348.769	10,45 D ✓ 20.652,29 C
		Cobrança referente 27/09/2019			
30/09/2019	4601	04601	870 Transfer?ncia recebida	554.601.000.007.015	223,17 C ✓
		30/09 4601 7015-7 HOSP SAO LUCAS			
30/09/2019	4601	04601	144 Transfer?ncia enviada	554.601.000.005.980	41,77 D ✓
		30/09 4601 5980-3 ARLISE TOCHETT			
30/09/2019	4601	04601	144 Transfer?ncia enviada	550.321.000.089.280	4.901,28 D ✓
		30/09 0321 89280-7 ANGELICA PAULA			
30/09/2019	4601	04601	144 Transfer?ncia enviada	550.875.000.030.939	3.413,89 D ✓
		30/09 0875 30939-7 BRUNA CLAUDIA			
30/09/2019	4601	04601	144 Transfer?ncia enviada	554.602.000.014.424	2.245,37 D ✓
		30/09 4602 14424-X DANIELI RAIMUN			
30/09/2019	4601	04601	144 Transfer?ncia enviada	554.601.000.002.572	4.100,87 D ✓
		30/09 4601 2572-0 DILIANA FACCO			
30/09/2019	4601	04601	144 Transfer?ncia enviada	554.601.000.002.947	1.678,61 D ✓
		30/09 4601 2947-5 INES T M MOLOS			
30/09/2019	4601	04601	144 Transfer?ncia enviada	554.601.000.008.130	845,31 D ✓
		30/09 4601 8130-2 JUDITE FIORESE			
30/09/2019	4601	04601	144 Transfer?ncia enviada	554.601.000.003.056	1.824,33 D ✓
		30/09 4601 3056-2 PRIMINA SORDI			
30/09/2019	4601	04601	870 Transfer?ncia recebida	554.601.000.007.015	0,30 C ✓
		30/09 4601 7015-7 HOSP SAO LUCAS			
30/09/2019	4601	04601	144 Transfer?ncia enviada	554.601.000.005.809	1.824,33 D ✓

30/09/2019

30/09 4601 5809-2 MARIA INES COL

0,00 C

30/09/2019 0000 00000 999 S A L D O

0,00 C

0,00

30/09/2019

0,00

01/10/2019

Saldo
Juros
Data de Debito de Juros
IOF
Data de Debito de IOF



Transação efetuada com sucesso por: JB724509 MARCOS ARTUR STUMPF.

CERTIFICO que o Material/Serviço
constante neste documento foi
Recebido/Prestado e Aceito

Data: 30 / 09 / 19

Ass. [Signature]

Nome. _____

Cargo. _____

Transferência entre contas diversas

Debitado

Nome ASS H S LUCAS PMX
 Agência 4601-9
 Conta corrente 2977-7

Creditado

Nome ANGELICA PAULA PARAVISI
 Agência 321-2
 Conta corrente 89280-7
 Valor 4.428,98
 Data Nesta data

Assinada por JB724509 MARCOS ARTUR STUMPF
 JB724510 INAIR T PELIZZA

04/09/2019 14:56:09
 04/09/2019 15:25:04

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JB724510 INAIR T PELIZZA.



Empresa: 6--ASSOCIACAO COMUN. HOSPITAL SAO LUCAS
 CNPJ: 82.832.361/0001-69
 Código: 203 Funcionário: ANGELICA PAULA PARAVISI
 Admissão: 01/08/2017 Cpf: 081.512.189-08 Setor: 1-GERAL

RECIBO DE PAGAMENTO - SALÁRIO
 Período: 08/2019
 CBO: 223505-ENFERMEIRA (0) Folha: 1

Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
7	Salário	220.00	4.525,87		
77	Horas Normais Diurnas 60%	4.00	131,66		
8	Adicional de Insalubridade	40.00	530,00		
76	Horas Sob. Aviso 33,33%	48.00	329,12		
1	INSS Segurado	11.00		606,83	
2	IRF	27.50		480,84	
CERTIFICO que o Material/Serviço constante neste documento foi Recebido/Prestado e Aceito Data: <u>04/09/19</u> Ass. <u>[Assinatura]</u> Nome: _____ Cargo: _____			Total de Vencimentos 5.516,65	Total de Descontos 1.087,67	
			Líquido R\$ -> 4.428,98		
Salário Base	Base Contr. INSS	Base FGTS	FGTS do Mês	Base IRRF	Faixa IRRF
4.525,87	5.516,65	5.516,65	441,33	4.909,82	27,50
Recebi a importância líquida discriminada acima. Data: <u>04/09/2019</u> Assinatura: <u>Angélica Paula Paravisi</u>					



Transferência entre contas diversas

Debitado

Nome ASS H S LUCAS PMX
 Agência 4601-9
 Conta corrente 2977-7

Creditado

Nome BRUNA CLAUDIA SCZESNY
 Agência 875-3
 Conta corrente 30939-7
 Valor 3.275,54
 Data Nesta data

Assinada por JB724509 MARCOS ARTUR STUMPF
 JB724510 INAIR T PELIZZA

04/09/2019 14:59:37
 04/09/2019 15:25:04

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JB724510 INAIR T PELIZZA.

Empresa: 6-ASSOCIACAO COMUN. HOSPITAL SAO LUCAS		RECIBO DE PAGAMENTO - SALÁRIO			
CNPJ: 82.832.361/0001-69		Período: 08/2019			
Código: 247	Funcionário: BRUNA CLAUDIA SCZESNY	CBO: 223505-ENFERMEIRA	Folha: 1		
Admissão: 03/10/2018	Cpf: 083.514.279-50	Setor: 1-GERAL			
Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
7	Salário	220.00	2.216,55		
78	Horas Normais Noturnas 60%	16.00	257,93		
8	Adicional de Insalubridade	40.00	530,00		
10	Adicional Noturno	220.00	554,14		
76	Horas Sob. Aviso 33,33%	90.00	302,23		
1	INSS Segurado	11.00		424,69	
2	IRF	15.00		160,62	
CERTIFICO que o Material/Serviço constante neste documento foi Recebido/Prestado e Aceito Data: <u>04/09/19</u> Ass. <u>[Assinatura]</u> Nome. _____ Cargo. _____		Total de Vencimentos 3.860,85		Total de Descontos 585,31	
		Líquido R\$ -> 3.275,54			
Salário Base	Base Contr. INSS	Base FGTS	FGTS do Mês	Base IRRF	Faixa IRRF
2.216,55	3.860,85	3.860,85	308,86	3.436,16	15,00
<217506> Recebi a importância líquida discriminada acima. Data: <u>04/09/2019</u> Assinatura: <u>Bruna Sczesny</u>					

Transferência entre contas diversas

Debitado

Nome ASS H S LUCAS PMX
 Agência 4601-9
 Conta corrente 2977-7



Creditado

Nome LUCELIA MARIA STOCCO
 Agência 4601-9
 Conta corrente 1818-X
 Valor 2.850,89
 Data Nesta data

Assinada por JB724509 MARCOS ARTUR STUMPF
 JB724510 INAIR T PELIZZA

04/09/2019 14:53:35
 04/09/2019 15:25:04

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JB724510 INAIR T PELIZZA.

Empresa: 6-ASSOCIACAO COMUN. HOSPITAL SAO LUCAS			RECIBO DE PAGAMENTO - SALÁRIO		
CNPJ: 82.832.361/0001-69		Período: 08/2019		Folha: 1	
Código: 181	Funcionário: LUCÉLIA MARIA STOCCO	CBO: 252105-SOCIO ADMINISTRADOR			
Admissão: 01/07/2017	Cpf: 052.432.779-32	Setor: 1-GERAL			
Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
7	Salário	49.68	679,08		
8	Adicional de Insalubridade	20.00	59,84		
15	Salário Maternidade	170.32	2.533,31		
1	INSS Segurado	11.00		359,94	
2	IRF	7.50		61,40	
CERTIFICO que o Material/Serviço constante neste documento foi Recebido/Prestado e Aceito Data: <u>04/09/19</u> Ass: <u>[Assinatura]</u> Nome: _____ Cargo: _____			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			3.272,23	421,34	
			Líquido R\$ -> 2.850,89		
Salário Base	Base Contr. INSS	Base FGTS	FGTS do Mês	Base IRRF	Faixa IRRF
3.007,20	3.272,23	3.272,23	261,77	2.722,70	7,50
<011531> Recebi a importância líquida discriminada acima. Data: <u>04/09/2019</u> Assinatura: <u>Lucélia Stocco</u>					



Transferência entre contas diversas

Debitado

Nome ASS H S LUCAS PMX
 Agência 4601-9
 Conta corrente 2977-7

Creditado

Nome SIONARA TEREZINHA BURATTI
 Agência 4601-9
 Conta corrente 2309-4
 Valor 312,89
 Data Nesta data

Assinada por JB724509 MARCOS ARTUR STUMPF
 JB724510 INAIR T PELIZZA

04/09/2019 14:52:24
 04/09/2019 15:25:04

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JB724510 INAIR T PELIZZA.

Empresa: 6-ASSOCIACAO COMUN. HOSPITAL SAO LUCAS
 CNPJ: 82.832.361/0001-69
 Código: 168 Funcionário: SIONARA TEREZINHA BURATTI
 Admissão: 03/02/2015 Cpf: 058.078.859-88 Setor: 1-GERAL

RECIBO DE PAGAMENTO - SALÁRIO

Período: 08/2019

CBO: 322205-TECNICO EM ENFERMAGEM

Folha: 1

Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
7	Salário	29.33	235,26		
77	Horas Normais Diurnas 60%	1.00	1,71		
8	Adicional de Insalubridade	40.00	70,66		
76	Horas Sob. Aviso 33,33%	24.00	64,16		
5	Férias	27.00	2.619,49		
6	Adicional s/Férias	33.33	873,16		
1	INSS Segurado	11.00		425,08	
2	IRF			121,36	
23	Adiantamento Férias			2.987,11	
74	Mensalidade Sindical			18,00	
CERTIFICADO que o Material/Serviço constante neste documento foi Recebido/Prestado e Aceito					
Data: 04/09/19					
Ass: <u>[Assinatura]</u>					
Nome: _____					
Cargo: _____					
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			3.864,44	3.551,55	
			Líquido R\$ -> 312,89		
Salário Base	Base Contr. INSS	Base FGTS	FGTS do Mês	Base IRRF	Faixa IRRF
1.764,66	3.864,44	3.864,44	309,15	141,30	
<040802>					
Recebi a importância líquida discriminada acima. Data: / / Assinatura: <u>Sionara Buratti</u>					



Transferência entre contas diversas

Debitado

Nome ASS H S LUCAS PMX
 Agência 4601-9
 Conta corrente 2977-7

Creditado

Nome DILIANA FACCO
 Agência 4601-9
 Conta corrente 2572-0
 Valor 4.100,87
 Data Nesta data

Assinada por JB724509 MARCOS ARTUR STUMPF
 JB724510 INAIR T PELIZZA

04/09/2019 14:54:45
 04/09/2019 15:25:04

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JB724510 INAIR T PELIZZA.

Empresa: 6-ASSOCIACAO COMUN. HOSPITAL SAO LUCAS		RECIBO DE PAGAMENTO - SALÁRIO			
CNPJ: 82.832.361/0001-69	Funcionário: DILIANA FACCO	Período: 08/2019	Folha: 1		
Código: 192	Admissão: 24/07/2017	CBO: 223445-FARMACEUTICO HOSPITALAR	Cpf: 062.832.429-44 Setor: 1-GERAL		
Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
7	Salário	220.00	4.758,17		
8	Adicional de Insalubridade	20.00	265,00		
1	INSS Segurado	11.00		552,54	
2	IRF	22.50		369,76	
CERTIFICO que o Material/Serviço constante neste documento foi Recebido/Prestado e Aceito Data: <u>04/09/19</u> Ass: <u>[Assinatura]</u> Nome: _____ Cargo: _____			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			5.023,17	922,30	
			Líquido R\$ -> 4.100,87		
Salário Base	Base Contr. INSS	Base FGTS	FGTS do Mês	Base IRRF	Faixa IRRF
4.758,17	5.023,17	5.023,17	401,85	4.470,63	22,50
<186181> Recebi a importância líquida discriminada acima. Data: <u>04/09/19</u> Assinatura: <u>[Assinatura]</u>					

Transferência entre contas diversas

Debitado

Nome ASS H S LUCAS PMX
 Agência 4601-9
 Conta corrente 2977-7

Creditado

Nome SANDRA COVATTI NAISSINGER
 Agência 4601-9
 Conta corrente 2640-9
 Valor 1.678,61
 Data Nesta data

Assinada por JB724509 MARCOS ARTUR STUMPF
 JB724510 INAIR T PELIZZA

04/09/2019 14:57:05
 04/09/2019 15:25:04

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JB724510 INAIR T PELIZZA.



Empresa: 6-ASSOCIACAO COMUN. HOSPITAL SAO LUCAS
 CNPJ: 82.832.361/0001-69
 Código: 214 Funcionário: SANDRA COVATTI NAISSINGER
 Admissão: 01/11/2017 Cpf: 025.752.449-51 Setor: 1-GERAL

RECIBO DE PAGAMENTO - SALÁRIO

Período: 08/2019

CBO: 514320-Auxiliar de limpeza

Folha: 1

Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
7	Salário	220,00	1.334,40		
8	Adicional de Insalubridade	40,00	530,00		
1	INSS Segurado	9,00		167,79	
74	Mensalidade Sindical			18,00	
CERTIFICO que o Material/Serviço constante neste documento foi Recebido/Prestado e Aceito Data: <u>04 / 09 / 19</u> Ass: <u>[Assinatura]</u> Nome: _____ Cargo: _____					
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.864,40	185,79	
Líquido R\$ -> 1.678,61					
Salário Base	Base Contr. INSS	Base FGTS	FGTS do Mês	Base IRRF	Faixa IRRF
1.334,40	1.864,40	1.864,40	149,15	1.507,02	
<680763>					
Recebi a importância líquida discriminada acima. Data: <u>04/09/2019</u> Assinatura: <u>Sandra f. Naisinger</u>					

Transferência entre contas diversas

Debitado

Nome ASS H S LUCAS PMX
 Agência 4601-9
 Conta corrente 2977-7

Creditado

Nome INES T M MOLOSSI
 Agência 4601-9
 Conta corrente 2947-5
 Valor 1.678,61
 Data Nesta data

Assinada por JB724509 MARCOS ARTUR STUMPF
 JB724510 INAIR T PELIZZA

04/09/2019 15:00:40
 04/09/2019 15:25:04

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JB724510 INAIR T PELIZZA.



Empresa: 6-ASSOCIACAO COMUN. HOSPITAL SAO LUCAS
 CNPJ: 82.832.361/0001-69
 Código: 258 Funcionário: INES TERESINHA M MOLOSSI
 Admissão: 25/10/2018 Cpf: 039.857.009-40 Setor: 1-GERAL

RECIBO DE PAGAMENTO - SALÁRIO

Período: 08/2019

CBO: 514320-AUXILIAR DE LIMPEZA

Folha: 1

Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
7	Salário	220.00	1.334,40		
8	Adicional de Insalubridade	40.00	530,00		
1	INSS Segurado	9.00		167,79	
74	Mensalidade Sindical			18,00	
CERTIFICO que o Material/Serviço constante neste documento foi Recebido/Prestado e Aceito Data: <u>04/09/19</u> Ass. <u>[Assinatura]</u> Nome: _____ Cargo: _____			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.864,40	185,79	
			Líquido R\$ -> 1.678,61		
Salário Base	Base Contr. INSS	Base FGTS	FGTS do Mês	Base IRRF	Faixa IRRF
1.334,40	1.864,40	1.864,40	149,15	1.507,02	
Recebi a importância líquida discriminada acima. Data: ___/___/___ Assinatura: <u>Inês T. M. Molossi</u>					



G334041515760506045
04/09/2019 15:25:04



Transferência entre contas diversas

Debitado

Nome ASS H S LUCAS PMX
Agência 4601-9
Conta corrente 2977-7

Creditado

Nome PRIMINA SORDI PANDOLFO
Agência 4601-9
Conta corrente 3056-2
Valor 104,85
Data Nesta data

Assinada por JB724509 MARCOS ARTUR STUMPF
JB724510 INAIR T PELIZZA

04/09/2019 14:46:44
04/09/2019 15:25:04

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JB724510 INAIR T PELIZZA.

Empresa: 6-ASSOCIACAO COMUN. HOSPITAL SAO LUCAS

CNPJ: 82.832.361/0001-69

Código: 23

Funcionário: PRIMINA SORDI PANDOLFO

Achissão: 02/05/1994

Cpf: 895.735.600-20 Setor: 1-GERAL

RECIBO DE PAGAMENTO - SALÁRIO

Período: 08/2019

CBO: 513220-COZINHEIRA

Folha: 1

Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
7	Salário	14.67	88,98		
8	Adicional de Insalubridade	40.00	35,34		
50	Quinquenio		10,68		
5	Férias	29.00	2.043,04		
6	Adicional s/Férias	33.33	681,02		
1	INSS Segurado	9.00		257,31	
2	IRF			47,88	
23	Adiantamento Férias			2.431,02	
74	Mensalidade Sindical			18,00	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.859,06	2.754,21	
			Líquido R\$ -> 104,85		
Salário Base	Base Contr. INSS	Base FGTS	FGTS do Mês	Base IRRF	Faixa IRRF
1.334,40	2.859,06	2.859,06	228,72	122,85	
<938792>					
Recebi a importância líquida discriminada acima. Data: 04/09/2019 Assinatura: Primina S. Pandolfo					

CERTIFICO que o Material/Serviço constante neste documento foi Recebido/Prestado e Aceito

Data: 04/09/19

Ass: [Assinatura]

Nome: _____

Cargo: _____



Transferência entre contas diversas

Debitado

Nome ASS H S LUCAS PMX
 Agência 4601-9
 Conta corrente 2977-7

Creditado

Nome MARIA INES COLOMBO LUSSI
 Agência 4601-9
 Conta corrente 5809-2
 Valor 1.824,33
 Data Nesta data

Assinada por JB724509 MARCOS ARTUR STUMPF
 JB724510 INAIR T PELIZZA

04/09/2019 14:48:03

04/09/2019 15:25:04

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JB724510 INAIR T PELIZZA.

Empresa: 6-ASSOCIACAO COMUN. HOSPITAL SAO LUCAS		RECIBO DE PAGAMENTO - SALÁRIO			
CNPJ: 82.832.361/0001-69	Período: 08/2019	Folha: 1			
Código: 34	Funcionário: MARIA INES COLOMBO LUSSI	CBO: 513220-COZINHEIRA			
Admissão: 01/08/1989	Cpf: 825.032.499-49	Setor: 1-GERAL			
Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
7	Salário	220,00	1.334,40		
8	Adicional de Insalubridade	40,00	530,00		
50	Quinquênio		160,13		
1	INSS Segurado	9,00		182,20	
74	Mensalidade Sindical			18,00	
		CERTIFICO que o Material/Serviço constante neste documento foi Recebido/Prestado e Aceito			
		Data: 04/09/19			
		Ass: <i>[Assinatura]</i>			
		Nome: _____			
		Cargo: _____			
		Total de Vencimentos	Total de Descontos		
		2.024,53	200,20		
		Líquido R\$ -> 1.824,33			
Salário Base	Base Contr. INSS	Base FGTS	FGTS do Mês	Base IRRF	Faixa IRRF
1.334,40	2.024,53	2.024,53	161,96	1.842,33	
<635790>					
Recebi a importância líquida discriminada acima. Data: ___/___/___			Assinatura: <i>Maria I. Lusi</i>		

Transferência entre contas diversas

Debitado

Nome ASS H S LUCAS PMX
 Agência 4601-9
 Conta corrente 2977-7

Creditado

Nome ARLISE TOCHETTO
 Agência 4601-9
 Conta corrente 5980-3
 Valor 1.775,75
 Data Nesta data

Assinada por JB724509 MARCOS ARTUR STUMPF
 JB724510 INAIR T PELIZZA

04/09/2019 14:51:15
 04/09/2019 15:25:04

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JB724510 INAIR T PELIZZA.



Empresa: 6-ASSOCIACAO COMUN. HOSPITAL SAO LUCAS RECIBO DE PAGAMENTO - SALÁRIO
 CNPJ: 82.832.361/0001-69 Período: 08/2019
 Código: 102 Funcionário: ARLISE TOCHETTO CBO: 514320-AUXILIAR DE LIMPEZA Folha: 1
 Admissão: 12/05/2008 Cpf: 682.551.449-00 Setor: 1-GERAL

Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
7	Salário	220.00	1.334,40	
8	Adicional de Insalubridade	40.00	530,00	
50	Quinquenio		106,75	
1	INSS Segurado	9.00		177,40
74	Mensalidade Sindical			18,00
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.971,15	195,40
			Líquido R\$ -> 1.775,75	

CERTIFICO que o Material/Serviço constante neste documento foi Recebido/Prestado e Aceito

Data: 04/09/19

Ass: [Assinatura]

Nome: _____

Cargo: _____

Salário Base	Base Contr. INSS	Base FGTS	FGTS do Mês	Base IRRF	Faixa IRRF
1.334,40	1.971,15	1.971,15	157,69	1.793,75	

<061005>

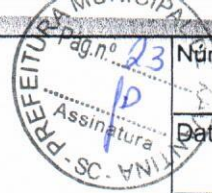
Recebi a importância líquida discriminada acima. Data: 04/09/2019 Assinatura: [Assinatura]



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DO OESTE

Prefeitura Municipal de São João do Oeste

Nota Fiscal Eletrônica de Prestação de Serviços



Número do RPS	Número da nota
	87
Data da emissão da nota	
02/09/2019 05:54:29	
Data do fato gerador	
02/09/2019 05:54:29	
Código de verificação	
HC7PJQRHT	

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia: Sociedade Médica Gonzalles S/C Ltda
 Nome/Razão social: Sociedade Médica Gonzalles S/C Ltda - EPP
 CPF/CNPJ: 08.497.338/0001-02 Inscrição municipal: 482
 Endereço: R RIO PARDO Número: 39 Bairro: CENTRO CEP: 89897-000
 Complemento:
 Município: São João do Oeste UF: SC
 E-mail: GONZALHES@YAHOO.COM.BR Site:
 Inscrição estadual: Telefone: (49) 3454-1108

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia: HOSPITAL SÃO LUCAS
 Nome/Razão social: HOSPITAL SÃO LUCAS
 CPF/CNPJ: 82.832.361/0001-69 Inscrição municipal:
 CEP: 89780-000 Inscrição estadual:
 Complemento:
 Município: Xavantina UF: SC
 E-mail: Telefone: Celular:

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

	Valor unitário	Qtd	Valor do serviço	Base de cálculo (%)	ISS
PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA NO MÊS DE AGOSTO 2019.	1.000,0000	1,0000	1.000,0000	1.000,00x3,00=	30,00

Forma de Pagamento

Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)
1		À vista	908,50								

RETENÇÕES FEDERAIS

PIS/PASEP	COFINS	INSS	IR	CSLL	Outras retenções
R\$ 6,50	R\$ 30,00	R\$ 0,00	R\$ 15,00	R\$ 10,00	R\$ 0,00
Valor bruto = R\$ 1.000,00		Valor líquido = R\$ 908,50			

Códigos dos serviços:

J3 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.

Desc. condicionado(R\$)	Desc. incondicionado(R\$)	Deduções(R\$)	Base de cálculo(R\$)	Valor ISS(R\$)
0,00	0,00	0,00	1.000,00	30,00

TRIBUTAÇÃO DO ISSQN

Natureza da operação: Tributação fora do município

Situação tributária do ISSQN: Retenção

Local da prestação do serviço: Xavantina

OUTRAS INFORMAÇÕES

Esta NFS-e foi emitida com respaldo nas leis 17.407/2008 e 17.408/2008.

O ISS desta NFS-e é devido fora deste município.

Situação desta NFS-e: Retida

Valor aproximado do tributo federal - R\$ 134,50 (13,45%), estadual - R\$ 0,00 (0,00%), municipal - R\$ 20,80 (2,08%), com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - Fonte: IBPT



Verificar autenticidade

CERTIFICO que o Material/Serviço
 constante neste documento foi
 Recebido/Prestado e Aceito

Data: 02/09/19

Ass:

Nome: _____

Cargo: _____



Transferência entre contas diversas

Debitado

Nome ASS H S LUCAS PMX
 Agência 4601-9
 Conta corrente 2977-7

Creditado

Nome MARCIO IVAN DE OLIVEIRA G
 Agência 4601-9
 Conta corrente 7607-4
 Valor 908,50
 Data Nesta data

Assinada por JB724509 MARCOS ARTUR STUMPF
 JB724510 INAIR T PELIZZA

04/09/2019 15:02:14
 04/09/2019 15:25:04

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JB724510 INAIR T PELIZZA.

CERTIFICO que o Material/Serviço
 constante neste documento foi
 Recebido/Prestado e Aceito

Data: 04 / 09 / 19

Ass. [Signature]

Nome. _____

Cargo. _____



Transferência entre contas diversas

Debitado

Nome ASS H S LUCAS PMX
 Agência 4601-9
 Conta corrente 2977-7

Creditado

Nome JUDITE FIORESE
 Agência 4601-9
 Conta corrente 8130-2
 Valor 3.235,71
 Data Nesta data

Assinada por JB724509 MARCOS ARTUR STUMPF
 JB724510 INAIR T PELIZZA

04/09/2019 14:50:16
 04/09/2019 15:25:04

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JB724510 INAIR T PELIZZA.

Empresa: 6-ASSOCIACAO COMUN. HOSPITAL SAO LUCAS		RECIBO DE PAGAMENTO - SALÁRIO			
CNPJ: 82.832.361/0001-69	Período: 08/2019	CBO: 322230-AUXILIAR DE ENFERMAGEM			
Código: 78	Funcionário: JUDITE FIORESE	Folha: 1			
Admissão: 01/08/1981	Cpf: 469.900.709-00	Setor: 1-GERAL			
Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
7	Salário	220.00	1.764,66		
78	Horas Normais Noturnas 60%	15.00	192,51		
8	Adicional de Insalubridade	40.00	530,00		
10	Adicional Noturno		639,84		
50	Quinquênio		264,70		
72	Horas Extras 100% Noturnas	5.50	166,38		
76	Horas Sob. Aviso 33,33%	48.00	128,33		
111	DSR s/ horas 100% noturna	7.00	145,58		
1	INSS Segurado	11.00		421,52	
2	IRF	15.00		156,77	
74	Mensalidade Sindical			18,00	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			3.832,00	596,29	
			Líquido R\$ -> 3.235,71		
Salário Base	Base Contr. INSS	Base FGTS	FGTS do Mês	Base IRRF	Faixa IRRF
1.764,66	3.832,00	3.832,00	306,56	3.410,48	15,00
<071030>					
Recebi a importância líquida discriminada acima. Data: ___/___/___ Assinatura: <u>Judite Fiorese</u>					

CERTIFICO que o Material/Serviço
 constante neste documento foi
 Recebido/Prestado e Aceito

Data: 04/09/19

Ass: [Assinatura]

Nome: _____

Cargo: _____

Transferência entre contas diversas

Debitado

Nome ASS H S LUCAS PMX
 Agência 4601-9
 Conta corrente 2977-7

Creditado

Nome NELSI LOURDES STOCCO GROL
 Agência 4601-9
 Conta corrente 41153-1
 Valor 1.824,33
 Data Nesta data

Assinada por JB724509 MARCOS ARTUR STUMPF
 JB724510 INAIR T PELIZZA

04/09/2019 14:49:15
 04/09/2019 15:25:04

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JB724510 INAIR T PELIZZA.



Empresa: 6-ASSOCIACAO COMUN. HOSPITAL SAO LUCAS
 C: 82.832.361/0001-69
 Código: 56 Funcionário: NELSI LOURDES STOCCO GROLE
 Admissão: 01/03/2001 Cpf: 469.898.549-87 Setor: 1-GERAL
 RECIBO DE PAGAMENTO - SALÁRIO
 Período: 08/2019
 CBO: 516310-LAVADEIRA Folha: 1

Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
7	Salário	220.00	1.334,40		
8	Adicional de Insalubridade	40.00	530,00		
50	Quinquênio		160,13		
1	INSS Segurado	9.00		182,20	
74	Mensalidade Sindical			18,00	
CERTIFICO que o Material/Serviço constante neste documento foi Recebido/Prestado e Aceito					
Data: 04/09/19					
Ass:					
Nome: _____					
Cargo: _____					
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.024,53	200,20	
			Líquido R\$ -> 1.824,33		
Salário Base	Base Contr. INSS	Base FGTS	FGTS do Mês	Base IRRF	Faixa IRRF
1.334,40	2.024,53	2.024,53	161,96	1.842,33	

<819368>

Recebi a importância líquida discriminada acima. Data: 04/09/2019 Assinatura:



Transferência entre contas diversas

Debitado

Nome ASS H S LUCAS PMX
 Agência 4601-9
 Conta corrente 2977-7

Creditado

Nome DANIELI RAIMUNDI ALVES CA
 Agência 4602-7
 Conta corrente 14424-X
 Valor 2.169,75
 Data Nesta data

Assinada por JB724509 MARCOS ARTUR STUMPF
 JB724510 INAIR T PELIZZA

04/09/2019 14:58:37
 04/09/2019 15:25:04

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JB724510 INAIR T PELIZZA.

Empresa: 6-ASSOCIACAO COMUN. HOSPITAL SAO LUCAS		RECIBO DE PAGAMENTO - SALÁRIO			
CNPJ: 82.832.361/0001-69		Período: 08/2019			
Código: 225	Funcionário: DANIELI RAIMUNDI A CAVALHEIRO	CBO: 322205-TECNICO EM ENFERMAGEM	Folha: 1		
Admissão: 01/11/2017	Cpf: 090.574.599-06	Setor: 1-GERAL			
Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
7	Salário	220.00	1.764,66		
77	Horas Normais Diurnas 60%	3.00	38,50		
8	Adicional de Insalubridade	40.00	530,00		
76	Horas Sob. Aviso 33,33%	36.00	96,24		
1	INSS Segurado	9.00		218,64	
2	IRF	7.50		23,01	
74	Mensalidade Sindical			18,00	
CERTIFICO que o Material/Serviço constante neste documento foi Recebido/Prestado e Aceito					
Data: 04/09/19					
Ass: <i>[Assinatura]</i>					
Nome: _____					
Cargo: _____					
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.429,40	259,65	
			Líquido R\$ -> 2.169,75		
Salário Base	Base Contr. INSS	Base FGTS	FGTS do Mês	Base IRRF	Faixa IRRF
1.764,66	2.429,40	2.429,40	194,35	2.210,76	7,50
Recebi a importância líquida discriminada acima. Data: 04/09/2019 Assinatura: <i>Danieli Cavalheiro</i>					

Pagamento de outros convênios

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
 04/09/2019 - AUTO-ATENDIMENTO - 15.25.06
 4601904601



COMPROVANTE DE AGENDAMENTO

CLIENTE: ASS H S LUCAS PMX
 AGENCIA: 4601-9 CONTA: 2.977-7
 EFETUADO POR: INAIR T PELIZZA
 =====
 Convenio FGTS ARRECADACAO GRF
 Codigo de Barras 8586000032-2 32540179190-9
 90763205088-2 28323610001-2
 Data do pagamento 04/09/2019
 CNPJ/CEI/CPF 82832361/0001-69
 COMPETENCIA 08/2019
 CODIGO RECOLHIMENTO 115
 VENCIMENTO 07/09/2019
 VALOR DEPOSITO 3.232,54
 Valor Total 3.232,54
 Pagamento agendado.

CERTIFICO que o Material/Serviço
 constante neste documento foi
 Recebido/Prestado e Aceito

Data: 04/09/19

Ass: [Assinatura]

Nome: 04/09/2019 15:06:05

Cargo: 04/09/2019 15:25:04

Assinada por JB724509 MARCOS ARTUR STUMPF
 JB724510 INAIR T PELIZZA

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JB724510 INAIR T PELIZZA.



FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

GFIP - SEFIP 8.40

GRF - GUIA DE RECOLHIMENTO DO FGTS

GERADA EM 02/09/2019 - 09:51:39

01-RAZÃO SOCIAL/NOME				02-DDD/TELEFONE
ASSOCIACAO COMUN HOSPITAL SAO LUCAS				(0049) 34541108
03-FPAS	04-SIMPLES	05-REMUNERAÇÃO	06-QTDE TRABALHADORES	07-ALÍQUOTA FGTS
639	1	40.406,81	13	8
08-CÓD RECOLHIMENTO	09-ID RECOLHIMENTO	10-INSCRIÇÃO/TIPO(8)	11-COMPETÊNCIA	12-DATA DE VALIDADE
115	017980-9	82.832.361/0001-69	08/2019	06/09/2019

13-DEPÓSITO + CONTRIB SOCIAL	14-ENCARGOS	15-TOTAL A RECOLHER
3.232,54	0,00	3.232,54

VALOR FGTS A RECOLHER ATÉ O DIA 07/09/2019

858600000322 325401791909 907632050882 283236100012

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Pagamento de convênios/títulos com débito em conta corrente

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
04/09/2019 - AUTOATENDIMENTO - 15.25.06
4601904601 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE DARF/DARF SIMPLES

CLIENTE: ASS H S LUCAS PMX
AGENCIA: 4601-9 CONTA: 2.977-7
AGENTE ARRECADADOR
CNC 001 - 4601 - AGENCIA XAVANTINA SC
CODIGO DE BARRAS
DATA DO PAGAMENTO 04/09/2019
PERIODO DE APURACAO 31/08/2019
NUMERO DO CPNJ 82.832.361/0001-69
CODIGO DA RECEITA 0561
NUMERO DE REFERENCIA
DATA DO VENCIMENTO 20/09/2019
RECEITA BRUTA ACUMULADA
PERCENTUAL
VALOR DO PRINCIPAL 1.387,24
VALOR DA MULTA
VALOR DOS JUROS
VALOR TOTAL 1.387,24

AUTENTICACAO SISBB: A.E86.136.797.804.84D
Modelo Aprovado pela SRF - ADE
Conjunto Corat/Cotec n. 001,DE 2006

DOCUMENTO: 090402

CENTRAL DE ATENDIMENTO BB
4004 0001 CAPITAIS E REGIOES METROPOLITANAS
0800 729 0001 DEMAIS LOCALIDADES
CONSULTAS, INFORMACOES E SERVICOS TRANSACIONAIS.

SAC
0800 729 0722
INFORMACOES, RECLAMACOES E CANCELAMENTO DE
PRODUTOS E SERVICOS.

OUIDORIA
0800 729 5678
RECLAMACOES NAO SOLUCIONADAS NOS CANAIS
HABITUAIS: AGENCIA, SAC E DEMAIS CANAIS DE
ATENDIMENTO.

ATENDIMENTO A DEFICIENTES AUDITIVOS OU DE FALA
0800 729 0088
INFORMACOES, RECLAMACOES, CANCELAMENTO DE
CARTAO, OUTROS PRODUTOS E SERVICOS DE OUIDORIA.
Assinada por JB724509 MARCOS ARTUR STUMPF
JB724510 INAIR T PELIZZA

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JB724510 INAIR T PELIZZA.

Table with 11 columns: 02 PERIODO DE APURACAO, 03 NUMERO DO CPF OU CNPJ, 04 CODIGO DA RECEITA, 05 NUMERO DE REFERENCIA, 06 DATA DE VENCIMENTO, 07 VALOR DO PRINCIPAL, 08 VALOR DA MULTA, 09 VALOR DOS JUROS E/OU ENCARGOS DL - 1.025/69, 10 VALOR TOTAL, 11 AUTENTICACAO BANCARIA (Somente nas 1a. e 2a.vias)

MINISTERIO DA FAZENDA

SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL

Documento de Arrecadacao de Receitas Federais

DARF

01 NOME/TELEFONE

ASSOCIACAO COMUN. HOSPITAL SAO LUCAS
04934541108
IRF

ATENÇÃO

É vedado o recolhimento de tributos e contribuições administrados pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) cujo valor total seja inferior a R\$10,00. Ocorrendo tal situação, adicione esse valor ao tributo/contribuição de mesmo código de períodos subsequentes, até que o total seja igual ou superior a R\$ 10,00.

DPPH-Folha de Pagamentos (PH Softwares Ltda 49-431-2558)

CERTIFICO que o Material/Serviço constante neste documento foi Recebido/Prestado e Aceito

Data: 04 / 09 / 19

Ass: [Signature]

Nome: _____

Cargo: _____



Pagamento de convênios/títulos com débito em conta corrente

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
 04/09/2019 - AUTOATENDIMENTO - 15.25.06
 4601904601 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

MINISTERIO DA PREVIDENCIA E ASSISTENCIA SOCIAL
 INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL
 GUIA DA PREVIDENCIA SOCIAL - GPS

CLIENTE: ASS H S LUCAS PMX
 AGENCIA: 4601-9 CONTA: 2.977-7
 =====
 CODIGO DO PAGAMENTO 2305
 COMPETENCIA 08/2019
 IDENTIFICADOR 82832361000169
 DATA DO PAGAMENTO 04/09/2019
 VALOR DO INSS 1.992,42
 VALOR OUTRAS ENTIDADES 0,00
 VALOR ATM/JUROS/MULTA 0,00
 VALOR TOTAL 1.992,42
 =====

DOCUMENTO: 090403
 AUTENTICACAO SISBB: F.0D3.57E.2CC.49F.894
 =====

CENTRAL DE ATENDIMENTO BB
 4004 0001 CAPITAIS E REGIOES METROPOLITANAS
 0800 729 0001 DEMAIS LOCALIDADES
 CONSULTAS, INFORMACOES E SERVICOS TRANSACIONAIS.

SAC
 0800 729 0722
 INFORMACOES, RECLAMACOES E CANCELAMENTO DE
 PRODUTOS E SERVICOS.

OUIDORIA
 0800 729 5678
 RECLAMACOES NAO SOLUCIONADAS NOS CANAIS
 HABITUAIS: AGENCIA, SAC E DEMAIS CANAIS DE
 ATENDIMENTO.

ATENDIMENTO A DEFICIENTES AUDITIVOS OU DE FALA
 0800 729 0088
 INFORMACOES, RECLAMACOES, CANCELAMENTO DE
 CARTAO, OUTROS PRODUTOS E SERVICOS DE OUIDORIA.

***** VIA EMPREGADOR *****

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
 04/09/2019 - AUTOATENDIMENTO - 15.25.06
 4601904601 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

MINISTERIO DA PREVIDENCIA E ASSISTENCIA SOCIAL
 INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL
 GUIA DA PREVIDENCIA SOCIAL - GPS

CLIENTE: ASS H S LUCAS PMX
 =====
 CODIGO DO PAGAMENTO 2305
 COMPETENCIA 08/2019
 IDENTIFICADOR 82832361000169
 DATA DO PAGAMENTO 04/09/2019
 VALOR DO INSS 1.992,42
 VALOR OUTRAS ENTIDADES 0,00
 VALOR ATM/JUROS/MULTA 0,00
 VALOR TOTAL 1.992,42
 =====

DOCUMENTO: 090403
 AUTENTICACAO SISBB: F.0D3.57E.2CC.49F.894
 =====

CENTRAL DE ATENDIMENTO BB
 4004 0001 CAPITAIS E REGIOES METROPOLITANAS
 0800 729 0001 DEMAIS LOCALIDADES
 CONSULTAS, INFORMACOES E SERVICOS TRANSACIONAIS.

2019350 Vcto: 20/09/2019 MINISTERIO DA PREVIDENCIA E ASSISTENCIA SOCIAL - MPAS INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS GUIA DA PREVIDENCIA SOCIAL - GPS 1-NOME OU RAZÃO SOCIAL/FONE/ENDEREÇO ASSOCIACAO COMUN. HOSPITAL SAO LUCAS 04934541108 Rua CELSO RAMOS, 89 89780000 Xavantina SC 2-VENCIMENTO (uso exclusivo INSS)	3-CÓDIGO DE PAGAMENTO	2305
	4-COMPETÊNCIA	08/2019
	5-IDENTIFICADOR	82.832.361/0001-69
	6-VALOR DO INSS	1.992,42
	7-	
	8-	
	9-VALOR DE OUTRAS ENTIDADES	0,00
	10-ATM/MULTA E JUROS	
	11-TOTAL	1.992,42
	ATENÇÃO: É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em Resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.	

CERTIFICO que o Material/Serviço
 constante neste documento foi
 Recebido/Prestado e Aceito

Data: 04/09/19
 Ass: [Assinatura]
 Nome: _____
 Cargo: _____



Pagamento de convênios/títulos com débito em conta corrente

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
 04/09/2019 - AUTOATENDIMENTO - 15.25.06
 4601904601 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE DARF/DARF SIMPLES

CLIENTE: ASS H S LUCAS PMX
 AGENCIA: 4601-9 CONTA: 2.977-7
 =====
 AGENTE ARRECADADOR
 CNC 001 - 4601 - AGENCIA XAVANTINA SC
 CODIGO DE BARRAS -----
 DATA DO PAGAMENTO 04/09/2019
 PERIODO DE APURACAO 31/08/2019
 NUMERO DO CPNJ 82.832.361/0001-69
 CODIGO DA RECEITA 8301
 NUMERO DE REFERENCIA -----
 DATA DO VENCIMENTO 25/09/2019
 RECEITA BRUTA ACUMULADA -----
 PERCENTUAL -----
 VALOR DO PRINCIPAL 378,73
 VALOR DA MULTA -----
 VALOR DOS JUROS -----
 VALOR TOTAL 378,73
 =====

AUTENTICACAO SISBB: 2.147.189.28B.255.16C
 Modelo Aprovado pela SRF - ADE
 Conjunto Corat/Cotec n. 001, DE 2006

DOCUMENTO: 090404

=====
 CENTRAL DE ATENDIMENTO BB
 4004 0001 CAPITAIS E REGIOES METROPOLITANAS
 0800 729 0001 DEMAIS LOCALIDADES
 CONSULTAS, INFORMACOES E SERVICOS TRANSACIONAIS.

SAC
 0800 729 0722
 INFORMACOES, RECLAMACOES E CANCELAMENTO DE
 PRODUTOS E SERVICOS.

OUIDORIA
 0800 729 5678
 RECLAMACOES NAO SOLUCIONADAS NOS CANAIS
 HABITUAIS: AGENCIA, SAC E DEMAIS CANAIS DE
 ATENDIMENTO.

ATENDIMENTO A DEFICIENTES AUDITIVOS OU DE FALA
 0800 729 0088
 INFORMACOES, RECLAMACOES, CANCELAMENTO DE
 CARTAO, OUTROS PRODUTOS E SERVICOS DE OUIDORIA.

Assinada por JB724509 MARCOS ARTUR STUMPF
 JB724510 INAIR T PELIZZA

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JB724510 INAIR T PELIZZA.

02 PERIODO DE AFURACAO	31/08/2019
03 NUMERO DO CPF OU CNPJ	82.832.361/0001-69
04 CODIGO DA RECEITA	8301
05 NUMERO DE REFERENCIA	
06 DATA DE VENCIMENTO	25/09/2019
07 VALOR DO PRINCIPAL	378,73
08 VALOR DA MULTA	
09 VALOR DOS JUROS E/OU ENCARGOS DL - 1.025/69	
10 VALOR TOTAL	378,73
11 AUTENTICACAO BANCARIA (Somente nas 1a.e 2a.vias)	

MINISTERIO DA FAZENDA

SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL
 Documento de Arrecadacao de Receitas Federais

DARF

01 NOME/TELEFONE
 ASSOCIACAO COMUN. HOSPITAL SAO LUCAS
 04934541108
 PIS FOLHA

ATENÇÃO

É vedado o recolhimento de tributos e contribuições administrados pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) cujo valor total seja inferior a R\$10,00.Ocorrendo tal situação,adicione esse valor ao tributo/contribuição de mesmo código de períodos subsequentes, até que o total seja igual ou superior a R\$ 10,00.

DPPH-Folha de Pagamentos (PH Softwares Ltda 49-433-2558)

CERTIFICO que o Material/Serviço constante neste documento foi Recebido/Prestado e Aceito

Data: 04/09/19

Ass. [Signature]

Nome. _____

Cargo. _____



PREFEITURA MUNICIPAL DE XAVANTINA
MUNICÍPIO DE XAVANTINA



Número do RPS	Número da nota
	17
Data da emissão da nota	
05/09/2019 09:01:39	
Data do fato gerador	
05/09/2019 09:01:39	
Código de verificação	
JFXJFILO	

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia:
 Nome/Razão social: MARLISE IESBIK
 CPF/CNPJ: 484.788.499-04 Inscrição municipal:
 Endereço: R HILARIO JOSE RAVADELLI Bairro: CENTRO CEP: 89780-000
 Complemento:
 Município: Xavantina UF: SC
 E-mail: iesbikmarlise@gmail.com Site:
 Inscrição estadual:
 Telefone:
 Celular: (49) 9984-0716

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia: HOSPITAL
 Nome/Razão social: ASSOCIAÇÃO COMUNITÁRIA HOSPITAL SAO LUCAS
 CPF/CNPJ: 82.832.361/0001-69 Inscrição municipal:
 Endereço: CELSO RAMOS Número: 89 Bairro: CENTRO CEP: 89780-000
 Complemento:
 Município: Xavantina UF: SC
 E-mail: Telefone:
 Celular:

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

	Valor unitário	Qtd	Valor do serviço	Base de cálculo (%)	ISS
Prestação de serviço em nutrição	350,0000	1,0000	350,0000	350,00x3,00 =	10,50

Forma de Pagamento

Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)
1		À vista	301,00								

RETENÇÕES FEDERAIS

PIS/PASEP	COFINS	INSS	IR	CSLL	Outras retenções
R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 38,50	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
Valor bruto = R\$ 350,00			Valor líquido = R\$ 301,00		

Códigos dos serviços:
04.10 - Nutrição.

Desc. condicionado(R\$)	Desc. incondicionado(R\$)	Deduções(R\$)	Base de cálculo(R\$)	Valor ISS(R\$)
0,00	0,00	0,00	350,00	10,50

OUTRAS INFORMAÇÕES

Natureza da operação: Tributação no município
 Situação tributária do ISSQN: Retenção
 Local da prestação do serviço: Xavantina

NFe-S
 Situação desta NFS-e: Retida

Valor aproximado do tributo federal - R\$ 47,08 (13,45%), estadual - R\$ 0,00 (0,00%), municipal - R\$ 7,28 (2,08%) , com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - Fonte: IBPT



Verificar autenticidade

CERTIFICO que o Material/Serviço
 constante neste documento foi
 Recebido/Prestado e Aceito

Data: 05/09/19
 Ass: [Signature]
 Nome: _____
 Cargo: _____

**Transferência entre contas diversas****Debitado**

Nome ASS H S LUCAS PMX
Agência 4601-9
Conta corrente 2977-7

Creditado

Nome MARLISE IESBIK
Agência 4601-9
Conta corrente 1174-6
Valor 301,00
Data Nesta data

Assinada por JB724509 MARCOS ARTUR STUMPF 05/09/2019 13:24:34
JB724510 INAIR T PELIZZA 05/09/2019 13:47:41

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JB724510 INAIR T PELIZZA.

CERTIFICO que o Material/Serviço
constante neste documento foi
Recebido/Prestado e Aceito

Data: 05/09/19

Ass: [Signature]

Nome: _____

Cargo: _____



SYSTEMA LTDA - EPP
CNPJ: 01.487.225/0001-87
 RUA JOAO MOSELE, 58
 CEP: 89700-021 - Bairro: CENTRO
 Município: CONCORDIA - SC
 Telefone: (49) 34440192
 Email: fernando@systemaonline.com.br
Insc. Municipal: 7616

Número da NFS-e
8583

Situação
Emitido



Documento emitido com gravação automática no servidor de banco de dados do Município.

Nota Fiscal de Serviço Eletrônica - Série NFS-e



ESTADO DE SANTA CATARINA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CONCORDIA
 SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS

Autenticidade

0180830038684700

Data Emissão
01/09/2019

Hora Emissão
11:24:24

TOMADOR DO SERVIÇO

Nome Fantasia
 ASSOCIAÇÃO COMUNITÁRIA HOSPITAL SAO LUCAS

Razão Social
 ASSOCIAÇÃO COMUNITÁRIA HOSPITAL SAO LUCAS

CPF/CNPJ
 82.832.361/0001-69

Endereço
 RUA CELSO RAMOS

Número
 89

Complemento

Bairro
 CENTRO

CEP
 89780-000

Cidade - Estado
 XAVANTINA - SC

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS

Serviço	Quant.	Unid.	Vlr. Unid.	Local Prest.	Alíquota	Sit. Trib.	Vlr. Trib.	Dedução	Vlr. ISSRF
105	1,00	UN	350,0000	8083	4,53 %	TI	350,00	0,00	0,00

Descrição do Serviço: Mensalidade agosto 2019

Base de Cálculo	Valor ISSQN	Valor ISSRF	Desconto	Valor Total	
350,00	SIMPLES NACIONAL	0,00	0,00	350,00	
IR 0,00	INSS 0,00	CSLL 0,00	COFINS 0,00	PIS 0,00	

Descrição dos subitens da lista de serviço em acordo com Lei Complementar 116/03

105 - Licenciamento ou cessão de direito de uso de programas de computação.

Legenda do local da prestação do serviço

8083 - CONCORDIA - SC

Outras Informações

TI - Tributada integralmente.

Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional.
 Não gera direito a crédito fiscal de IPI

(105) Serviço Tributado no município do prestador.

Autorização para emissão de Nota Fiscal de Serviço Eletrônica: 194/2011 de 07/11/2011.

A data de vencimento do ISS quando o mesmo for devido no município do Prestador: 15/10/2019.

A veracidade das informações declaradas na NFs-e podem ser consultadas no site: www.concordia.sc.gov.br >> Portal de Serviços On Line >> Consulta Autenticidade de NFS-e .

Valor aproximado dos tributos: Federais R\$ 47,08 (13.45%), Estaduais R\$ 0,00 (0.00%), Municipais R\$ 11,59 (3.31%), com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - Fonte: IBPT.

Software FiscalWeb- IPM Sistemas - Protegido por Lei.

CERTIFICO que o Material/Serviço
 constante neste documento foi
 Recebido/Prestado e Aceito

Data: _____/_____/_____

Ass. _____

Nome. _____

Cargo. _____

G387051341735251017
05/09/2019 13:47:41

Pagamento de títulos com débito em conta corrente

05/09/2019 - BANCO DO BRASIL - 13:47:41
460104601 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASS H S LUCAS PMX
AGENCIA: 4601-9 CONTA: 2.977-7

BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.

75691328840102007600400652160011380080000035000

BENEFICIÁRIO:

SYSTEMA LTDA EPP

NOME FANTASIA:

SYSTEMA LTDA EPP

CNPJ: 01.487.225/0001-87

PAGADOR:

ASS. COMUNITARIA HOSP. SAO LUCAS-XA

CNPJ: 82.832.361/0001-69

NR. DOCUMENTO 90.501

DATA DE VENCIMENTO 10/09/2019

DATA DO PAGAMENTO 05/09/2019

VALOR DO DOCUMENTO 350,00

VALOR COBRADO 350,00

NR. AUTENTICACAO 4.888.FB0.FE1.CC8.240

Central de Atendimento BB

0800 729 0001 Capitais e regioes metropolitanas

0800 729 0001 Demais localidades

Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC

0800 729 0722

Informacoes, reclamacoes e cancelamento de produtos e servicos.

Ouvidoria

0800 729 5678

Reclamacoes nao solucionadas nos canais habituais: agencia, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala

0800 729 0088

Informacoes, reclamacoes, cancelamento de cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Assinada por JB724509 MARCOS ARTUR STUMPF

JB724510 INAIR T PELIZZA

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JB724510 INAIR T PELIZZA.

Local de pagamento		75691.32884 01020.076004 00652.160011 3 800800000035000		Vencimento		10/09/2019	
Pagável em qualquer banco até a data de vencimento.		Beneficiário		Cooperativa contratante / Cód. Beneficiário		3288/200760	
SYSTEMA LTDA EPP		N. documento		Nosso número		6521-6	
Data do documento		8583		Data processamento		02/09/2019	
Uso do Banco		Carteira		Especie		Valor	
		1		DM			
		R\$		Quantidade		350,00	
Instruções (texto de responsabilidade do Beneficiário)							
(-) Desconto / Abatimento							
(-) Outras deduções							
(+) Mora / Multa							
(+) Outros acréscimos							
(=) Valor cobrado							
EMITIDO PELA COOPERATIVA CONTRATANTE SEM RESPONSABILIDADE DO BANCOOB COOPERATIVA CONTRATANTE 3288 SICOOB - TRANSURED Pagador ASS. COMUNITARIA HOSP. SAO LUCAS-XAVANTI RUA CELSO RAMOS 089 CENTRO Xavantina - SC Sacador / Avalista 82.832.361/0001-69 89780-000							

CERTIFICO que o Material/Serviço
constante neste documento foi
Recebido/Prestado e Aceito

Data: 05/09/19

Ass. AD

Nome.

Cargo.

Pagamento de títulos com débito em conta corrente

05/09/2019 - BANCO DO BRASIL - 13:47:41
460104601 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASS H S LUCAS PMX
AGENCIA: 4601-9 CONTA: 2.977-7

=====

BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.

75691306720102233950936023220019680430000001050

BENEFICIARIO:

MUNICIPIO DE XAVANTINA

NOME FANTASIA:

MUNICIPIO DE XAVANTINA

CNPJ: 83.009.878/0001-15

PAGADOR:

ASSOCIACAO COMUNITARIA HOSPITAL SAO

CNPJ: 82.832.361/0001-69

NR. DOCUMENTO 90.502

DATA DE VENCIMENTO 15/10/2019

DATA DO PAGAMENTO 05/09/2019

VALOR DO DOCUMENTO 10,50

VALOR COBRADO 10,50

NR. AUTENTICACAO E.1C3.341.29C.F79.426

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC

0800 729 0722

Informacoes, reclamacoes e cancelamento de

produtos e servicos.

Ouvidoria

0800 729 5678

Reclamacoes nao solucionadas nos canais

habituais: agencia, SAC e demais canais de

atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala

0800 729 0088

Informacoes, reclamacoes, cancelamento de

cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Assinada por JB724509 MARCOS ARTUR STUMPF

JB724510 INAIR T PELIZZA

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JB724510 INAIR T PELIZZA.

LOCAL DE PAGAMENTO	Pagável em qualquer Agência Bancária e Casas Lotéricas	
CEDENTE	PREFEITURA MUNICIPAL DE XAVANTINA	
DATA DO DOCUMENTO	05/09/2019	ESPECIE DE DOC. CARNET
PARCELA	Parc01	QUANTIDADE
ESPECIE MOEDA	REAL	VALOR
CARTEIRA	1	10,50
IMPOSTO SOBRE SERVIÇOS		Após o vencimento atualizar o boleto na Prefeitura.
ISS INFORMADO		- Juros de 1% ao mês;
		- Multa até 30 dias 2%, de 31 à 60 dias 3%, acima de 60 dias 4%.
		Não Receber Após o Vencimento
		168 - ASSOCIAÇÃO COMUNITÁRIA HOSPITAL SAO LUCAS
		Rua CELSO RAMOS, 89 Bairro: CENTRO CEP: 89780000 Cidade: Xavantina UF: SC

SUB 1

75691.30672 01022.339509 36023.220019 6 80430000001050

VENCIMENTO	15/10/2019
CÓDIGO CEDENTE	22339-5
NOSSO NÚMERO	0360 2322
VALOR DO DOCUMENTO	10,50
DV	3

(-) DESCONTO	
(+) CORREÇÃO	
(+) JUROS	
(+) MULTA	
(=) TOTAL	

ESPECIE DE DOC.	CARNET	ACEITE	N	DATA DO PROCESSAMENTO	05/09/2019
NUMERO DO DOCUMENTO	168/71138	QUANTIDADE		VALOR	10,50

ESPECIE MOEDA	REAL
CARTEIRA	1

VALOR DO DOCUMENTO	10,50
DV	3

(-) DESCONTO	
(+) CORREÇÃO	
(+) JUROS	
(+) MULTA	
(=) TOTAL	

ISS INFORMADO	
---------------	--

168 - ASSOCIAÇÃO COMUNITÁRIA HOSPITAL SAO LUCAS
Rua CELSO RAMOS, 89 Bairro: CENTRO CEP: 89780000 Cidade: Xavantina UF: SC

168 - ASSOCIAÇÃO COMUNITÁRIA HOSPITAL SAO LUCAS
Rua CELSO RAMOS, 89 Bairro: CENTRO CEP: 89780000 Cidade: Xavantina UF: SC

168 - ASSOCIAÇÃO COMUNITÁRIA HOSPITAL SAO LUCAS
Rua CELSO RAMOS, 89 Bairro: CENTRO CEP: 89780000 Cidade: Xavantina UF: SC

168 - ASSOCIAÇÃO COMUNITÁRIA HOSPITAL SAO LUCAS
Rua CELSO RAMOS, 89 Bairro: CENTRO CEP: 89780000 Cidade: Xavantina UF: SC

168 - ASSOCIAÇÃO COMUNITÁRIA HOSPITAL SAO LUCAS
Rua CELSO RAMOS, 89 Bairro: CENTRO CEP: 89780000 Cidade: Xavantina UF: SC

168 - ASSOCIAÇÃO COMUNITÁRIA HOSPITAL SAO LUCAS
Rua CELSO RAMOS, 89 Bairro: CENTRO CEP: 89780000 Cidade: Xavantina UF: SC

168 - ASSOCIAÇÃO COMUNITÁRIA HOSPITAL SAO LUCAS
Rua CELSO RAMOS, 89 Bairro: CENTRO CEP: 89780000 Cidade: Xavantina UF: SC

168 - ASSOCIAÇÃO COMUNITÁRIA HOSPITAL SAO LUCAS
Rua CELSO RAMOS, 89 Bairro: CENTRO CEP: 89780000 Cidade: Xavantina UF: SC

168 - ASSOCIAÇÃO COMUNITÁRIA HOSPITAL SAO LUCAS
Rua CELSO RAMOS, 89 Bairro: CENTRO CEP: 89780000 Cidade: Xavantina UF: SC

CERTIFICO que o Material/Serviço
constante neste documento foi
Recebido/Prestado e Aceito

Data: 05/09/19

Ass: [Assinatura]

Nome: _____

Cargo: _____

Pagamento de títulos com débito em conta corrente

13/09/2019 - BANCO DO BRASIL - 14:05:52
460104601 0002



COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASS H S LUCAS PMX
AGENCIA: 4601-9 CONTA: 2.977-7

CC Unicred do Brasil

13691108020010044680600000030858180230000035300
BENEFICIARIO:

FEDERACAO SANTAS CASAS HOSP. E ENTI

NOME FANTASIA:

FEDERACAO SANTAS CASAS HOSP. E ENTI

CNPJ: 80.633.233/0001-60

PAGADOR:

7190 - ASSO. COMUNIT. HOSPITAL SAO

CNPJ: 82.832.361/0001-69

NR. DOCUMENTO 91.301
DATA DE VENCIMENTO 25/09/2019
DATA DO PAGAMENTO 13/09/2019
VALOR DO DOCUMENTO 353,00
VALOR COBRADO 353,00

NR.AUTENTICACAO 6.461.55F.51C.EC6.E55

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes e cancelamento de produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais habituais: agencia, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Assinada por JB724509 MARCOS ARTUR STUMPF
JB724510 INAIR T PELIZZA

13/09/2019 14:01:54
13/09/2019 14:05:50

Transação efetuada com sucesso.

CERTIFICO que o Material/Serviço constante neste documento foi Recebido/Prestado e Aceito

Data: 13 / 09 / 19
Ass: AB
Nome: _____
Cargo: _____

UNICRED 136-8

13691.10802 00100.446806 00000.030858 1 80230000035300

Local de Pagamento		Pagável em qualquer banco			Vencimento		25/09/2019	
Beneficiário		FEDERACAO SANTAS CASAS HOSP. E ENTIDADES - 080633233000160			Agência / Código Beneficiário			1108-8/0100446-8
AV ALM TAMANDARE,94,8 ANDAR SL 804 COQUEIROS - FLORIANOPOLIS / SC - 88080-160		Data do Documento			Nosso número			021/0000000308-5
15/08/2019	Nº do Documento	Espécie doc.	Aceite	Data processamento	(-) Valor documento			353,00
10000280	DM	N	15/08/2019	(-) Desconto / Abatimento				
Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor	(-) Outras Deduções			
00018	021	R\$			(+/-) Mora / Multa			
Instruções (Texto de responsabilidade do Cooperado)					(+/-) Outros Acréscimos			
Controle participante: 00000003080000000308					(-) Valor Cobrado			
Grupo de pagadores: MENSALIDADE 353,00 - V25								
MENSALIDADE ASSOCIATIVA FEHOSC								
FINANCEIRO@FEHOSC.COM.BR								
Pagador								
7190 - ASSO. COMUNIT. HOSPITAL SAO LUCAS - CNPJ 082832361000169								
RUA CELSO RAMOS, 89 - CENTRO								
XAVANTINA / SC - 89780-000								



Voltar

Imprimir



Certificado de Regularidade do FGTS - CRF

Inscrição: 11.738.706/0001-71
Razão Social: CRM GASES E EQUIPAMENTOS LTDA EPP
Endereço: R NILSO BRAUN 451 E / PARQUE DAS PALMEIRA / CHAPECO / SC / 89803-604

A Caixa Econômica Federal, no uso da atribuição que lhe confere o Art. 7, da Lei 8.036, de 11 de maio de 1990, certifica que, nesta data, a empresa acima identificada encontra-se em situação regular perante o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O presente Certificado não servirá de prova contra cobrança de quaisquer débitos referentes a contribuições e/ou encargos devidos, decorrentes das obrigações com o FGTS.

Validade: 03/09/2019 a 02/10/2019

Certificação Número: 2019090304214388662053

Informação obtida em 16/09/2019 09:21:59

A utilização deste Certificado para os fins previstos em Lei esta condicionada a verificação de autenticidade no site da Caixa:
www.caixa.gov.br

CERTIFICO que o Material/Serviço
constante neste documento foi
Recebido/Prestado e Acerto

Data: 30 / 09 / 19

Ass. [Assinatura]

Nome. _____

Cargo. _____



CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS ESTADUAIS

Nome (razão social): **CRM GASES E EQUIPAMENTOS LTDA**
CNPJ/CPF: **11.738.706/0001-71**

Ressalvando o direito da Fazenda Estadual de inscrever e cobrar as dívidas que vierem a ser apuradas, é certificado que não constam, na presente data, pendências em nome do contribuinte acima identificado, relativas aos tributos, dívida ativa e demais débitos administrados pela Secretaria de Estado da Fazenda.

Dispositivo Legal: Lei nº 3938/66, Art. 154
Número da certidão: 190140083952101
Data de emissão: 09/08/2019 17:12:17
Validade (Lei nº 3938/66, Art. 158, modificado pelo artigo 18 da Lei n 15.510/11.): 08/10/2019

A autenticidade desta certidão deverá ser confirmada na página da Secretaria de Estado da Fazenda na Internet, no endereço: <http://www.sef.sc.gov.br>

CERTIFICO que o Material/Serviço
constante neste documento foi
Recebido/Prestado e Aceito
Data: 30 / 09 / 19
Ass. [Assinatura]
Nome. _____
Cargo. _____



MINISTÉRIO DA FAZENDA
 Secretaria da Receita Federal do Brasil
 Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional

CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS RELATIVOS AOS TRIBUTOS FEDERAIS E À DÍVIDA ATIVA DA UNIÃO

Nome: CRM GASES E EQUIPAMENTOS LTDA
CNPJ: 11.738.706/0001-71

Ressalvado o direito de a Fazenda Nacional cobrar e inscrever quaisquer dívidas de responsabilidade do sujeito passivo acima identificado que vierem a ser apuradas, é certificado que não constam pendências em seu nome, relativas a créditos tributários administrados pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) e a inscrições em Dívida Ativa da União (DAU) junto à Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN).

Esta certidão é válida para o estabelecimento matriz e suas filiais e, no caso de ente federativo, para todos os órgãos e fundos públicos da administração direta a ele vinculados. Refere-se à situação do sujeito passivo no âmbito da RFB e da PGFN e abrange inclusive as contribuições sociais previstas nas alíneas 'a' a 'd' do parágrafo único do art. 11 da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991.

A aceitação desta certidão está condicionada à verificação de sua autenticidade na Internet, nos endereços <<http://rfb.gov.br>> ou <<http://www.pgfn.gov.br>>.

Certidão emitida gratuitamente com base na Portaria Conjunta RFB/PGFN nº 1.751, de 2/10/2014.
 Emitida às 16:36:57 do dia 11/09/2019 <hora e data de Brasília>.
 Válida até 09/03/2020.

Código de controle da certidão: **9500.7BB5.0048.1DD1**
 Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.

CERTIFICO que o Material/Serviço
 constante neste documento foi
 Recebido/Prestado e Aceito

Data: 30/09/19

Ass. [Assinatura]

Nome. _____

Cargo. _____



G334134404622939012
13/09/2019 14:12:25



Pagamento de títulos com débito em conta corrente

13/09/2019 - BANCO DO BRASIL - 14:12:26
460104601 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASS H S LUCAS PMX
AGENCIA: 4601-9 CONTA: 2.977-7

=====

BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.

7569130698010522481330067940001058030000024000

BENEFICIARIO:
CRM GASES E EQUIPAMENTOS LTDA
NOME FANTASIA:
CRM GASES E EQUIPAMENTOS LTDA
CNPJ: 11.738.706/0001-71

PAGADOR:
ASS COMUNITARIA HOSPITAL SAO LUCAS
CNPJ: 82.832.361/0001-69

=====

NR. DOCUMENTO 91.302
DATA DE VENCIMENTO 02/10/2019
DATA DO PAGAMENTO 13/09/2019
VALOR DO DOCUMENTO 240,00
VALOR COBRADO 240,00

NR. AUTENTICACAO 2.D7F.6BF.DD9.44B.C92

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes e cancelamento de produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais habituais: agencia, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Assinada por JB724509 MARCOS ARTUR STUMPF
JB724510 INAIR T PELIZZA

VIA DO CLIENTE

RECEBEMOS DE CRM GASES E EQUIPAMENTOS LTDA AS MERCADORIAS DA NOTA 001326 SERIE 1 E 0(S) SIGUIENTE(S) BOLETO(S): 003 001326-01 Vencimento 02/10/2019 Valor R\$ 240,00

Barra: 7569130698010522481330067940001
Agilice Braun
04/09/2019 Assinatura

DANFE SIMPLIFICADO

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRONICA
1 - SAIDA
Numero: 001326
Serie: 3

CHAVE DE ACESSO:
4219.0911.7387.0600.0171.5500.3000.0013.2610.3001.3263
Protocolo de Autorização: 342190129269140 04/09/2019 13:52 hs

VENDA NAO CONTR NO ESTADO
Emissao: 04/09/2019 Saida/Entrada: 04/09/2019 Hora: 13:51 hs

DADOS DO EMITENTE: CNPJ: 11738706/0001-71
I.Estadual: 256063320

CRM GASES E EQUIPAMENTOS LTDA
R NILSO BRAUN Numero 451
Bairro PARQUE DAS PALMEIRAS Fone: (49) 3323-0432 / (49) 33
CEP 89803604 CHAPECO-SC

DESTINATARIO/REMETENTE: CNPJ: 82832361/0001-69
I.Estadual:

ASS COMUNITARIA HOSPITAL SAO LUCAS
RUA CELSO RAMOS 89 Numero 89
Bairro CENTRO Fone: 49-3454-1108
CEP 89780000 XAVANTINA-SC

VENCIMENTO
01 02/10/2019 240,00

DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QTDE	UNID	VL UNIT	VL TOTAL
OXIGENIO MEDICINAL 40L 150BAR	1,0	un	140,00	140,00
Cilindro(s) Cheio: 1 Vazio: 1 Cod ONU 1072 Risco: 2,2				
OXIGENIO MEDICINAL 7L 150BAR	1,0	un	100,00	100,00
Cilindro(s) Cheio: 1 Vazio: 1 Cod ONU 1072 Risco: 2,2				

Volúmenes	Especie	Peso Líquido
2	Cilindro(s)	7.500
0,00	VALOR DO ICMS	0,00
0,00	VALOR DO ICMS ST	0,00
0,00	VALOR PRODUTOS	240,00
0,00	VALOR DO FRETE	0,00
0,00	VALOR DO IPT	0,00
0,00	TOTAL DA NOTA	240,00
INFORMACOES ADICIONAIS VALOR APROXIMADO DOS TRIBUTOS R\$ 240,00. MANIFESTO(S) 30906		RESERVADO AO FISCO
VIAGEM: 0000256		

CERTIFICO que o Material/Serviço entregue em conformidade com o documento foi Recebido/Prestado e Aceito

Data: 13/09/19
Assinatura: [Assinatura]
Nome: _____
Cargo: _____

13/09/2019 14:10:25
13/09/2019 14:12:25

Tr: **BANCO SICOOB** | 756-1 | 75691.30698 01052.248133 00679.400010 5 80300000024000

Local de Pagamento: **PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NAS AGENCIAS DO BANCO SICOOB**

Beneficiário: **CRM GASES E EQUIPAMENTOS LTDA** CNPJ: 11738706/0001-71

Data do Documento: **04/09/2019** Nº Documento: **003-001326-01** Especie Doc: **DM** Aceite: **N** Data do Processamento: **04/09/2019**

Usr Banco: **01** Carteira: **R\$** Quantidade: **X** Valor: _____

Instruções: _____

Apos o vencimento juros de R\$ 0,24 ao dia e multa de 4,80
Sujeito a protesto se nao pago em 7 dias

Pagador: **ASS COMUNITARIA HOSPITAL SAO LUCAS CNPJ: 82832361/0001-69**
RUA CELSO RAMOS 89 89 CENTRO XAVANTINA-SC
89780-000



Autenticação Mecânica

Ficha de Compensação

G331131357661121015
13/09/2019 14:05:50

Pagamento de títulos com débito em conta corrente

13/09/2019 - BANCO DO BRASIL - 14:05:52
460104601 0002

AGENDAMENTO DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASS H S LUCAS PMX
AGENCIA: 4601-9 CONTA: 2.977-7
=====

BANCO BRADESCO S.A.

2379750207911604013774006309000118013000021000

BENEFICIARIO:

UNICRED OESTE E SERRA

NOME FANTASIA:

UNICRED OESTE CATARINENSE

CNPJ: 01.039.011/0001-48

SACADOR AVALISTA:

FRIES E FRIES LTDA

CNPJ: 03.004.503/0001-23

PAGADOR:

ASSOCIACAO C. HOSPITAL SAO LUCAS

CNPJ: 82.832.361/0001-69

NR. DOCUMENTO	91.601
DATA DE VENCIMENTO	15/09/2019
DATA DO PAGAMENTO	16/09/2019
VALOR DO DOCUMENTO	210,00
VALOR COBRADO	210,00

PAGAMENTO AGENDADO.

A quitação efetiva desse debito dependera da validação das condições de pagamento junto ao beneficiario e da existencia de saldo na sua conta-corrente as 23:45h da data escolhida. O comprovante definitivo somente sera emitido apos a quitação.

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes e cancelamento de produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais habituais: agencia, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Assinada por JB724509 MARCOS ARTUR STUMPF
JB724510 INAIR T PELIZZA13/09/2019 13:57:45
13/09/2019 14:05:50

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JB724510 INAIR T PELIZZA.

CERTIFICO que o Material/Serviço
constante neste documento foi
Recebido/Prestado e Aceito

Data: 13/09/19

Ass. ID

Nome. _____

Cargo. _____



Recibo do Pagador

Bradesco 237 -2

23797.50207 91160.401377 40063.090001 1 80130000021000

Beneficiário UNICRED DESBRAVADORA SUL - 001.039.011/0001-48 Rua Marechal Deodoro da Fonseca-E, 413 - Chapeco / SC - 89802-140		Agência / Cód. Beneficiário 7502-7/0630900-3	Espécie R\$	Quantidade	Nosso número 009/11604013740-9
Número do documento 288	CPF / CNPJ 001.039.011/0001-48	Vencimento 15/09/2019		Valor do documento 210,00	
(-) Desconto/abatimento	(-) Outras deduções	(+) Mora/Multa	(+) Outros acréscimos	(=) Valor cobrado	
Pagador ASSOCIACAO C. HOSPITAL SAO LUCAS - CNPJ 082832361000169 CELSO RAMOS - CENTRO, XAVANTINA / SC - 89820-000					
Sacador/Avalista FRIES E FRIES LTDA - CNPJ 003004503000123 RUA CELESTINO DO NASCIMENTO, 460 - CENTRO / SC - 89820-000					

Atenção!!!

Favor conferir relatório anexo, descontos somente dentro do mês.

Autenticação mecânica

Att-Cielo

Bradesco 237 -2

23797.50207 91160.401377 40063.090001 1 80130000021000

Local de Pagamento Pagável preferencialmente na Rede Bradesco ou Bradesco Expresso					Vencimento 15/09/2019
Beneficiário UNICRED DESBRAVADORA SUL - 001.039.011/0001-48 Rua Marechal Deodoro da Fonseca-E, 413 - Chapeco / SC - 89802-140					Agência / Código beneficiário 7502-7/0630900-3
Data do Documento 21/08/2019	Nº do Documento 288	Espécie doc. DM	Aceite N	Data processamento 21/08/2019	Nosso número 009/11604013740-9
Código do Banco 1018	Carteira 009	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor documento 210,00
Instruções (Texto de responsabilidade do Cooperado)					(-) Desconto / Abatimento
Controle participante: 11604013740					(-) Outras Deduções
BOLETO SUJEITO A PROTESTO APOS 5 DIAS DO VENCIMENTO COBRAR MULTA APOS O VENCIMENTO DE R\$ 0,50 AO DIA MAIS JURO DE 5% AO MES					(+) Mora / Multa
					(+) Outros Acréscimos
					(=) Valor Cobrado
Pagador ASSOCIACAO C. HOSPITAL SAO LUCAS - CNPJ 082832361000169 CELSO RAMOS - CENTRO XAVANTINA / SC - 89820-006					
Sacador/Avalista FRIES E FRIES LTDA - CNPJ 003004503000123 RUA CELESTINO DO NASCIMENTO, 460 - CENTRO / SC - 89820-000					

Autenticação mecânica - Ficha de Compensação



Alo Bradesco - SAC - 0800 704 8383
Cancelamentos, Reclamações e Informações
Deficiente Auditivo ou de Fala - 0800 722 0099
Atendimento 24h, 7 dias por semana Ouvidoria -
0800 727 9933 Atendimento de 2 a 6 feira das 8h as
18h, exceto feriados

Corte na linha pontilhada

CERTIFICO que o Material/Serviço constante neste documento foi Recebido/Prestado e Aceito
Data: 13/09/19
Ass: [Signature]
Nome: _____
Cargo: _____



FATURA REFERENTE AO MÊS DE : AGOSTO



19/08/2019
Página : 1 de 2

Empresa : 555 - ASSOCIAÇÃO COMUNITARIA HOSPITAL SAO LUCAS*N - CNPJ/CPF : 82.832.361/0001-69

Endereço : RUA CELSO RAMOS - CENTRO - 89780-000
XAVANTINA/SC - Fone/Fax : 49-3454-1108 -

PLANO : OCUPACIONAL

LANÇAMENTOS DO PLANO

Cód.	Dt. Emissão	Natureza	Valor
51.327	15/08/2019	AUDIOMETRIA DE NELSI LOURDES STOCCO GROLLE	30,00
			30,00

M - Mensalidade S - Serviço RELACÃO DE MENSALIDADE E SERVICOS

CF Cód.	Associado / Dependente	Dt. Nascimento	C.P.F.	Valor
M 21196	ANGELICA PAULA PARAVISI			15,00
Total do Titular ANGELICA PAULA PARAVISI :				15,00
M 9564	ARLISE TOCHETTO			15,00
Total do Titular ARLISE TOCHETTO :				15,00
M 21646	DANIELE RAIMUNDI ALVES CAVALHEIRO			15,00
Total do Titular DANIELE RAIMUNDI ALVES CAVALHEIRO :				15,00
M 21398	DILIANA FACCO			15,00
Total do Titular DILIANA FACCO :				15,00
M 10887	IRACEMA SOELI DALBOSCO			15,00
Total do Titular IRACEMA SOELI DALBOSCO :				15,00
M 9560	JUDITE FIORESE			15,00
Total do Titular JUDITE FIORESE :				15,00
M 21079	LUCELIA STACIO			15,00
Total do Titular LUCELIA STACIO :				15,00
M 9565	MARIA INES COLOMBO LUSSI			15,00
Total do Titular MARIA INES COLOMBO LUSSI :				15,00
M 9561	NELSI LOURDES STOCCO GROLLE			15,00
Total do Titular NELSI LOURDES STOCCO GROLLE :				15,00
M 9562	PRIMINA SORDI PANDOLFO			15,00
Total do Titular PRIMINA SORDI PANDOLFO :				15,00
M 21628	SANDRA COVATTI NAISSINGER			15,00
Total do Titular SANDRA COVATTI NAISSINGER :				15,00
M 16015	SIONARA BURATTI			15,00
Total do Titular SIONARA BURATTI :				15,00

	Quant.	Mens.	Serviço	Total
Total de Titulares :	12	180,00	0,00	180,00
Total de Dependente :	0			

Total do Plano OCUPACIONAL : 210,00

CERTIFICO que o Material/Serviço
constante neste documento foi
Recebido/Prestado e Aceito

Data: _____/_____/_____

Ass. _____

Nome. _____

Cargo. _____

FRIES E FRIES LTDA

RUA CELESTINO DO NASCIMENTO, 460 - CENTRO - XANXERÊ/SC CEP : 89820-000
Fone: 49-433-3030 - E-Mail: ciclo@ciplomt.com.br - recepcao@ciplomt.com.br



Pagamento de outros convênios

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
 25/09/2019 - AUTO-ATENDIMENTO - 14.10.33
 4601904601

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

CLIENTE: ASS H S LUCAS PMX
 AGENCIA: 4601-9 CONTA: 2.977-7
 EFETUADO POR: INAIR T PELIZZA
 =====
 Convenio CASAN
 Codigo de Barras 82650000000-3 65000013000-7
 00000001051-2 93031909500-4
 Data do pagamento 25/09/2019
 Valor Total 65,00
 =====

DOCUMENTO: 092501
 AUTENTICACAO SISBB:
 6.B85.C4B.546.317.18C

Assinada por JB724509 MARCOS ARTUR STUMPF
 JB724510 INAIR T PELIZZA

25/09/2019 13:56:11
 25/09/2019 14:10:34

Transação efetuada com sucesso

Transação efetuada



Companhia Catarinense de Águas e Saneamento

CNPJMF - 82508433/0001-17

FATURA DE ÁGUA / ESGOTO

AGÊNCIA: XAVANTINA TELEFONE: 0800 643 0195
 ENDEREÇO: RUA VICENTE ANTONIO ZANADREA, 159
 OUVIDORIA CASAN: www.casan.com.br/ouvidoria

MATRÍCULA	MÊS / FATURAMENTO	VENCIMENTO
519303-6	09/2019	21/10/2019

LOCALIZAÇÃO: 697.693.003.0214.01 DATA APRESENTAÇÃO: 23/09/2019

PROPRIETÁRIO: HOSP BEN SAO LUCAS CPF: 82.832.361/0001-69

USUÁRIO: HOSP BEN SAO LUCAS CPF: 82.832.361/0001-69

ENDEREÇO: R. GOV. CELSO RAMOS, - SITUAÇÃO DO FATURAMENTO: ENTREGA NO IMÓVEL
 CEP: 89780-000 MUN: XAVANTINA NÚMERO DO HIDROMETRO: A165509592

FATOR CONDICIONADOR		HISTÓRICO				
ULTIMOS 6 MÊSES (m³ / litro)	15/15000	DATA DA LEITURA	MES/ANO	OCCORRÊNCIA	LEITURA (M³)	VOLUME (M³)
VOLUME MÊDIO DOS ULTIMOS 6 MÊSES (m³ / litro)	12,43/12000	23/09/2019	09/2019	MINIMO	511	10
VOLUME MÊDIO DIÁRIO (m³ / litro)	0,29/290	23/08/2019	08/2019	LIDO	502	10
ECONOMIAS POR CATEGORIA		24/07/2019	07/2019	LIDO	489	10
RES. CIVIL	IND. PUB. TOTAL	24/06/2019	06/2019	LIDO	479	13
000	001 000 000 001	24/05/2019	05/2019	LIDO	456	15
NÚMERO SEQUENCIAL		23/04/2019	04/2019	LIDO	451	14
G68-000020	105.193.031.909	25/03/2019	03/2019	LIDO	437	12

TABELA TARIFÁRIA	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS FATURADOS	PARC	VALOR FATURADO
RESIDENCIAL FATURA VOLUME R\$/m³	SERVIÇOS FATURAMENTO AGUA		65,00

NÃO RESIDENCIAL FATURA VOLUME R\$/m³			
ATE 10	6,5004		
11 50	10,7866		
51 999999	13,5688		

TOTAL TRIBUTAVEL	TRIBUTOS	TOTAL A PAGAR
65,00	PIS (1,65%) 1,07 COFINS (7,60%) 4,94	65,00

IRREGULARIDADES/ANORMALIDADES

INFORMACAO DA QUALIDADE DA AGUA DISTRIBUIDA - (SIGNIFICADOS NO VERSO)
 DECRETO PRESIDENCIAL N.5.440/05, PORTARIA N.2914/11/MS E PORTARIA ESTADUAL N.421/16

1. CARACTERÍSTICAS FÍSICO - QUÍMICAS

CERTIFICO que o Material/Serviço constante neste documento foi Recebido/Prestado e Aceito
 Data: 25/09/19
 Ass: [Assinatura]
 Nome: _____
 Cargo: _____



Pagamento de outros convênios

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
 25/09/2019 - AUTO-ATENDIMENTO - 14.10.33
 4601904601

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

CLIENTE: ASS H S LUCAS PMX
 AGENCIA: 4601-9 CONTA: 2.977-7
 EFETUADO POR: INAIR T PELIZZA
 =====
 Convenio CASAN
 Codigo de Barras 8267000001-9 30010013000-8
 00000001051-2 93021909000-6
 Data do pagamento 25/09/2019
 Valor Total 130,01
 =====

DOCUMENTO: 092502
 AUTENTICACAO SISBB:
 5.144.6C7.001.909.9D4

Assinada por JB724509 MARCOS ARTUR STUMPF 25/09/2019 13:58:05
 JB724510 INAIR T PELIZZA 25/09/2019 14:10:34

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JB724510 INAIR T PELIZZA

casan Companhia Catarinense de Águas e Saneamento
 CNPJMF - 82508433/0001-17

FATURA DE ÁGUA / ESGOTO

AGÊNCIA: XAVANTINA TELEFONE: 0800 643 0195
 ENDEREÇO: RUA VICENTE ANTONIO ZANADREA, 159
 OUVIDORIA CASAN: www.casan.com.br/ouvidoria

MATRÍCULA	MÊS / FATURAMENTO	VENCIMENTO
519302-8	09/2019	21/10/2019

LOCALIZAÇÃO: 697.693.003.0188.01 DATA APRESENTAÇÃO: 23/09/2019

PROPRIETÁRIO: HOSP BEN SAO LUCAS	CPF: CNPJ
USUÁRIO: HOSP BEN SAO LUCAS	82.832.361/0001-69
	82.832.361/0001-69

ENDERECO: R. GOV. CELSO RAMOS, 259 -
 CEP: 89780-000 MUN: XAVANTINA

SITUAÇÃO DO FATURAMENTO: ENTREGA NO IMÓVEL
 NÚMERO DO HIDRÔMETRO: Y15C022828

MÁXIMO CONSUMO DOS		HISTÓRICO				
ULTIMOS 6 MESES (m³ - litros)	26/26000	DATA DA LEITURA	MES/ANO	OCCORRÊNCIA	LEITURA (m³)	VOLUME (m³)
VOLUME MÉDIO DOS	22,71/22000	23/09/2019	09/2019	LIDO	1305	20
ULTIMOS 6 MESES (m³ - litros)		23/08/2019	08/2019	MINIMO	1285	20
VOLUME MÉDIO	0,65/645	24/07/2019	07/2019	LIDO	1267	22
DIÁRIO (m³ - litros)		24/06/2019	06/2019	LIDO	1245	25
ECONOMIAS POR CATEGORIA		24/05/2019	05/2019	LIDO	1220	24
MES	COM	INE	FUB	TOTAL		
000	002	000	000	002		
NUMERO SEQUENCIAL		23/04/2019	04/2019	LIDO	1196	22
G68-000019	105.193.021.909	25/03/2019	03/2019	LIDO	1174	26

TABELA TARIFÁRIA		DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS FATURADOS	
RESIDENCIAL	SERVIÇOS	PARC	VALOR FATURADO
Faixa VOLUME R\$/m³	FATURAMENTO AGUA		130,01
NÃO RESIDENCIAL			
Faixa VOLUME R\$/m³			
ATE 10 6.5004			
11 50 10.7866			
51 999999 13.5688			

TOTAL TRIBUTAVEL	TRIBUTOS	TOTAL A PAGAR
130,01	PIS (1,65%) 2,15 COFINS (7,60%) 9,86	130,01

IRREGULARIDADES/ANORMALIDADES

INFORMACAO DA QUALIDADE DA AGUA DISTRIBUIDA - (SIGNIFICADOS NO VERSO)
 DECRETO PRESIDENCIAL N. 5.440/05, PORTARIA N. 2914-11/05 E PORTARIA ESTADUAL N. 421/10

1. CARACTERÍSTICAS FÍSICO - QUÍMICAS

CERTIFICO que o Material/Serviço constante neste documento foi Recebido/Prestado e Aceito
 Data: 25/09/19
 Ass: _____
 Nome: _____
 Cargo: _____

Pagamento de títulos com débito em conta corrente

25/09/2019 - BANCO DO BRASIL - 14:10:33
460104601 0002

**COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS**

CLIENTE: ASS H S LUCAS PMX
AGENCIA: 4601-9 CONTA: 2.977-7

=====

BANCO DO BRASIL

=====

00190000090133472400062925526170680330000163810

BENEFICIARIO:

CELESC DISTRIBUICAO SA

NOME FANTASIA:

CELESC DISTRIBUICAO SA

CNPJ: 08.336.783/0001-90

PAGADOR:

HOSPITAL SAO LUCAS

CNPJ: 82.832.361/0001-69

=====

NR. DOCUMENTO 92.503
NOSSO NUMERO 13347240062925526
CONVENIO 01334724
DATA DE VENCIMENTO 05/10/2019
DATA DO PAGAMENTO 25/09/2019
VALOR DO DOCUMENTO 1.638,10
VALOR COBRADO 1.638,10

=====

NR.AUTENTICACAO 2.F91.638.ADD.5D7.9E3

=====

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes e cancelamento de
produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais
habituais: agencia, SAC e demais canais de
atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de
cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.


Assinada por JB724509 MARCOS ARTUR STUMPF
JB724510 INAIR T PELIZZA

25/09/2019 14:00:19

25/09/2019 14:10:34

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JB724510 INAIR T PELIZZA.

CERTIFICO que o Material/Serviço
constante neste documento foi
Recebido/Prestado e Aceito
Data: 25/09/19
Ass. 
Nome. _____
Cargo. _____



Celesc Distribuição S.A.
 Av Itamarati, 160 - Florianópolis
 CNPJ 08.336.783/0001-90 Insc. Est. 255266626

NOTA FISCAL/CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA - SÉRIE ÚNICA
 COD FISCAL OP: 5.257 5.949 GRUPO A4 09/2019 - 000.008.494.189
EMISSÃO: 13/09/2019 **FAT-01-20195229149285-5**
APRESENTAÇÃO: 20/09/2019 **REFERÊNCIA:** 09/2019

HOSPITAL SAO LUCAS
CPJ 82.832.361/0001-69 LOCAL: 0610 ETAPA/LVRO: 68/021598
 R PREF OCTAVIO URBANO SIMON, 273
 CENTRO / XAVANTINA - XAVANTINA - SC - 89780-000
 RESERVADO AO FISCO PERÍODO FISCAL: 13/09/2019
6F00.D4F0.7021.87CA.C3D8.B3F1.42F5.ED76

Nº DA UNIDADE CONSUMIDORA 12334109	VENCIMENTO 05/10/2019
ATENDIMENTO AO CLIENTE LIGUE 0800 480120	CONSUMO TOTAL FATURADO 1.707 kWh
	VALOR ATÉ O VENCIMENTO R\$ 1.638,10

DADOS DA UNIDADE DE CONSUMIDORA / FATURAMENTO / FORNECIMENTO
 COMERCIAL, SERVIÇOS, OUTRAS ATIVIDADES / MOD TARIFARIA HORA
CONTRATO DE FORNECIMENTO PERÍODO: TODOS
DEMANDA PONTA (kWh): 30 **CONSUMO PONTA (kWh):**
DEMANDA FORA PONTA (kW): 0 **CONSUMO FORA PONTA (kWh):**
RESERVA CAP.F. PONTA (kW): RE SERVA CAP. PONTA (kW):

Dados do Faturamento	Faturado	Tarifa (R\$)	Valor (R\$)
Consumo Ponta	128	1,751370	223,65
Consumo Fora Ponta	1.579	0,463013	731,01
Energia Real Exc Fp	20	0,379841	7,65
Demanda	30	18,479333	554,38
Adic Band. Vermel P1			98,26
Subtotal (R\$)			1.614,95

DADOS DA MEDIÇÃO - CONSUMO REGISTRADO NO MÊS

EQUIPAMENTO	LEITURA	GRANDEZA	CONSTANTE DE FATURAMENTO	MEDIDO
042108090	ATUAL ANTERIOR			
CNP	5270096 5207800	kWh PT	0,0020	127,70
CNF	59766729 58996577	kWh FP	0,0020	1578,81
DNP	787 855	kW PT	0,0080	6,45
DNF	2053 2572	kW FP	0,0080	16,83
DEP	63675 62452	kW PT	0,0080	6,45
DFP	194968 190215	kW FP	0,0080	16,83
UFO	274297 274297	kWh PT	0,0020	0,00
UFF	2062228 2052403	kWh FP	0,0020	20,14
DMP	195801 192665	kW PT	0,0020	3,59
DMF	522018 507931	kW FP	0,0020	12,60
ERA	154755628 154755628	kVArh TP	0,0020	0,00

Lançamentos e Serviços

Cosp	23,15
Subtotal (R\$)	23,15

DATA DA LEITURA ATUAL: 13/09/2019 PERDAS DE TRANSFORMAÇÕES (%): 2,50

DATA DA LEITURA ANTERIOR: 13/08/2019 FATOR DE POTÊNCIA: 1,00

DIAS FATURADOS: 31

HISTORICO DE CONSUMO

REF.	kWh	REF.	kWh	REF.	kWh
09/2019	1888,67	04/2019	1796,12	12/2018	2007,51
07/2019	2445,15	03/2019	2252,24	11/2018	1751,8
06/2019	1886,53	02/2019	2504,91	10/2018	1690,72
05/2019	1865,19	01/2019	2500,46	09/2018	2359,63

PARA PAGAMENTO APÓS VENCIMENTO, SERÁ COBRADA MULTA DE 2%, ACRESCIDA DE JUROS DE 0,0333% POR DIA DE ATRASO, CONFORME LEI Nº 10.438/02, E CORREÇÃO MONETÁRIA, CONFORME LEI Nº 10.192/01.

ESTA UNIDADE CONSUMIDORA ESTARÁ PASSÍVEL DE SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO EM CASO DE NÃO PAGAMENTO DESTA FATURA, CONFORME LEGISLAÇÃO VIGENTE.

AGÊNCIA DE ATENDIMENTO / MENSAGENS
 BRO ITACORUBÉ 160

INFORMAÇÃO DE TRIBUTOS			
ICMS		PIS	COFINS
BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR DO IMPOSTO	
R\$ 1.614,95	25,00%	R\$ 403,72	R\$ 15,99
			R\$ 73,64

Celesc Distribuição S.A.
 Av Itamarati, 160 - Florianópolis
 CNPJ 08.336.783/0001-90 Insc. Est. 255266626

001-9

00190.00009 01334.724000 62925.526170 6 80330000163810

FICHA DO CAIXA

CELESC AD CENTR	SACADO	AGÊNCIA/CÓDIGO CEDENTE	VENCIMENTO
HOSPITAL SAO LUCAS	HOSPITAL SAO LUCAS	3064-3/0105119-9	05/10/2019
DATA DOCUMENTO	NÚMERO REFERÊNCIA	DATA PROCESSAMENTO	UNIDADE CONSUMIDORA
13/09/2019	FAT-01-20195229149285-5	13/09/2019	12334109
		REFERÊNCIA	VALOR COBRADO (R\$)
		09/2019	1.638,10



Celesc Distribuição S.A.
 Av Itamarati, 160 - Florianópolis
 CNPJ 08.336.783/0001-90 Insc. Est. 255266626

001-9

00190.00009 01334.724000 62925.526170 6 80330000163810

AGÊNCIA RECEBEDORA	PAGAVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO.			VENCIMENTO	05/10/2019
CELESC DISTRIBUIÇÃO S.A	UNIDADE CONSUMIDORA	REFERÊNCIA	AGÊNCIA/CÓDIGO CEDENTE		
HOSPITAL SAO LUCAS	12334109	09/2019	3064-3/0105119-9		
DATA DOCUMENTO	NÚMERO REFERÊNCIA	ESPECIE DOCUMENTO	ACEITE	DATA PROCESSAMENTO	NOSBO NÚMERO
13/09/2019	FAT-01-20195229149285-5	DM	A	13/09/2019	13347240062925526-6
USO DO BANCO	CARTEIRA	ESPECIE MOEDA	QUANTIDADE	VALOR	(-) VALOR DOCUMENTO
	17	RS		1.638,10	1.638,10
APOS VENCIMENTO PAGAR NO BANCO DO BRASIL. EVITE PROTESTO APOS 30 DIAS VENCIMENTO. PARA DEBITO AUTOMATICO SOLICITAR ANTES LIBERACAO NA CELESC DEPOIS CADASTRAR NO SEU BANCO.					(-) DESCONTO ABATIMENTO
					(-) OUTRAS DEDUÇÕES
					(+) MULTA
					(+) OUTROS ACRESCIMOS
					(+) VALOR COBRADO
					1.638,10

SACADO
 HOSPITAL SAO LUCAS
 R PREF OCTAVIO URBANO SIMON, 273 - CENTRO / XAVANTINA
 XAVANTINA - SC - CEP 89780-000



CERTIFICO que o Material/Serviço constante neste documento foi Recebido/Prestado e Aceito

Data: 25/09/19

Ass: [Signature]

Nome: _____

Cargo: _____

GACELEC1 (01/21)

Associação Comunitária
HOSPITAL SÃO LUCAS
 CNPJ: 82.832.361/0001-69



INFORMAÇÕES AO CONSUMIDOR

Energia Elétrica oferece perigo. Para mexer nas instalações elétricas procure sempre um eletricitista. É de inteira responsabilidade do Consumidor, a qualquer tempo, a atualização cadastral da unidade consumidora e a adequação técnica e de das instalações elétricas, conforme normas expedidas pelos órgãos oficiais competentes, pela Associação Brasileira de Normas Técnicas - ABNT ou outra entidade credenciada pelo conselho Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial - CONMETRO, e das normas e padrões do concessionário postos à disposição do interessado. As informações sobre as condições de fornecimento, tarifa, produtos, serviços prestados e tributos encontram-se à sua disposição, em nossos escritórios. Pagamentos efetuados com cheque só terão quitação válida após compensação. Tele-atendimento: das 00:00 às 24:00 para solicitação de serviços comerciais e 24 horas para informações sobre falhas no sistema elétrico.



Celesc Distribuição S.A.
Av Itamarati, 160 - Florianópolis
CNPJ: 08.336.783/0001-90 Insc. Est. 255266626
WWW.CELESC.COM.BR

HOSPITAL SAO LUCAS

ENDEREÇO DE ENTREGA

**R PREF OCTAVIO URBANO SIMON, 273
CENTRO / XAVANTINA - XAVANTINA - SC - 89780-000**

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

R PREF OCTAVIO URBANO SIMON, 273
CENTRO / XAVANTINA - XAVANTINA - SC - 89780-000
LOCAL: 0610 ETAPA/LVRO/SEQ.: 68/021598/1

REFERÊNCIA: 09/2019
VENCIMENTO: 05/10/2019
PRÓXIMA LEITURA: 13/10/2019

INDICADORES DE CONTINUIDADE DO FORNECIMENTO DE ENERGIA

Período de referência da apuração:	06/2019	07/2019	META	TRIMEST	ANUAIS
DIC - DURAÇÃO DE INTERRUPÇÃO INDIVIDUAL (h):	0,00	2,35	4,99	9,98	19,97
FIG - FREQUÊNCIA DE INTERRUPÇÃO INDIVIDUAL (h):	0,00	1,00	3,07	6,14	12,29
DMIC - DURAÇÃO MÁXIMA DE INTERRUPÇÃO INDIVIDUAL (h):	0,00	2,35	2,91	0,00	0,00
EUSD - Valor Enc. Uso Sist. Distr. (R\$)			078,91		
DICRI - Duração da Interrupção Individual Dia Crítico (horas):			9,77		

A CONDIÇÃO DE COMPENSAÇÃO POR MEIO DE CRÉDITO NA CONTA DE LUZ, EVENTUAIS VIOLAÇÕES DA META DOS INDICADORES DIC, FIG, DMIC E DICRI. É DIREITO DO CONSUMIDOR SOLICITAR APURAÇÃO DOS INDICADORES DIC, FIG, DMIC E DICRI, A QUALQUER TEMPO.

0800 48 0196 - Falta de Energia e Emergências
0800 48 0120 - Informações e Serviços Comerciais
0800 646 4050 - Deficientes Auditivos
167 - ANEL LIGAÇÃO GRATUITA DE TELEFONES FIXOS)
0800 48 3232 - OUVIDORIA

**PARA ATENDIMENTO
LIGUE 0800 480120
E INFORME ESTE NÚMERO
12334109**

INDICADORES DE CONFORMIDADE DOS NÍVEIS DE TENSÃO:
TENS. CONTRATADA MÍNIMA MÁXIMA
23100V V V

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

OUTRAS INFORMAÇÕES AO CONSUMIDOR

MOTIVO DA DEVOLUÇÃO

NOME
 DATA HORA
 VISTO

- AUSENTE NÚMERO INEXISTENTE
 MUDANÇA ENDEREÇO INSUFICIENTE
 RECUSOU-SE A RECEBER CASA FECHADA
 OUTROS

INFORMAÇÕES OPERACIONAIS

LOCAL: 0610 ETAPA/LVRO/SEQ.: 68/021598/1 EQUIPAMENTO DE MEDIÇÃO: 042108090

HOSPITAL SAO LUCAS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

R PREF OCTAVIO URBANO SIMON, 273
CENTRO / XAVANTINA - XAVANTINA - SC - 89780-000

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

CERTIFICO que o Material/Serviço constante neste documento foi Recebido/Prestado e Aceito

Data: 25/09/19

Ass: [Assinatura]

Nome: _____

Cargo: _____

GACELESC1 (Nº 21)

**MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA**

Secretaria Municipal da Fazenda

Coordenadoria do ISS, ICMS e ITBI
VISCONDE DE TAUNAY, 950 - 84051900 - RONDA - PONTA GROSSA - PR**NFS-e Nota Fiscal de Serviços Eletrônica**

Número: 1785

Dt. Emissão: 09/09/2019

Autenticidade: 001010703

Núm. do RPS: Série do RPS: Tipo do RPS: Emissão RPS:

CONSULTE A AUTENTICIDADE DESTES DOCUMENTOS ACESSANDO O SITE: <http://tributos.pontagrossa.pr.gov.br>**DADOS DO PRESTADOR DO SERVIÇO**

Insc. Municipal: 00087068 CNPJ/CPF: 01.041.224/0001-04 Regime Fiscal: SIMPLER NACIONAL

Nome/Razão Social: GTN PROCESSAMENTO DE DADOS LTDA

Nome Fantasia:

Endereço:

RUA GILSON PILATTI, 49 - NEVES

Município/UF: PONTA GROSSA-PR

CEP: 84.020-685

Fone/Fax: (42) 3122-0111

E-Mail: noeli@nmssoftware.com.br

Insc. Estadual:

DADOS DO TOMADOR DO SERVIÇO

Insc. Municipal: CNPJ/CPF: 82.832.361/0001-69

Insc. Estadual:

Nome/Razão Social: HOSPITAL SAO LUCAS

Endereço: Rua do Comercio, SN - Centro

Município/UF: XAVANTINA-SC

CEP: 89.780-000

Fone/Fax: (49) 3454-1108

E-Mail:

DEFINIÇÃO DO SERVIÇO

Item da Lista de Serviços da LC nº 116/03:

CNAE:

103 Processamento, armazenamento ou hospedagem de dados, textos, imagens, vídeos, páginas eletrônicas, aplicativos e sistemas de informação, entre outros formatos, provedor de acesso a rede de computadores e congêneres

Competência:

9/2019

Local da Prestação do Serviço:

PONTA GROSSA-PR

Situação da NFS-e:

CERTIFICADO que o Material/ Serviço constante neste documento foi Recebido/Prestado e Aceito

Natureza da Operação:

EXIGÍVEL

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

SERVIÇOS PRESTADO MANUTENÇÃO E DIGITAÇÃO SISTEMAS OSPITALAR REFERENTE MES SETEMBRO 2019

Data: 09/09/2019

Ass:

Nome: _____

Cargo: _____

ITENS DO SERVIÇO

Tributável	Descrição do Item	Quantidade	Valor Unitário	Valor Desconto	Valor Total
SIM	SERVIÇOS PRESTADO MANUTENÇÃO E DIGITAÇÃO SISTEMAS OSPITALAR REFERENTE MES SETEMBRO 2019	1,00	325,00000	0,00	325,00

TRIBUTOS INCIDENTES

Tributo	Aliquota	Valor	Retido
ISSQN	2,39000	7,77000	Não
PIS	0,23000	0,74000	Não
COFINS	1,05000	3,41000	Não
INSS	0,00000	0,00000	Não
IR	0,30000	0,97000	Não
CSLL	0,26000	0,84000	Não
CPP	3,24000	10,53000	Não
Impostos Federais	0,00000	0,00000	Não
Outras Retenções		0,00000	Não

TOTALIZAÇÃO DO DOCUMENTO FISCAL

Base de Cálculo do ISSQN:	Valor Total Descontos:	Valor Total das Deduções:	Valor Líquido da NFS-e:	Valor Total da NFS-e:
325,00	0,00	0,00	325,00	325,00

NFS-E Nº

1785

Recebemos de GTN PROCESSAMENTO DE DADOS LTDA, os serviços constantes nesta documento fiscal eletrônico.

DATA: ____/____/____

Assinatura: _____

Pagamento de títulos com débito em conta corrente

25/09/2019 - BANCO DO BRASIL - 14:10:33
460104601 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASS H S LUCAS PMX
AGENCIA: 4601-9 CONTA: 2.977-7

BANCO BRADESCO S.A.

23793683072000000713684000044804180470000077947
BENEFICIARIO:

MCW PRODUTOS MEDICOS E HOSPITALARES

NOME FANTASIA:

MCW PRODUTOS MEDICOS E HOSPITALARES

CNPJ: 94.389.400/0001-84

PAGADOR:

HOSPITAL SAO LUCAS

CNPJ: 82.832.361/0001-69

NR. DOCUMENTO 92.505
DATA DE VENCIMENTO 19/10/2019
DATA DO PAGAMENTO 25/09/2019
VALOR DO DOCUMENTO 779,47
VALOR COBRADO 779,47

NR. AUTENTICACAO F.230.2F3.15D.433.E63

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes e cancelamento de produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais habituais: agencia, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088

Informacoes, reclamacoes, cancelamento de cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Assinada por JB724509 MARCOS ARTUR STUMPF
JB724510 INAIR T PELIZZA

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JB724510 INAIR T PELIZZA



Local de Pagamento:

PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NAS AGÊNCIAS BRADESCO

Beneficiário MCW PRODUTOS MEDICOS E HOSPITALARES LTDA

237 - 2 | 23793.68307 20000.007136 84000.044804 1 80470000077947

Data do Documento:		19/09/2019		Especie Doc. / Aceite		DM / N		Data Processamento		19/09/2019		Vencimento		19/10/2019	
Uso do Banco		Carteira		No. do Documento		Especie		Quantidade		(x) Valor		Carteira / Nosso Número		3683-8/448-0	
		2		292563-A		RS				779,47		2 / 00000071384-5			
Instruções (Texto de responsabilidade do beneficiário.)															
Após vencimento cobrar mora diária de R\$ 2,34															
Protestar após 10 dia(s) do vencimento.															
(=) Valor do Documento (-) Descontos/Abatimentos (-) Outras Deduções (+) Mora/Multa (+) Outros Acréscimos (=) Valor Cobrado															



Pagador: HOSPITAL SAO LUCAS CNPJ: 82.832.361/0001-69
Sacador/Avalista: R. CELSO RAMOS, 89
CEP: 89.780-000
XAVANTINA - SC

CERTIFICO que o Material/Serviço constante neste documento foi Recebido/Prestado e Aceito

Data: 25/09/19

Ass: [Assinatura]

Nome: _____

Cargo: _____

Recebemos de MCW PRODUTOS MEDICOS E HOSPITALARES LTDA

os produtos da nota fiscal/duplicata indicada ao lado

Data do Recebimento

Identificação e Assinatura do receptor



NF-e

No. 292563

Série 1

Vr Total NF: 779,47



Produtos médicos e Hospitalares
Rodovia BR 471 KM 122 - Varzea - 98.814-400
Santa Cruz do Sul-RS Fone/Fax:(51)3740-1450
CNPJ: 94.389.400/0001-84 Insc. Est.: 1080079288
Insc. Estadual Sub. Tributário:

DANFE
Documento Auxiliar de
Nota Fiscal Eletrônica
1-Saída
2-Entrada
No. 292563
Série 1



Chave de Acesso
4319.0994.3894.0000.0184.5500.1000.2925.6310.0359.2240

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e
www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora

Natureza Operação:
Venda de Mercadorias adq. de Terceiros

Protocolo de autorização de uso
143190174341285

DESTINATÁRIO / REMETENTE

Table with recipient information: RAZÃO SOCIAL (HOSPITAL SAO LUCAS), ENDEREÇO (R. CELSO RAMOS, 89), MUNICÍPIO (XAVANTINA), UF (SC), CNPJ / CPF (82.832.361/0001-69), DATA EMISSÃO (19/09/2019), CEP (89.780-000), etc.

FATURA / DUPLICATA

Table with invoice details: 292563-A, 19/10/2019, 779,47

DADOS DO PEDIDO

Table with order data: Número (449039), Empenho, Vendedor (35)

DADOS BANCÁRIOS

CÁLCULO DO IMPOSTO

Table with tax calculations: Base de Cálculo do ICMS (779,47), Valor do ICMS (65,35), Valor Total dos Produtos (779,47), etc.

TRANSPORTADOR VOLUMES TRANSPORTADOS

Table with transporter data: RAZÃO SOCIAL (1-EXPRESSO SAO MIGUEL LTDA - SCS), ENDEREÇO (R VINTE E OITO DE SETEMBRO), QUANTIDADE (3), etc.

ENDEREÇO DE ENTREGA

Table with delivery address: R. CELSO RAMOS, 89, XAVANTINA, SC

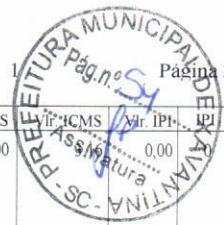
DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

Main table with product details: Columns include Cód, Descrição dos Produtos / Serviços, NCM-SH, CST, CFOP, Un, Qtdade, Vlr. Unitario, Vlr. Total, BC ICMS, Vlr. ICMS, Vlr. IPI, IPI, ICMS.

DADOS ADICIONAIS

Informações complementares
CERTIFICO que o Material/Serviço constante neste documento foi Recebido/Prestado e Aceito
Data: 25/09/19
Ass: [Signature]
Nome:
Cargo:

Vr.ICMS FCP: R\$ 0,00
Vr.Diferencial do ICMS Destino: R\$ 67,16
Vr.Diferencial do ICMS Origem: R\$ 0,00 | Código produtos enquadrados na Resolução 13/2012: 5866, 5751, 172, 63738, 68500, 81299, 2550.



Cód.	Descrição dos Produtos / Serviços	NCM-SH	CST	CFOP	Un	Qtidade	Vlr. Unitario	Vlr. Total	BC.ICMS	Vlr.ICMS	Vlr. IPI	IPJ	ICMS
172	ELETRODO DESC. ADULTO GEL SOLIDO PCT/30 UN MAXICOR Lote: 019-003 19/06/2021 Fabr.: 01/06/2019 Cod.Fabr.: 172 Reg. MS: 10299800009 Cod.EAN13: 7898558281230	90181990	200	6108	PC	10	7,90000	79,00	79,00	0,00	0,00	0	4
451	ESPARADRAPO 10CM X 4,5M C/CAPA MISSNER Lote: CSH14601 19/06/2021 Fabr.: 20/06/2019 Cod.Fabr.: 451 Reg. MS: 80003300007 Cod.EAN13: 7896544910102 Resolução do Senado Federal nr.13/12. Número da FCI:AF69FA18-2CFD-4221-9FA8-5C9BD383DCE4	30051090	500	6108	RL	12	6,05000	72,60	72,60	8,71	0,00	0	12
63738	LEVOFLOXACINO 500MG CX/7CP GENERICO ZYDUS NIKKHO Lote: M706277 30/04/2020 Fabr.: 01/05/2018 Cod.Fabr.: 63738 Reg. MS: 1565100300024 Cod.EAN13: 7898927562403 red	30049079	200	6108	CX	2	9,00200	18,00	18,00	0,72	0,00	0	4
68500	LUVA PROCEDIMENTO EXTRA-PEQUENA MEDIX Lote: 19040101 30/04/2024 Fabr.: 01/04/2019 Cod.Fabr.: 68500 Reg. MS: 80495510001 Cod.EAN13: 7898947170015	40151900	200	6108	CX	2	15,16000	30,32	30,32	1,21	0,00	0	4
81299	MASCARA P/NEBUL (KIT COMPL.) ADULTO GOODCOME OXIGENIO Lote: 20180525 Fabr.: Cod.Fabr.: 81299 Reg. MS: 10150470431 Cod.EAN13: 7899780123947	90192020	200	6108	UN	3	8,75000	26,25	26,25	1,05	0,00	0	4
78280	METOCLOPRAMIDA 10MG 2ML VIDRO FARMACE CX/100AMP METROFARMA Lote: MT19G008 30/07/2021 Fabr.: 01/07/2019 Cod.Fabr.: 78280 Reg. MS: 1108500210028 Cod.EAN13: 7898166041028 Lis2	30039051	000	6108	CX	1	44,00000	44,00	44,00	5,28	0,00	0	12
2550	SERINGA DESC. 10ML S/AG LS RMDDESC Lote: G225 30/04/2024 Fabr.: 01/04/2019 Cod.Fabr.: 2550 Reg. MS: 10326850003 Cod.EAN13: 7898923040080 Lis5	90183119	200	6108	UN	500	0,26300	131,50	131,50	5,26	0,00	0	4

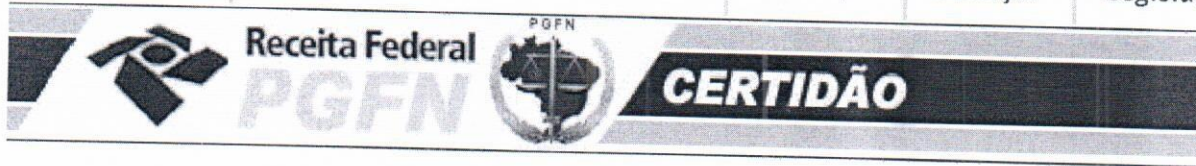
CERTIFICO que o Material/Serviço
 constante neste documento foi
 Recebido/Prestado e Aceito

Data: 25/09/19

Ass: [Assinatura]

Nome: _____

Cargo: _____



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal do Brasil
Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional

CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS RELATIVOS AOS TRIBUTOS FEDERAIS E À DÍVIDA ATIVA DA UNIÃO

Nome: MCW PRODUTOS MEDICOS E HOSPITALARES LTDA
CNPJ: 94.389.400/0001-84

Ressalvado o direito de a Fazenda Nacional cobrar e inscrever quaisquer dívidas de responsabilidade do sujeito passivo acima identificado que vierem a ser apuradas, é certificado que não constam pendências em seu nome, relativas a créditos tributários administrados pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) e a inscrições em Dívida Ativa da União (DAU) junto à Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN).

Esta certidão é válida para o estabelecimento matriz e suas filiais e, no caso de ente federativo, para todos os órgãos e fundos públicos da administração direta a ele vinculados. Refere-se à situação do sujeito passivo no âmbito da RFB e da PGFN e abrange inclusive as contribuições sociais previstas nas alíneas 'a' a 'd' do parágrafo único do art. 11 da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991.

A aceitação desta certidão está condicionada à verificação de sua autenticidade na Internet, nos endereços <<http://rfb.gov.br>> ou <<http://www.pgfn.gov.br>>.

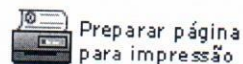
Certidão emitida gratuitamente com base na Portaria Conjunta RFB/PGFN nº 1.751, de 2/10/2014. Emitida às 09:01:49 do dia 28/09/2019 <hora e data de Brasília>.

Válida até 26/03/2020.

Código de controle da certidão: **0F1B.DE13.3E69.3BBA**

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.

[Nova Consulta](#)



Preparar página para impressão

CERTIFICO que o Material/Serviço constante neste documento foi Recebido/Prestado e Aceito

Data: 30 / 09 / 19

Ass. RS

Nome. _____

Cargo. _____



Voltar

Imprimir

CAIXA
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL**Certificado de Regularidade
do FGTS - CRF****Inscrição:** 94.389.400/0001-84**Razão Social:** MCW PRODUTOS MEDICOS E HOSPITALARES LTDA**Endereço:** ROD BR-471 SN KM 122 / VARZEA / SANTA CRUZ DO SUL / RS /
96814-000

A Caixa Econômica Federal, no uso da atribuição que lhe confere o Art. 7, da Lei 8.036, de 11 de maio de 1990, certifica que, nesta data, a empresa acima identificada encontra-se em situação regular perante o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O presente Certificado não servirá de prova contra cobrança de quaisquer débitos referentes a contribuições e/ou encargos devidos, decorrentes das obrigações com o FGTS.

Validade: 12/09/2019 a 11/10/2019**Certificação Número:** 2019091202062687710586

Informação obtida em 30/09/2019 16:47:11

A utilização deste Certificado para os fins previstos em Lei esta condicionada a verificação de autenticidade no site da Caixa:
www.caixa.gov.br

CERTIFICO que o Material/Serviço
constante neste documento foi
Recebido/Prestado e Aceito

Data: 30 / 09 / 19Ass. [Assinatura]

Nome. _____

Cargo. _____



Pagamento de títulos com débito em conta corrente

25/09/2019 - BANCO DO BRASIL - 14:10:33
460104601 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASS H S LUCAS PMX
AGENCIA: 4601-9 CONTA: 2.977-7

BANCO BRADESCO S.A.

2379269307200000088347000132507180480000078314

BENEFICIARIO:
SULMEDIC COMERCIAL
NOME FANTASIA:
SULMEDIC COMERCIAL
CNPJ: 09.944.371/0001-04

PAGADOR:
ASSOCIACAO COMUNITARIA HOSPITAL SAO
CNPJ: 82.832.361/0001-69

NR. DOCUMENTO 92.506
DATA DE VENCIMENTO 21/10/2019
DATA DO PAGAMENTO 25/09/2019
VALOR DO DOCUMENTO 783,14
VALOR COBRADO 783,14

NR.AUTENTICACAO B.52B.02F.6C5.B48.E8A

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes e cancelamento de
produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais
habituais: agencia, SAC e demais canais de
atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de
cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Assinada por JB724509 MARCOS ARTUR STUMPF
JB724510 INAIR T PELIZZA

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JB724510 INAIR T PELIZZA.



Local de Pagamento

237-2

23792.69307 20000.000883 47000.132507 1

Vencimento 20/10/2019

Agência/Código do Beneficiário 2693/0001325-0
Nosso Número 02/00000008847-9
(=) Valor do Documento 783,14
(-) Desconto/Abatimento
(-) Outras Deduções
(+) Mora/Multa
(+) Outros Acréscimos
(=) Valor Cobrado

PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NA REDE BRADESCO OU BRADESCO EXPRESSO

Beneficiário Sulmedic Comercio de Medicamentos EIRELI - CNPJ: 09.944.371/0001-04
Av. Santos Dumont, 1355, Santo Antonio, Joinville, SC

Esécie Doc. DM	Quantidade	Acerte N	Data do Processamento 20/09/2019	Valor
Nro Documento 068834	Carteira 02			

Instruções/Texto de responsabilidade do cedente

JUROS DE MORA POR DIA - R\$ 1,49
PAGAMENTO VIA DEPOSITO NAO QUITA ESTE BOLETO
SUJEITO A PROTESTO

Pagador ASSOCIACAO COMUNITARIA HOSPITAL SAO LUCAS - CNPJ: 82.832.361/0001-69 (001373)
RUA CELSO RAMOS, 89-CENTRO
89780000 XAVANTINA - SC
Saquear/Avulso

CERTIFICO que o Material/Serviço constante neste documento foi Recebido/Prestado e Aceito

Data: 25/09/19

Ass: [Assinatura]

Nome: _____

Cargo: _____



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA FAZENDA



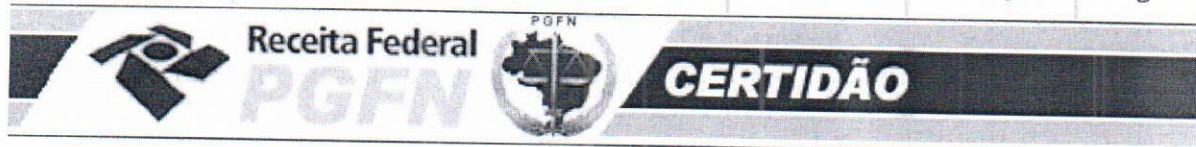
CERTIDÃO POSITIVA DE DÉBITOS ESTADUAIS COM EFEITO DE NEGATIVA

Nome (razão social): **SULMEDIC COMERCIO DE MEDICAMENTOS EIRELI**
CNPJ/CPF: **09.944.371/0001-04**

Ressalvando o direito da Fazenda Estadual de inscrever e cobrar as dívidas que vierem a ser apuradas, é certificado que não constam, na presente data, pendências em nome do contribuinte acima identificado, relativas aos tributos, dívida ativa e demais débitos administrados pela Secretaria de Estado da Fazenda.

Dispositivo Legal:	Lei nº 3938/66, Art. 154
Número da certidão:	190140090135407
Data de emissão:	23/08/2019 16:34:19
Validade (Lei nº 3938/66, Art. 158, modificado pelo artigo 18 da Lei n 15.510/11.):	22/10/2019

A autenticidade desta certidão deverá ser confirmada na página da Secretaria de Estado da Fazenda na Internet, no endereço:
<http://www.sef.sc.gov.br>



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal do Brasil
Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional

CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS RELATIVOS AOS TRIBUTOS FEDERAIS E À DÍVIDA ATIVA DA UNIÃO

Nome: SULMEDIC COMERCIO DE MEDICAMENTOS EIRELI
CNPJ: 09.944.371/0001-04

Ressalvado o direito de a Fazenda Nacional cobrar e inscrever quaisquer dívidas de responsabilidade do sujeito passivo acima identificado que vierem a ser apuradas, é certificado que não constam pendências em seu nome, relativas a créditos tributários administrados pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) e a inscrições em Dívida Ativa da União (DAU) junto à Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN).

Esta certidão é válida para o estabelecimento matriz e suas filiais e, no caso de ente federativo, para todos os órgãos e fundos públicos da administração direta a ele vinculados. Refere-se à situação do sujeito passivo no âmbito da RFB e da PGFN e abrange inclusive as contribuições sociais previstas nas alíneas 'a' a 'd' do parágrafo único do art. 11 da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991.

A aceitação desta certidão está condicionada à verificação de sua autenticidade na Internet, nos endereços <<http://rfb.gov.br>> ou <<http://www.pgfn.gov.br>>.

Certidão emitida gratuitamente com base na Portaria Conjunta RFB/PGFN nº 1.751, de 2/10/2014. Emitida às 09:27:05 do dia 28/09/2019 <hora e data de Brasília>. Válida até 26/03/2020.

Código de controle da certidão: **4D30.7218.F244.EFC6**
 Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.

[Nova Consulta](#)



Preparar página para impressão

CERTIFICO que o Material/Serviço constante neste documento foi Recebido/Prestado e Aceito

Data: 30 / 09 / 19

Ass. [Assinatura]

Nome: _____

Cargo: _____



Voltar

Imprimir



Certificado de Regularidade do FGTS - CRF

Inscrição: 09.944.371/0001-04

Razão Social: SULMEDIC COMÉRCIO DE MEDICAMENTOS EIRELI

Endereço: AV SANTOS DUMONT 1355 / SANTO ANTONIO / JOINVILLE / SC /
89218-105

A Caixa Econômica Federal, no uso da atribuição que lhe confere o Art. 7, da Lei 8.036, de 11 de maio de 1990, certifica que, nesta data, a empresa acima identificada encontra-se em situação regular perante o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O presente Certificado não servirá de prova contra cobrança de quaisquer débitos referentes a contribuições e/ou encargos devidos, decorrentes das obrigações com o FGTS.

Validade: 16/09/2019 a 15/10/2019

Certificação Número: 2019091600565678323877

Informação obtida em 30/09/2019 16:52:35

A utilização deste Certificado para os fins previstos em Lei esta condicionada a verificação de autenticidade no site da Caixa:
www.caixa.gov.br

CERTIFICO que o Material/Serviço
constante neste documento foi
Recebido/Prestado e Aceito

Data: 30 / 09 / 19

Ass: [Assinatura]

Nome: _____

Cargo: _____

RECEBEMOS DE Sulmedic Comercio de Medicamentos EIRELI OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO

NF-e

N 000068834
SERIE 1



DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR



Identificação do emitente
**Sulmedic Comercio de Medi-
camentos EIRELI**

Av. Santos Dumont, 1355
Santo Antonio Cep:89218-105
Joinville/SC
Fone: 4734738845

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAÍDA

N. 000068834
SÉRIE 1
FOLHA 01/02



CHAVE DE ACESSO DA NF-E

4219 0909 9443 7100 0104 5500 1000 0688 3410 0228 0056

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e
www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da SEFAZ Autorizada

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDAS DE MERC. ADQUIRIDAS E/OU RECEBIDAS DE TERCEIROS

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

342190138492418 20/09/2019 14:00 21-03:00

INSCRIÇÃO ESTADUAL
255642407

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIB.

CNPJ/CPF
09.944.371/0001-04

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL

ASSOCIACAO COMUNITARIA HOSPITAL SAO LUCAS

CNPJ/CPF

82.832.361/0001-69

DATA DE EMISSÃO

20/09/2019

ENDEREÇO

RUA CELSO RAMOS,89

BAIRRO/DISTRITO

CENTRO

CEP

89780-000

DATA ENTRADA/SAÍDA

20/09/2019

MUNICÍPIO

XAVANTINA

FONE/FAX

4934541108

UF

SC

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA ENTRADA/SAÍDA

13:55:00

FATURA
001
20/10/2019
783.14

CALCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALCULO DO ICMS

552,82

VALOR DO ICMS

93,99

BASE DE CALCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO

0,00

VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO

0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

783,14

VALOR DO FRETE

0,00

VALOR DO SEGURO

0,00

DESCONTO

0,00

OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS

0,00

VALOR DO IPI

0,00

VALOR TOTAL DA NOTA

783,14

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL

MULTISCV TRANSPORTES EIRELI

FRETE POR CONTA

0-EMITENTE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF

04 169 7370001-93

ENDEREÇO

ROD BR 282 KM 376,4 - GALPAO 1

MUNICÍPIO

HERVAL D'OESTE

UF

SC

INSCRIÇÃO ESTADUAL

254530630

QUANTIDADE

6

ESPECIE

CX

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

64,641

PESO LIQUIDO

62,146

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO

COD. PROD	DESCRIÇÃO DO PROD./SERV.	NCM/SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	V.UNITARIO	V.TOTAL	BC.ICMS	V.ICMS	V.IPI	A.ICMS	A.IPI
M10083X1	OPRAZON 40MG - OMEPRAZOL-PO INJ IV- 20FA+DIL10ML-BLAU(POS) LOTE:19080499 - Val:02/08/2021	30049069	520	5102	CX	1,00	118,0000	118,00	83,30	14,16	0,00	17,00%	0,00%
M10495	SORO FISIOLÓGICO 0,9% - CLOR SODIO- 16FR-1000ML-EUROFARMA(POS) LOTE:601582 - Val:01/01/2021	30049099	020	5102	CX	2,00	58,4000	116,80	82,45	14,02	0,00	17,00%	0,00%
M10119	CLORIDRATO DE TRAMADOL 100MG/2ML - GEN-SOL INJ IM/IV-60AMP 2ML-TEUTO(P OS)A2 LOTE:9069260 - Val:10/05/2021	30049039	520	5102	CX	1,00	32,4000	32,40	22,87	3,89	0,00	17,00%	0,00%
MU0275	METRONIDAZOL 5MG/ML - GEN-SOL INJ I V/EV-1BOL100ML-HALEX ISTAR (POS)ANT (UV.60) LOTE:9040581 - Val:30/04/2021	30049069	020	5102	BO	60,00	1,9800	118,80	83,86	14,26	0,00	17,00%	0,00%
MU0448	SOLUCAO GLICOFISIOLÓGICA - GLICOSE+ CLOR SODIO-SOL INJ-IFR 1000ML-FRESE NIUS(POS) (UV.16) LOTE:74ND1632 - Val:26/03/2021	30049099	520	5102	FR	16,00	4,5400	72,64	51,28	8,72	0,00	17,00%	0,00%

CALCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL
93184

VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS

BASE DE CALCULO DO ISSQN

VALOR DO ISSQN

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CASO NECESSITE DO CERTIFICADO DE ANÁLISE, SOLICITAR POR E-MAIL: qualidade@sulmedic.com
BASE DE CALCULO REDUZIDA-MEDICAMENTO P/ NAO CONTRIBUINTE RICMS-SC 01-ANEXO 2, ART. 8º, XI
Protocolo 342190138492418
| Pedido:054194 | Valor Aproximado do(s) produto(s) 783,14
IBPT

RESERVADO AO FISCO

Favor conferir a mercadoria no ato do recebimento. Qualquer irregularidade fazer ressalva no Conhecimento de Frete
Contatar: logistica@sulmedic.com
NÃO ACEITAREMOS RECLAMAÇÕES POSTERIORES SEM A RESSALVA

CERTIFICO que o Material/Serviço constante neste documento foi Recebido/Prestado e Aceito

Data: 25/09/19

Ass: [Assinatura]

Nome: _____

Cargo: _____



Identificação do emitente
Sulmedic Comercio de Medicamentos EIRELI

Av. Santos Dumont, 1355
 Santo Antonio Cep:89218-105
 Joinville/SC
 Fone: 4734738845

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA
 NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA 1
 1-SAIDA
 N. 000068834
 SÉRIE 1
 FOLHA 02/02



CHAVE DE ACESSO DA NF-E
4219 0909 9443 7100 0104 5500 1000 0688 3410 0228 0056

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e
 www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da SEFAZ Autorizada

NATUREZA DA OPERAÇÃO
 VENDAS DE MERC. ADQUIRIDAS E/OU RECEBIDAS DE TERCEIROS

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
 342190138492418 20/09/2019 14:00:21-03:00

INSCRIÇÃO ESTADUAL
 255642407

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIB.

CNPJ/CPF
 09.944.371/0001-04

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO

COD. PROD	DESCRIÇÃO DO PROD./SERV.	NCM/SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	V.UNITARIO	V.TOTAL	BC.ICMS	V.ICMS	V.IPI	A.ICMS	A.IPI
M10912	CEFTRIAXONA DISSODICA 1G - GEN-PO S OL INJ IV-50FA-TEUTO(POS)ANT LOTE:96320024 - Val:17/05/2021	30049099	520	5102	CX	1,00	324,5000	324,50	229,06	38,94	0,00	17,00%	0,00%

CERTIFICO que o Material/Serviço
 constante neste documento foi
 Recebido/Prestado e Aceito

Data: 25/09/19

Ass. [Signature]

Nome. _____

Cargo. _____



G335271531875302023
Assinatura 27/09/2019 15:40:52

Transferência entre contas diversas

Debitado

Nome ASS H S LUCAS PMX
Agência 4601-9
Conta corrente 2977-7

Creditado

Nome MARCIO IVAN DE OLIVEIRA G
Agência 4601-9
Conta corrente 7607-4
Valor 32.651,49
Data Nesta data

Assinada por JB724509 MARCOS ARTUR STUMPF
JB724510 INAIR T PELIZZA

27/09/2019 15:01:46
27/09/2019 15:40:52

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JB724510 INAIR T PELIZZA.

CERTIFICO que o Material/Serviço
constante neste documento foi
Recebido/Prestado e Aceito

Data: 27 / 09 / 19

Ass. [Assinatura]

Nome: _____

Cargo: _____


PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DO OESTE

Prefeitura Municipal de São João do Oeste

Nota Fiscal Eletrônica de Prestação de Serviços



Numero do RPS	Numero da nota
	89
Data da emissão da nota	27/09/2019 10:33:22
Data do fato gerador	27/09/2019 10:33:22
Código de verificação	GPAWATSW9

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia: Sociedade Médica Gonzalles S/C Ltda
 Nome/Razão social: Sociedade Médica Gonzalles S/C Ltda - EPP
 CPF/CNPJ: 08.497.338/0001-02 Inscrição municipal: 482
 Endereço: R RIO PARDO Número: 39 Bairro: CENTRO CEP: 89897-000
 Complemento:
 Município: São João do Oeste UF: SC
 E-mail: GONZALHES@YAHOO.COM.BR Site:
 Inscrição estadual:
 Telefone: (49) 3454-1108

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia: HOSPITAL SÃO LUCAS
 Nome/Razão social: HOSPITAL SÃO LUCAS
 CPF/CNPJ: 82.832.361/0001-69 Inscrição municipal:
 CEP: 89780-000 Inscrição estadual:
 Complemento:
 Município: Xavantina UF: SC
 E-mail: Telefone: Celular:

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

	Valor unitário	Qtd	Valor do serviço	Base de cálculo (%)	ISS
PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS REFERENTE SOBRE AVISO REALIZADO NO MÊS DE SETEMBRO 2019.	35.940,0000	1,0000	35.940,0000	35.940,00x3,00 =	1.078,20

Forma de Pagamento

Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)
1		À vista	32.651,49								

RETENÇÕES FEDERAIS

PIS/PASEP	COFINS	INSS	IR	CSLL	Outras retenções
R\$ 233,61	R\$ 1.078,20	R\$ 0,00	R\$ 539,10	R\$ 359,40	R\$ 0,00
Valor bruto = R\$ 35.940,00		Valor líquido = R\$ 32.651,49			

Códigos dos serviços:

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

Desc. condicionado(R\$)	Desc. incondicionado(R\$)	Deduções(R\$)	Base de cálculo(R\$)	Valor ISS(R\$)
0,00	0,00	0,00	35.940,00	1.078,20

TRIBUTAÇÃO DO ISSQN

Natureza da operação: Tributação fora do município

Situação tributária do ISSQN: Retenção

Local da prestação do serviço: Xavantina

OUTRAS INFORMAÇÕES

Esta NFS-e foi emitida com respaldo nas leis 17.407/2008 e 17.408/2008.

O ISS desta NFS-e é devido fora deste município.

Situação desta NFS-e: Retida

Valor aproximado do tributo federal - R\$ 4.833,93 (13,45%), estadual - R\$ 0,00 (0,00%), municipal - R\$ 747,55 (2,08%), com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - Fonte: IBPT



Verificar autenticidade

 CERTIFICO que o Material/Serviço
 constante neste documento foi
 Recebido/Prestado e Aceito

Data: 27/09/19

Ass:

Nome: _____

Cargo: _____



Pagamento de títulos com débito em conta corrente

27/09/2019 - BANCO DO BRASIL - 15:40:53
460104601 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASS H S LUCAS PMX
AGENCIA: 4601-9 CONTA: 2.977-7

BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.

75691306720102233950931088890095780430000110820
BENEFICIARIO:

MUNICIPIO DE XAVANTINA

NOME FANTASIA:

MUNICIPIO DE XAVANTINA

CNPJ: 83.009.878/0001-15

PAGADOR:

ASSOCIACAO COMUNITARIA HOSPITAL SAO

CNPJ: 82.832.361/0001-69

NR. DOCUMENTO 92.701
DATA DE VENCIMENTO 15/10/2019
DATA DO PAGAMENTO 27/09/2019
VALOR DO DOCUMENTO 1.108,20
VALOR COBRADO 1.108,20

NR.AUTENTICACAO 6.936.856.CA9.8DA.C88

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes e cancelamento de produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais habituais: agencia, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088

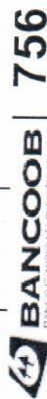
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Assinada por JB724509 MARCOS ARTUR STUMPF
JB724510 INAIR T PELIZZA

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JB724510 INAIR T PELIZZA.

LOCAL DE PAGAMENTO		BANCO DO BRASIL		DATA DE VENCIMENTO	15/10/2019
CEDENTE		PREFERENCIAMENTE NA SICOOB		AGENCIA / CODIGO DO CEDENTE	3067 / 22339-5
LOCAL DE PAGAMENTO		PREFEITURA MUNICIPAL DE XAVANTINA		NOSSO NUMERO	3108889
DATA DO DOCUMENTO	27/09/2019	ESPECIE DO DOCUMENTO	Carnê	(+) VALOR DO DOCUMENTO	1.108,20
COMPETENCIA	Setembro/2019	CARTEIRA	1	(-) DESCONTOS / ABATIMENTOS	
INSTRUÇÕES (TEXTO DE RESPONSABILIDADE DO CEDENTE)		VENCIMENTO ORIGINAL: 15/10/2019		(+) CORREÇÃO	0,00
		VALOR DO IMPOSTO		(+) JUROS	0,00
		SALDO UTILIZADO		(+) MULTA	0,00
ATIVIDADE PRINCIPAL		Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.		(E) VALOR COBRADO	1.108,20
SACADO		ASSOCIACAO COMUNITARIA HOSPITAL SAO LUCAS		NOTAS FISCAIS DE SERVIÇO	87, 89
		Rua CELSO RAMOS, 89			
		CENTRO			
		CEP: 89780-000			
		Xavantina - SC			
		CPF/CNPJ: 82.832.361/0001-69			



CERTIFICO que o Material/Serviço constante neste documento foi Recebido/Prestado e Aceito

Data: 27/09/19

Ass: [Signature]

Nome: _____

Cargo: _____



ESTADO DE SANTA CATARINA
 PREFEITURA MUNICIPAL DE XAVANTINA
 Relatório de declaração de serviços tomados

Contribuinte: ASSOCIAÇÃO COMUNITÁRIA HOSPITAL SAO LUCAS (82.832.361/0001-69) - Declaração normal retificadora

Declaração	Doc. Inscrição/Núm. doc.	Nome	Dt. emissão	Tipo	Sit. tributária	Série	Status	Número inicial	Número final	Origem
5329	1 08.497.338/0001-02	SOCIEDADE MÉDICA GONZALLES S/C LTDA.	02/09/2019	Nota fiscal	Retida	1	Ativo	87	87	Livro
Serviço	CNAE Local da prestação		Aliq. (%) Mtv. alt. aliq.	Valor do serviço	Descontos/Deduções				Imposto previsto	
04.03	Xavantina		3,00	1.000,00	0,00					30,00
5329	2 08.497.338/0001-02	SOCIEDADE MÉDICA GONZALLES S/C LTDA.	27/09/2019	Nota fiscal	Retida	1	Ativo	89	89	Livro
Serviço	CNAE Local da prestação		Aliq. (%) Mtv. alt. aliq.	Valor do serviço	Descontos/Deduções				Imposto previsto	
04.03	Xavantina		3,00	35.940,00	0,00					1.078,20
Totais: Qtd.: 2								0,00		1.108,20



CERTIFICO que o Material/Serviço constante neste documento foi Recebido/Prestado e Aceito

Data: 27 / 09 / 19
 Ass: [Signature]
 Nome: _____
 Cargo: _____



ESTADO DE SANTA CATARINA
PREFEITURA MUNICIPAL DE XAVANTINA



Recibo de declaração de ISS - Serviços tomados
Declaração detalhada

Identificação do contribuinte

Nome/Razão Social: ASSOCIAÇÃO COMUNITÁRIA HOSPITAL SAO LUCAS
 Nome fantasia: HOSPITAL
 Endereço: CELSO RAMOS
 Bairro: CENTRO
 Complemento:
 E-mail:

CNPJ: 82.832.361/0001-69
 Telefone / Fax:
 Número: 89
 Cidade: Xavantina

Dados da declaração

Documentos fiscais	Quantidade	Valor declarado	Dedução	ISS a recolher
Documentos tributáveis	0	0,00	0,00	0,00
Documentos retidos por terceiros	2	36.940,00	0,00	1.108,20
Documentos cancelados	0	0,00	0,00	0,00
Documentos anulados	0	0,00	0,00	0,00
Documentos isentos de impostos	0	0,00	0,00	0,00
Descontados pela prefeitura	0	0,00	0,00	0,00
Imposto a pagar:				1.108,20

Recibo

Ano: 2019 Período: Setembro/2019
 Declaração encerrada pelo fiscal: Hospi_slucas_123
 Data de encerramento: 27/09/2019 13:17:12
 Recibo: 0056451290988768477371103



CERTIFICO que o Material/Serviço
constante neste documento foi
Recebido/Prestado e Aceito

Data: 27/09/19
 Ass: [Assinatura]
 Nome: _____
 Cargo: _____

Pagamento de convênios/títulos com débito em conta corrente

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
 27/09/2019 - AUTOATENDIMENTO - 15.40.53
 4601904601 0003



COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE DARF/DARF SIMPLES

CLIENTE: ASS H S LUCAS PMX
 AGENCIA: 4601-9 CONTA: 2.977-7

AGENTE ARRECADADOR
 CNC 001 - 4601 - AGENCIA XAVANTINA SC
 CODIGO DE BARRAS

DATA DO PAGAMENTO 27/09/2019
 PERIODO DE APURACAO 30/09/2019
 NUMERO DO CPNJ 82.832.361/0001-69
 CODIGO DA RECEITA 5952
 NUMERO DE REFERENCIA
 DATA DO VENCIMENTO 18/10/2019
 RECEITA BRUTA ACUMULADA
 PERCENTUAL
 VALOR DO PRINCIPAL 46,50
 VALOR DA MULTA
 VALOR DOS JUROS
 VALOR TOTAL 46,50

AUTENTICACAO SISBB: 2.74A.983.57E.454.0BD
 Modelo Aprovado pela SRF - ADE
 Conjunto Corat/Cotec n. 001, DE 2006

DOCUMENTO: 092702

CENTRAL DE ATENDIMENTO BB
 4004 0001 CAPITAIS E REGIOES METROPOLITANAS
 0800 729 0001 DEMAIS LOCALIDADES
 CONSULTAS, INFORMACOES E SERVICOS TRANSACIONAIS.

SAC
 0800 729 0722
 INFORMACOES, RECLAMACOES E CANCELAMENTO DE
 PRODUTOS E SERVICOS.

OUIDORIA
 0800 729 5678
 RECLAMACOES NAO SOLUCIONADAS NOS CANAIS
 HABITUAIS: AGENCIA, SAC E DEMAIS CANAIS DE
 ATENDIMENTO.

ATENDIMENTO A DEFICIENTES AUDITIVOS OU DE FALA
 0800 729 0088
 INFORMACOES, RECLAMACOES, CANCELAMENTO DE
 CARTAO, OUTROS PRODUTOS E SERVICOS DE OUIDORIA.

Assinada por JB724509 MARCOS ARTUR STUMPF
 JB724510 INAIR T PELIZZA

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JB724510 INAIR T PELIZZA.

02 PERIODO DE APURACAO	30/09/2019	1ª Via
03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	82.832.361/0001-69	
04 CÓDIGO DA RECEITA	5952	
05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	18/10/2019	
06 DATA DE VENCIMENTO	46,50	
07 VALOR DO PRINCIPAL	0,00	
08 VALOR DA MULTA	0,00	
09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69	46,50	
10 VALOR TOTAL		

MINISTÉRIO DA FAZENDA
 SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL
 Documento de Arrecadação de Receitas Federais



DARF

01 NOME / TELEFONE
 ASSOCIAÇÃO COMUNITARIA HOSPITAL SÃO
 LUCAS 34541108

PIS/COFINS/CSLL REF NF 87 SOCIEDADE MED GONZALLES

DARF válido para pagamento até 18/10/2019

Domicílio tributário do contribuinte:
 XAVANTINA

NÃO RECEBER COM RASURAS

Auto Atendimento Versão 5.48 06 8385 - opção 1 - DLL versão 1.4

8567000000-8 46500064929-8 11828323610-7 00159529273-9



11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)

CERTIFICO que o Material/Serviço
 constante neste documento foi
 Recebido/Prestado e Aceito

Data: 27 / 09 / 19

Ass. _____

Nome _____

Cargo _____



Pagamento de convênios/títulos com débito em conta corrente

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
 27/09/2019 - AUTOATENDIMENTO - 15.40.53
 4601904601 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE DARF/DARF SIMPLES

CLIENTE: ASS H S LUCAS PMX
 AGENCIA: 4601-9 CONTA: 2.977-7
 =====
 AGENTE ARRECADADOR
 CNC 001 - 4601 - AGENCIA XAVANTINA SC
 CODIGO DE BARRAS
 =====
 DATA DO PAGAMENTO 27/09/2019
 PERIODO DE APURACAO 30/09/2019
 NUMERO DO CPNJ 82.832.361/0001-69
 CODIGO DA RECEITA 1708
 NUMERO DE REFERENCIA
 DATA DO VENCIMENTO 18/10/2019
 RECEITA BRUTA ACUMULADA
 PERCENTUAL
 VALOR DO PRINCIPAL 15,00
 VALOR DA MULTA
 VALOR DOS JUROS
 VALOR TOTAL 15,00
 =====
 AUTENTICACAO SISBB: 3.132.CCE.19E.857.643
 Modelo Aprovado pela SRF - ADE
 Conjunto Corat/Cotec n. 001, DE 2006
 =====

DOCUMENTO: 092703

CENTRAL DE ATENDIMENTO BB
 4004 0001 CAPITAIS E REGIOES METROPOLITANAS
 0800 729 0001 DEMAIS LOCALIDADES
 CONSULTAS, INFORMACOES E SERVICOS TRANSACIONAIS.

SAC
 0800 729 0722
 INFORMACOES, RECLAMACOES E CANCELAMENTO DE
 PRODUTOS E SERVICOS.

OUIDORIA
 0800 729 5678
 RECLAMACOES NAO SOLUCIONADAS NOS CANAIS
 HABITUAIS: AGENCIA, SAC E DEMAIS CANAIS DE
 ATENDIMENTO.

ATENDIMENTO A DEFICIENTES AUDITIVOS OU DE FALA
 0800 729 0088
 INFORMACOES, RECLAMACOES, CANCELAMENTO DE
 CARTAO, OUTROS PRODUTOS E SERVICOS DE OUIDORIA.

Assinada por JB724509 MARCOS ARTUR STUMPF
 JB724510 INAIR T PELIZZA

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JB724510 INAIR T PELIZZ

1ª Via	
02 PERÍODO DE APURAÇÃO	30/09/2019
03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	82.832.361/0001-69
04 CÓDIGO DA RECEITA	1708
05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	18/10/2019
06 DATA DE VENCIMENTO	15,00
07 VALOR DO PRINCIPAL	0,00
08 VALOR DA MULTA	0,00
09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69	0,00
10 VALOR TOTAL	15,00

Aprovado pela INIRFB nº 738/2007



MINISTÉRIO DA FAZENDA
 SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL
 Documento de Arrecadação de Receitas Federais

DARF

01 NOME / TELEFONE
 ASSOCIAÇÃO COMUNITARIA HOSPITAL SÃO
 LUCAS 34541108
 IR REF NF 87 SOCIEDADE MED GONZALLES

DARF válido para pagamento até 18/10/2019
 Domicílio tributário do contribuinte:
 XAVANTINA

NÃO RECEBER COM RASURAS

Auto Atendimento Versão 5.48.66.8385 - opção 1 - DLL versão 1.4

CERTIFICO que o Material/Serviço
 constante neste documento foi
 Recebido/Prestado e Aceito

Data: 27/09/19

Ass: *[Signature]*

Nome: _____

Cargo: _____



Pagamento de convênios/títulos com débito em conta corrente

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
 27/09/2019 - AUTOATENDIMENTO - 15.40.53
 4601904601 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE DARF/DARF SIMPLES

CLIENTE: ASS H S LUCAS PMX
 AGENCIA: 4601-9 CONTA: 2.977-7

AGENTE ARRECADADOR
 CNC 001 - 4601 - AGENCIA XAVANTINA SC
 CODIGO DE BARRAS

DATA DO PAGAMENTO 27/09/2019
 PERIODO DE APURACAO 30/09/2019
 NUMERO DO CPNJ 82.832.361/0001-69
 CODIGO DA RECEITA 5952
 NUMERO DE REFERENCIA
 DATA DO VENCIMENTO 18/10/2019
 RECEITA BRUTA ACUMULADA
 PERCENTUAL
 VALOR DO PRINCIPAL 1.671,21
 VALOR DA MULTA
 VALOR DOS JUROS
 VALOR TOTAL 1.671,21

AUTENTICACAO SISBB: F.64E.3C8.2BB.43D.996
 Modelo Aprovado pela SRF - ADE
 Conjunto Corat/Cotec n. 001,DE 2006

DOCUMENTO: 092704

CENTRAL DE ATENDIMENTO BB
 4004 0001 CAPITAIS E REGIOES METROPOLITANAS
 0800 729 0001 DEMAIS LOCALIDADES
 CONSULTAS, INFORMACOES E SERVICOS TRANSACIONAIS.

SAC
 0800 729 0722
 INFORMACOES, RECLAMACOES E CANCELAMENTO DE
 PRODUTOS E SERVICOS.

OUIDORIA
 0800 729 5678
 RECLAMACOES NAO SOLUCIONADAS NOS CANAIS
 HABITUAIS: AGENCIA, SAC E DEMAIS CANAIS DE
 ATENDIMENTO.

ATENDIMENTO A DEFICIENTES AUDITIVOS OU DE FALA
 0800 729 0088
 INFORMACOES, RECLAMACOES, CANCELAMENTO DE
 CARTAO, OUTROS PRODUTOS E SERVICOS DE OUIDORIA.

Assinada por JB724509 MARCOS ARTUR STUMPF
 JB724510 INAIR T PELIZZA

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JB724510 INAIR T PELIZZA

1ª Via		30/09/2019	82.832.361/0001-69	5952	18/10/2019	1.671,21	0,00	0,00	1.671,21	
02	PERIODO DE APURACAO									
03	NUMERO DO CPF OU CNPJ									
04	CODIGO DA RECEITA									
05	NUMERO DE REFERENCIA									
06	DATA DE VENCIMENTO									
07	VALOR DO PRINCIPAL									
08	VALOR DA MULTA									
09	VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69									
10	VALOR TOTAL									
Aprovado pela IN/RFB nº 736/2007		MINISTÉRIO DA FAZENDA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL Documento de Arrecadação de Receitas Federais DARF 01 NOME / TELEFONE ASSOCIAÇÃO COMUNITARIA HOSPITAL SÃO LUCAS 34541108 PIS/COFINS/CSLL REF NF 89 SOCIEDADE MED GONZALLES DARF válido para pagamento até 18/10/2019 Domicílio tributário do contribuinte: XAVANTINA NÃO RECEBER COM RASURAS Auto Atendimento Versão 5.48.66.8385 - opção 1 - DLL versão 1.4								

CERTIFICO que o Material/Serviço constante neste documento foi Recebido/Prestado e Aceito

Data: 27/09/19

Ass: [Assinatura]

Nome: _____

Cargo: _____

Pagamento de convênios/títulos com débito em conta corrente



SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
 27/09/2019 - AUTOATENDIMENTO - 15.40.54
 4601904601 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE DARF/DARF SIMPLES

CLIENTE: ASS H S LUCAS PMX
 AGENCIA: 4601-9 CONTA: 2.977-7

AGENTE ARRECADADOR
 CNC 001 - 4601 - AGENCIA XAVANTINA SC
 CODIGO DE BARRAS

DATA DO PAGAMENTO 27/09/2019
 PERIODO DE APURACAO 30/09/2019
 NUMERO DO CPNJ 82.832.361/0001-69
 CODIGO DA RECEITA 1708
 NUMERO DE REFERENCIA
 DATA DO VENCIMENTO 18/10/2019
 RECEITA BRUTA ACUMULADA
 PERCENTUAL
 VALOR DO PRINCIPAL 539,10
 VALOR DA MULTA
 VALOR DOS JUROS
 VALOR TOTAL 539,10

AUTENTICACAO SISBB: 1.4CC.455.CD9.161.C0C
 Modelo Aprovado pela SRF - ADE
 Conjunto Corat/Cotec n. 001, DE 2006

DOCUMENTO: 092705

CENTRAL DE ATENDIMENTO BB
 4004 0001 CAPITAIS E REGIOES METROPOLITANAS
 0800 729 0001 DEMAIS LOCALIDADES
 CONSULTAS, INFORMACOES E SERVICOS TRANSACIONAIS.

SAC
 0800 729 0722
 INFORMACOES, RECLAMACOES E CANCELAMENTO DE
 PRODUTOS E SERVICOS.

OUIDORIA
 0800 729 5678
 RECLAMACOES NAO SOLUCIONADAS NOS CANAIS
 HABITUAIS: AGENCIA, SAC E DEMAIS CANAIS DE
 ATENDIMENTO.

ATENDIMENTO A DEFICIENTES AUDITIVOS OU DE FALA
 0800 729 0088
 INFORMACOES, RECLAMACOES, CANCELAMENTO DE
 CARTAO, OUTROS PRODUTOS E SERVICOS DE OUIDORIA.

Assinada por JB724509 MARCOS ARTUR STUMPF
 JB724510 INAIR T PELIZZA

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JB724510 INAIR T PELIZZA.

1ª Via	
02 PERÍODO DE APURAÇÃO	30/09/2019
03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	82.832.361/0001-69
04 CÓDIGO DA RECEITA	1708
05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	18/10/2019
06 DATA DE VENCIMENTO	18/10/2019
07 VALOR DO PRINCIPAL	539,10
08 VALOR DA MULTA	0,00
09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69	0,00
10 VALOR TOTAL	539,10
<p>MINISTÉRIO DA FAZENDA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL Documento de Arrecadação de Receitas Federais</p> <p>DARF</p> <p>01 NOME / TELEFONE ASSOCIAÇÃO COMUNITARIA HOSPITAL SÃO LUCAS 34541108 IR REF NF 89 SOCIEDADE MED GONZALLES</p> <p>DARF válido para pagamento até 18/10/2019 Domicílio tributário do contribuinte: XAVANTINA</p> <p>NÃO RECEBER COM RASURAS Auto Atendimento Versão 5.48.66.8385 - opção 1 - DILL versão 1.4</p>	

CERTIFICO que o Material/Serviço constante neste documento foi Recebido/Prestado e Aceito

Data: 27/09/19
 Ass: [Signature]
 Nome: _____
 Cargo: _____



DOC ou TED Eletrônico

Debitado

Agência 4601-9
Conta corrente 2977-7 ASS H S LUCAS PMX

Creditado

Banco 341 ITAU UNIBANCO S.A.
Agência (sem DV) 8547 CHAPECO/GETULIO VARGAS
Conta corrente (com DV) 239247
CNPJ 27.677.738/0001-44
Nome favorecido ALLAN DOUGLAS DOS SANTOS
Finalidade CREDITO EM CONTA
Número documento 92.706
Valor 5.460,00
Data transferência 27/09/2019

"C" - CPF/CNPJ diferente

Autenticação SISBB 8200C3DE5D6EEC90

Assinada por JB724509 MARCOS ARTUR STUMPF
JB724510 INAIR T PELIZZA

27/09/2019 15:45:58
27/09/2019 15:47:44

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JB724510 INAIR T PELIZZA.

CERTIFICO que o Material/Serviço constante neste documento foi Recebido/Prestado e Aceito

Data: 27/09/19

Ass: [Signature]

Nome: _____

Cargo: _____



MUNICÍPIO DE CHAPECÓ
 Secretaria da Fazenda
 Nota Fiscal Eletrônica de Serviços - NFS-e



Número do RPS	Número da nota
	37 - A1
Data da emissão da nota	27/09/2019 10:49:52
Data do fato gerador	27/09/2019 10:49:52
Código de Verificação	JYEW-R5TJ

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia: ALLAN DOUGLAS DOS SANTOS ME
 Nome/Razão Social: ALLAN DOUGLAS DOS SANTOS ME
 CPF/CNPJ: 27.677.738/0001-44 Inscrição Municipal: 54034
 Endereço: URUGUAI Número: 51 Bairro: CENTRO CEP: 89801570 Telefone: 4999032582
 Complemento: AP/E: LETRA E APT 802
 Município: CHAPECÓ
 E-mail: gilberto@gcont.cnt.br Site: UF: SC

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia: ASSOCIACAO COMUNITARIA HOSPITAL SAO LUCAS
 Nome/Razão Social: ASSOCIACAO COMUNITARIA HOSPITAL SAO LUCAS
 CPF/CNPJ: 82.832.361/0001-69
 Endereço: Rua Celso Ramos Número: 89 Bairro: Centro CEP: 89780-000
 Complemento:
 Município: XAVANTINA
 E-mail: lelimoretto@hotmail.com Telefone: 4934541108 UF: SC

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Cod. lista serviço - descrição do serviço	Valor unitário	Qtd	Valor do serviço	Base de cálculo (%)	ISS
4.01 - REFERENTE PLANTÃO MÉDICO SETEMBRO DE 2019	5460,0000	1,0000	R\$ 5.460,00	5.460,00 x 4,00	0,00

Local da prestação do serviço: XAVANTINA

FORMA DE PAGAMENTO

RETENÇÕES FEDERAIS

PIS/PASEP	COFINS	INSS	IR	CSLL	Outras retenções
R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
Valor bruto = R\$ 5.460,00			Valor líquido = R\$ 5.460,00		

Códigos dos serviços:
 4.01 - Medicina e biomedicina.

Des. condicionado(R\$)	Des. incondicionado(R\$)	Deduções(R\$)	Base de cálculo(R\$)	Valor ISS Retido(R\$)	Valor ISS(R\$)
0,00	0,00	0,00	5.460,00	0,00	0,00

OUTRAS INFORMAÇÕES

- Esta NFS-e foi emitida com respaldo na legislação vigente;
 Código Tributário Municipal - Lei nº 170/1983
 Instituição NFSe - Lei complementar nº 476, de 19 de Dezembro de 2011.
 Lei Complementar Federal nº 116/2003
 - Natureza de operação: Serviço devido para Chapecó, prestado em outro Município - (ISS fixo, Simples Nacional, MEI).



Verificar autenticidade

Desenvolvido por Pública

RECEBI(EMOS) DA EMPRESA: ALLAN DOUGLAS DOS SANTOS ME A NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA Nº00000000037 / A1. EMITIDA EM 27/09/2019 NO VALOR DE R\$ 5.460,00.

DATA DO RECEBIMENTO: ___/___/___ ASSINATURA DO DESTINATÁRIO: _____

CERTIFICO que o Material/Serviço constante neste documento foi Recebido/Prestado e Aceito

Data: 27/09/19

Ass: [Signature]

Nome: _____

Cargo: _____

Agência 4601-9
Conta corrente 2977-7 ASS H S LUCAS PMX

Data 27/09/2019 Valor R\$ 10,45 D

Importe referente a Tar DOC/TED Eletrônico, Cobrança referente 27/09/2019, documento 822.701.200.348.769, lote 13113, lançado a débito em sua conta corrente, na data acima.

(Dez reais e quarenta e cinco centavos)

* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.

Documento emitido por: MARCOS ARTUR STUMPF em 28/09/2019 09:36:31



CERTIFICO que o Material/Serviço constante neste documento foi Recebido/Prestado e Aceito

Data: 27/09/19

Ass. [Signature]

Nome. _____

Cargo. _____



G335301317823098011
30/09/2019 13:25:47



Transferência entre contas diversas

Debitado

Nome HOSP SAO LUCAS
Agência 4601-9
Conta corrente 7015-7

Creditado

Nome ASS H S LUCAS PMX
Agência 4601-9
Conta corrente 2977-7
Valor 223,17
Data Nesta data

Assinada por JB724509 MARCOS ARTUR STUMPF
JB724510 INAIR T PELIZZA

30/09/2019 13:23:49
30/09/2019 13:25:47

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JB724510 INAIR T PELIZZA.

CERTIFICO que o Material/Serviço
constante neste documento foi
Recebido/Prestado e Aceito

Data: 30/09/19

Ass. [Signature]

Nome: _____

Cargo: _____

G335301337862350021
30/09/2019 13:52:46

Transferência entre contas diversas

Debitado

Nome ASS H S LUCAS PMX
Agência 4601-9
Conta corrente 2977-7

Creditado

Nome ARLISE TOCHETTO
Agência 4601-9
Conta corrente 5980-3
Valor 41,77
Data Nesta data

Assinada por JB724509 MARCOS ARTUR STUMPF 30/09/2019 13:31:04
JB724510 INAIR T PELIZZA 30/09/2019 13:52:46

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JB724510 INAIR T PELIZZA.

Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
7	Salário	7.33	44,46		
8	Adicional de Insalubridade	40.00	17,66		
50	Quinquenio		3,56		
5	Férias	29.00	1.991,44		
6	Adicional s/Férias	33.33	663,81		
1	INSS Segurado	9.00		244,88	
2	IRF			43,18	
23	Adiantamento Férias			2.373,10	
74	Mensalidade Sindical			18,00	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.720,93	2.679,16	
			Líquido R\$ -> 41,77		
Salário Base	Base Contr. INSS	Base FGTS	FGTS do Mês	Base IRRF	Faixa IRRF
1.334,40	2.720,93	2.720,93	217,68	59,77	
Empresa: 6-ASSOCIACAO COMUN. HOSPITAL SAO LUCAS CNPJ: 82.832.361/0001-69 Código: 102 Funcionário: ARLISE TOCHETTO Admissão: 12/05/2008 Cpf: 682.551.449-00 Setor: 1-GERAL RECIBO DE PAGAMENTO - SALÁRIO Período: 09/2019 CBO: 514320-AUXILIAR DE LIMPEZA Folha: 1					
CERTIFICO que o Material/Serviço constante neste documento foi Recebido/Prestado e Aceito Data: <u>30/09/19</u> Ass: <u>[Assinatura]</u> Nome: _____ Cargo: _____					
<061005> Recebi a importância líquida discriminada acima. Data: <u>30/09/19</u> Assinatura: <u>Arlise Tochetto</u>					

Transferência entre contas diversas



Debitado

Nome ASS H S LUCAS PMX
 Agência 4601-9
 Conta corrente 2977-7

Creditado

Nome ANGELICA PAULA PARAVISI
 Agência 321-2
 Nome ANGELICA PAULA PARAVISI

Classe 321-2
 Agência 4601-9
 Conta 2977-7
 Debitado

Nome ASS H S LUCAS PMX
 Agência 4601-9
 Conta corrente 2977-7

Creditado

Nome ANGELICA PAULA PARAVISI
 Agência 321-2
 Conta corrente 89280-7
 Valor 4.901,28
 Data Nesta data

Assinada por JB724509 MARCOS ARTUR STUMPF
 JB724510 INAIR T PELIZZA

30/09/2019 13:32:57
 30/09/2019 13:52:46

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JB724510 INAIR T PELIZZA.

Empresa: 6-ASSOCIACAO COMUN. HOSPITAL SAO LUCAS		RECIBO DE PAGAMENTO - SALÁRIO		
CNPJ: 82.832.361/0001-69		Período: 09/2019		
Código: 203	Funcionário: ANGELICA PAULA PARAVISI	CBO: 223505-ENFERMEIRA (O)		Folha: 1
Admissão: 01/08/2017	Cpf: 081.512.189-08	Setor: 1-GERAL		
Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
7	Salário	220.00	4.525,87	
75	Horas Extras 100% Diurnas	12.00	587,45	
77	Horas Normais Diurnas 60%	3.00	98,75	
8	Adicional de Insalubridade	40.00	530,00	
76	Horas Sob. Aviso 33,33%	48.00	329,12	
112	DSR s/ horas 100% diurna	6.00	132,41	
1	INSS Segurado	11.00		642,33
2	IRF	27,50		659,99
		CERTIFICADO que o Material/ Serviço constante neste documento foi Recebido/ Prestado e Aceito Data: 30/09/19 Ass: <u>AD</u> Nome: _____ Cargo: _____		
BANCO DE HORAS (+) 18:40			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			6.203,60	1.302,32

Transferência entre contas diversas

Debitado

Nome ASS H S LUCAS PMX
 Agência 4601-9
 Conta corrente 2977-7

Creditado

Nome BRUNA CLAUDIA SCZESNY
 Agência 875-3
 Conta corrente 30939-7
 Valor 3.413,89
 Data Nesta data

Assinada por JB724509 MARCOS ARTUR STUMPF
 JB724510 INAIR T PELIZZA

30/09/2019 13:34:59
 30/09/2019 13:52:46

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JB724510 INAIR T PELIZZA.



Empresa: 6-ASSOCIACAO COMUN. HOSPITAL SAO LUCAS

RECIBO DE PAGAMENTO - SALÁRIO

CNPJ: 82.832.361/0001-69

Período: 09/2019

Código: 247

Funcionário: BRUNA CLAUDIA SCZESNY

CBO: 223505-ENFERMEIRA

Folha: 1

Admissão: 03/10/2018

Cpf: 083.514.279-50 Setor: 1-GERAL

Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
7	Salário	220.00	2.216,55		
78	Horas Normais Noturnas 60%	15.00	241,81		
8	Adicional de Insalubridade	40.00	530,00		
10	Adicional Noturno	220.00	554,14		
72	Horas Extras 100% Noturnas	7.00	191,45		
76	Horas Sob. Aviso 33,33%	78.00	261,93		
111	DSR s/ horas 100% noturna	6.00	47,86		
1	INSS Segurado	11.00		444,81	
2	IRF	15.00		185,04	
CERTIFICO que o Material/Serviço constante neste documento foi Recebido/Prestado e Aceito Data: <u>30/09/19</u> Ass. <u>Bruna Sczesny</u> Nome: <u>Bruna Sczesny</u> Cargo: <u>Enfermeira</u>					
BANCO DE HORAS (+) 08:53			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			4.043,74	629,85	
			Líquido R\$ -> 3.413,89		
Salário Base	Base Contr. INSS	Base FGTS	FGTS do Mês	Base IRRF	Faixa IRRF
2.216,55	4.043,74	4.043,74	323,50	3.598,93	15,00
<217506>					
Recebi a importância líquida discriminada acima. Data: <u>30/09/19</u> Assinatura: <u>Bruna Sczesny</u>					



Transferência entre contas diversas

Debitado

Nome ASS H S LUCAS PMX
 Agência 4601-9
 Conta corrente 2977-7

Creditado

Nome DANIELI RAIMUNDI ALVES CA
 Agência 4602-7
 Conta corrente 14424-X
 Valor 2.245,37
 Data Nesta data

Assinada por JB724509 MARCOS ARTUR STUMPF
 JB724510 INAIR T PELIZZA

30/09/2019 13:37:20
 30/09/2019 13:52:46

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JB724510 INAIR T PELIZZA.

Empresa: 6-ASSOCIACAO COMUN. HOSPITAL SAO LUCAS		RECIBO DE PAGAMENTO - SALÁRIO	
CNPJ: 82.832.361/0001-69		Período: 09/2019	
Código: 225	Funcionário: DANIELI RAIMUNDI A CAVALHEIRO	CBO: 322205-TECNICO EM ENFERMAGEM	Folha: 1
Admissão: 01/11/2017	Cpf: 090.574.599-06	Setor: 1-GERAL	

Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
7	Salário	220.00	1.764,66	
77	Horas Normais Diurnas 60%	5.00	64,17	
8	Adicional de Insalubridade	40.00	530,00	
76	Horas Sob. Aviso 33,33%	60.00	160,41	
1	INSS Segurado	9.00		226,73
2	IRF	7.50		29,14
74	Mensalidade Sindical			18,00

CERTIFICO que o Material/Serviço constante neste documento foi Recebido/Prestado e Aceito

Data: 30/09/19

Ass: [Assinatura]

Nome: _____

Cargo: _____

BANCO DE HORAS (-) 01:35	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	2.519,24	273,87
Líquido R\$ -> 2.245,37		

Salário Base	Base Contr. INSS	Base FGTS	FGTS do Mês	Base IRRF	Faixa IRRF
1.764,66	2.519,24	2.519,24	201,54	2.292,51	7,50

<460919>

Recebi a importância líquida discriminada acima. Data: 30/09/19 Assinatura: Danieli Cavallino

Transferência entre contas diversas

Debitado

Nome ASS H S LUCAS PMX
 Agência 4601-9
 Conta corrente 2977-7



Creditado

Nome DILIANA FACCO
 Agência 4601-9
 Conta corrente 2572-0
 Valor 4.100,87
 Data Nesta data

Assinada por JB724509 MARCOS ARTUR STUMPF
 JB724510 INAIR T PELIZZA

30/09/2019 13:38:26
 30/09/2019 13:52:46

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JB724510 INAIR T PELIZZA.

Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
7	Salário	220.00	4.758,17		
8	Adicional de Insalubridade	20.00	265,00		
1	INSS Segurado	11.00		552,54	
2	IRF	22.50		369,76	
CERTIFICO que o Material/Serviço constante neste documento foi Recebido/Prestado e Aceito Data: <u>30/09/19</u> Ass.: <u>[Assinatura]</u> Nome: _____ Cargo: _____			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			5.023,17	922,30	
			Líquido R\$ -> 4.100,87		
Salário Base	Base Contr. INSS	Base FGTS	FGTS do Mês	Base IRRF	Faixa IRRF
4.758,17	5.023,17	5.023,17	401,86	4.470,63	22,50
<186181> Recebi a importância líquida discriminada acima. Data: <u>30/09/19</u> Assinatura: <u>[Assinatura]</u>					

Transferência entre contas diversas

Debitado

Nome ASS H S LUCAS PMX
 Agência 4601-9
 Conta corrente 2977-7

Creditado

Nome INES T M MOLOSSI
 Agência 4601-9
 Conta corrente 2947-5
 Valor 1.678,61
 Data Nesta data

Assinada por JB724509 MARCOS ARTUR STUMPF
 JB724510 INAIR T PELIZZA

30/09/2019 13:39:41

30/09/2019 13:52:46

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JB724510 INAIR T PELIZZA.



Empresa: 6-ASSOCIACAO COMUN. HOSPITAL SAO LUCAS RECIBO DE PAGAMENTO - SALÁRIO
 CNPJ: 82.832.361/0001-69 Período: 09/2019
 Código: 258 Funcionário: INES TERESINHA M MOLOSSI CBO: 514320-AUXILIAR DE LIMPEZA Folha: 1
 Admissão: 25/10/2018 Cpf: 039.857.009-40 Setor: 1-GERAL

Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
7	Salário	220.00	1.334,40		
8	Adicional de Insalubridade	40.00	530,00		
1	INSS Segurado	9.00		167,79	
74	Mensalidade Sindical			18,00	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.864,40	185,79	
			Líquido R\$ -> 1.678,61		
Salário Base	Base Contr. INSS	Base FGTS	FGTS do Mês	Base IRRF	Faixa IRRF
1.334,40	1.864,40	1.864,40	149,15	1.507,02	
<330665>					
Recebi a importância líquida discriminada acima. Data: <u>30/09/19</u> Assinatura: <u>Ines T. M. Molossi</u>					

CERTIFICO que o Material/Serviço
 constante neste documento foi
 Recebido/Prestado e Aceito

Data: 30/09/19

Ass: [Assinatura]

Nome: _____

Cargo: _____

Transferência entre contas diversas

Debitado

Nome ASS H S LUCAS PMX
 Agência 4601-9
 Conta corrente 2977-7

Creditado

Nome JUDITE FIORESE
 Agência 4601-9
 Conta corrente 8130-2
 Valor 845,31
 Data Nesta data

Assinada por JB724509 MARCOS ARTUR STUMPF
 JB724510 INAIR T PELIZZA

30/09/2019 13:40:39
 30/09/2019 13:52:46

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JB724510 INAIR T PELIZZA.



Empresa: 6-ASSOCIACAO COMUN. HOSPITAL SAO LUCAS

CNPJ: 82.832.361/0001-69

RECIBO DE PAGAMENTO - SALÁRIO

Código: 78 Funcionário: JUDITE FIORESE

Período: 09/2019

Admissão: 01/08/1981

Cpf: 469.900.709-00 Setor: 1-GERAL

CBO: 322230-AUXILIAR DE ENFERMAGEM

Folha: 1

Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
7	Salário	58.67	470,60	
78	Horas Normais Noturnas 60%	2.00	6,85	
8	Adicional de Insalubridade	40.00	141,34	
10	Adicional Noturno		170,63	
50	Quinquênio		70,59	
72	Horas Extras 100% Noturnas	5.00	39,29	
76	Horas Sob. Aviso 33,33%	24.00	64,16	
111	DSR s/ horas 100% noturna	1.00	6,55	
5	Férias	22.00	2.772,21	
6	Adicional s/Férias	33.33	924,07	
1	INSS Segurado	11.00		513,29
2	IRF			273,69
23	Adiantamento Férias			3.016,00
4	Mensalidade Sindical			18,00

BANCO DE HORAS (+) 04:00

Total de Vencimentos

4.666,29

Total de Descontos

3.820,98

Líquido R\$ -> 845,31

Salário Base

1.764,66

Base Contr. INSS

4.666,29

Base FGTS

4.666,29

FGTS do Mês

373,31

Base IRRF

863,31

Faixa IRRF

<071030>

Recebi a importância líquida discriminada acima. Data: 30/09/19 Assinatura: Judite Fiorese

CERTIFICO que o Material/Serviço
 constante neste documento foi
 Recebido/Prestado e Aceito

Data: 30/09/19

Ass.

Nome: _____

Cargo: _____

Transferência entre contas diversas



Debitado

Nome ASS H S LUCAS PMX
 Agência 4601-9
 Conta corrente 2977-7

Creditado

Nome PRIMINA SORDI PANDOLFO
 Agência 4601-9
 Conta corrente 3056-2
 Valor 1.824,33
 Data Nesta data

Assinada por JB724509 MARCOS ARTUR STUMPF
 JB724510 INAIR T PELIZZA

30/09/2019 13:41:36
 30/09/2019 13:52:46

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JB724510 INAIR T PELIZZA.

Empresa: 6-ASSOCIACAO COMUN. HOSPITAL SAO LUCAS RECIBO DE PAGAMENTO - SALÁRIO
 CNPJ: 82.832.361/0001-69 Período: 09/2019
 Código: 23 Funcionário: PRIMINA SORDI PANDOLFO CBO: 513220-COZINHEIRA Folha: 1
 Admissão: 02/05/1994 Cpf: 895.735.600-20 Setor: 1-GERAL

Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
7	Salário	220.00	1.334,40		
8	Adicional de Insalubridade	40.00	530,00		
50	Quinquênio		160,13		
1	INSS Segurado	9.00		182,20	
74	Mensalidade Sindical			18,00	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.024,53	200,20	
			Líquido R\$ -> 1.824,33		
Salário Base	Base Contr. INSS	Base FGTS	FGTS do Mês	Base IRRF	Faixa IRRF
1.334,40	2.024,53	2.024,53	161,96	1.842,33	
<938792>					
Recebi a importância líquida discriminada acima. Data: <u>30/09/19</u> Assinatura: <u>Primina S. Pandolfo</u>					



G336301446072622011
30/09/2019 14:49:50

Transferência entre contas diversas

Debitado

Nome HOSP SAO LUCAS
Agência 4601-9
Conta corrente 7015-7

Creditado

Nome ASS H S LUCAS PMX
Agência 4601-9
Conta corrente 2977-7
Valor 0,30
Data Nesta data

Assinada por JB724509 MARCOS ARTUR STUMPF 30/09/2019 14:47:33
JB724510 INAIR T PELIZZA 30/09/2019 14:49:50

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JB724510 INAIR T PELIZZA.

CERTIFICO que o Material/Serviço
constante neste documento foi
Recebido/Prestado e Aceito
Data: 30/09/19
Ass. AS
Nome. _____
Cargo. _____



Transferência entre contas diversas



Debitado

Nome ASS H S LUCAS PMX
 Agência 4601-9
 Conta corrente 2977-7

Creditado

Nome MARIA INES COLOMBO LUSSI
 Agência 4601-9
 Conta corrente 5809-2
 Valor 1.824,33
 Data Nesta data

Assinada por JB724509 MARCOS ARTUR STUMPF
 JB724510 INAIR T PELIZZA

30/09/2019 14:59:28
 30/09/2019 15:02:21

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JB724510 INAIR T PELIZZA.

Empresa: 6-ASSOCIACAO COMUN. HOSPITAL SAO LUCAS		RECIBO DE PAGAMENTO - SALÁRIO			
CNPJ: 82.832.361/0001-69		Período: 09/2019		Folha: 1	
Código: 34	Funcionário: MARIA INES COLOMBO LUSSI	CBO: 513220-COZINHEIRA			
Admissão: 01/08/1989	Cpf: 825.032.499-49	Setor: 1-GERAL			
Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
7	Salário	220.00	1.334,40		
8	Adicional de Insalubridade	40.00	530,00		
50	Quinquenio		160,13		
1	INSS Segurado	9.00		182,20	
74	Mensalidade Sindical			18,00	
			CERTIFICO que o Material/Serviço constante neste documento foi Recebido/Prestado e Aceito		
			Data: <u>30/09/19</u>		
			Ass. <u>[Assinatura]</u>		
			Nome: _____		
			Cargo: _____		
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.024,53	200,20	
			Líquido R\$ -> 1.824,33		
Salário Base	Base Contr. INSS	Base FGTS	FGTS do Mês	Base IRRF	Faixa IRRF
1.334,40	2.024,53	2.024,53	161,96	1.842,33	
<635790>					
Recebi a importância líquida discriminada acima. Data: <u>30/09/19</u> Assinatura: <u>Maria I. Lussi</u>					


RELATÓRIO DE EXECUÇÃO FINANCEIRA

Mês: SETEMBRO de 2019 – 9ª Parcela 4ª parcela de Termo Aditivo

Natureza da Despesa	Especificações	Valor Solicitado ¹	Valorexecutado no período ²	Valorexecutado até o período ³
Manutenção das atividades	Pagamento de salários de colaboradores mês Agosto ,pagamento de encargos referente a folha de pagamento , fornecedores , conforme balancete	R\$ 44.900,00 + R\$ 17.000,00	R\$ 44.900,00 + R\$ 17.000,00	R\$ 520.100,00
Sub Total		R\$ 61.900,00	R\$61.900,00	RS 520.100,00
Sobreaviso medico	Pagamento de sobreaviso medico ref. Ao mês de AGOSTO de 2019, conforme balancete	R\$ 41.400,00	R\$ 41.400,00	R\$ 324.800,00
Sub Total		R\$ 41.400,00	R\$ 41.400,00	R\$ 291,600,00
Contra partida	Contra partida recurso próprio, oriundo da conta 70157, Agencia 46.01-9, do Banco Do Brasil, conforme balancete		R\$ 223,47	
Sub Total				
TOTAL		R\$ 104.500,00	R\$104.735,44	R\$ 812.900,00

- 1 - Valor previsto para cada item de despesa
- 2 - Valor gasto no mês em que se está prestando contas
- 3 - A soma dos valores gastos em cada item de despesa.

Xavantina – SC, 30 de SETEMBRO de 2019.


Inair Trevisan Pelizza
Presidente

PARECER TÉCNICO FUNDAMENTADO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS DE ADIANTAMENTO

Unidade Concedente: Fundo Municipal de Saúde
Servidor Responsável: Associação Comunitária Hospital São Lucas
Empenho: 43/19 e 513/19 **Data:** 11/01/2019 e 27/06/2019
Valor total: R\$ 1.169.000,00
Ordem Pagamento: 1195/19 e 1296/19 **Data:** 03/09/2019
Valor total: R\$ 104.500,00
Data da Prestação de Contas: 31/10/2019

Tratam os autos da prestação de contas dos recursos repassados a título de subvenções, auxílios e contribuições, de acordo com o Termo de Colaboração nº 001/2019.

A necessidade de emissão do presente parecer, está configurada no artigo 47 da Instrução Normativa nº TC 14/2012 do Tribunal de Contas do Estado de Santa Catarina, e no subitem 4.2 do Anexo II da Instrução Normativa nº 02/2012 do Sistema de Controle Interno do Município, que também definem os pontos a serem analisados bem como a forma de conclusão.

Da Análise

1. Os recursos foram regularmente aplicados na finalidade objeto da liberação?
 SIM () NÃO
Se NÃO, quais as restrições?
2. Foram observados os princípios da legalidade, legitimidade, economicidade, impessoalidade, e demais normas?
 SIM () NÃO
Se NÃO, quais as restrições?
3. O plano de trabalho foi cumprido em sua íntegra?
 SIM () NÃO
Se NÃO, quais as restrições?
4. Os documentos comprobatórios da despesa e da Prestação de Contas estão regulares?
 SIM () NÃO
Se NÃO, quais as restrições?
5. Houve a execução, total ou parcial, do objeto de acordo com o termo de ajuste?
 SIM () NÃO
6. Houve a aplicação, total ou parcial, da contrapartida?
 SIM () NÃO
7. Houve perda financeira em razão da não aplicação dos recursos no mercado financeiro?
() SIM (x) NÃO
8. Houve devolução regular de eventual saldo de recursos não utilizados no objeto?
 SIM () NÃO

Da Conclusão

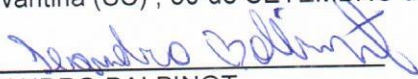
Decorrente da Análise do referido processo de prestação de contas, conclui-se pela:


- REGULARIDADE da Prestação de Contas.
 REGULARIDADE COM RESSALVA da Prestação de Contas.
 IRREGULARIDADE da Prestação de Contas.

Se o parecer for pela irregularidade, efetuar a correta identificação dos responsáveis e a quantificação do dano.



Xavantina (SC) , 30 de SETEMBRO de 2019 .


LEANDRO BALBINOT
Servidor Responsável pela Análise

CERTIFICO que o Material/Serviço
constante neste documento foi
Recebido/Prestado e Aceito
Data: 30 / 09 / 19
Ass. 
Nome. _____
Cargo. _____

RELATÓRIO TÉCNICO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL: ASSOCIAÇÃO COMUNITÁRIA HOSPITAL SÃO LUCAS

TERMO DE FOMENTO Nº 001/2019

1. Descrição sumária das atividades e metas estabelecidas:

As atividades da presente parceria se resumem no repasse de recursos financeiros para investimento na manutenção e ampliação das ações e serviços de saúde realizados pela entidade, conforme plano de trabalho, a fim de cobrir as despesas com pessoal, encargos sociais, sobreaviso médico, além de demais materiais e serviços que com especificações técnicas e demais condições estabelecidas na Proposta de Trabalho apresentada pela Entidade Parceira e aprovado pela Concedente.

2. Análise das atividades realizadas, do cumprimento das metas e do impacto do benefício social obtido em razão da execução do objeto até o período, com base nos indicadores estabelecidos e aprovados no plano de trabalho:

As atividades realizadas se resumem ao efetivo pagamento de despesas de pessoal, encargos e manutenção das atividades além de sobreaviso médico, em cumprimento ao estabelecido Plano de Trabalho previamente aprovado pela administração.

No tocante ao impacto do benefício social, podemos afirmar que o pagamento de pessoal, de despesas de manutenção e sobreaviso médico visam dar continuidade ao desenvolvimento das atividades da entidade para garantir o pronto atendimento a toda a população, a maior beneficiada pelos serviços ofertados.

Em análise das atividades realizadas e em relação ao cumprimento do objeto e do impacto do benefício social obtido em razão da execução do objeto até o período, com base nos indicadores estabelecidos e aprovados no plano de trabalho, pode-se avaliar que a Entidade alcançou os objetivos propostos.

3. Valores efetivamente transferidos pela administração pública:

Conforme consta no Plano de Trabalho aprovado, parte integrante do Termo de Fomento nº 001/2019 e Primeiro Termo Aditivo, os recursos financeiros referentes à **9ª parcela do Termo de Fomento, e 4ª parcela do Termo aditivo**, mês de Referência setembro/2019, seriam utilizados da seguinte forma: R\$ 61.900,00 (sessenta e um mil e novecentos reais) para pagamento de pessoal, encargos e manutenção das atividades e R\$ 42.600,00 (quarenta e dois mil e seiscentos reais) para pagamento de sobreaviso médico, totalizando R\$ 104.500,00 (cento e quatro mil e quinhentos reais).

Através da Ordem de Pagamento nº 1146/19 e 1147/19, foram transferidos na data de 03 de setembro de 2019, através de depósito na Conta Corrente nº 2977-7, Agencia 4609-1, do Banco do Brasil S.A., o valor de R\$ 87.500,00 (oitenta e sete mil e quinhentos reais) mais o valor de R\$ 17.000,00 (dezessete mil reais), totalizando o valor de R\$ 104.500,00 (cento e quatro mil e quinhentos reais).

4. Análise dos documentos comprobatórios das despesas apresentadas pela organização da sociedade civil na prestação de contas:

Conforme se vislumbra na Prestação de Contas, a Entidade comprovou a aplicação dos recursos no objeto da parceria, apresentando documentos comprobatórios de despesas em atendimento ao Termo de Fomento 001/2019.

5. Análise de eventuais auditorias realizadas pelos controles interno e externo, no âmbito da fiscalização preventiva, bem como de suas conclusões e das medidas que tomaram em decorrência dessas auditorias:

Pela singularidade das atividades realizadas em relação à aplicação dos recursos relativos às despesas de pessoal, manutenção e sobreaviso a Comissão entendeu desnecessária a realização de auditorias para acompanhamento das atividades, sendo que a prestação de contas será analisada pelo Sistema de Controle Interno do Poder Executivo.

6. Outros apontamentos relevantes:

Conforme previsão legal, o presente relatório técnico de monitoramento e avaliação de parceria celebrada é emitido independentemente da obrigatoriedade de apresentação da prestação de contas devida pela organização da sociedade civil.

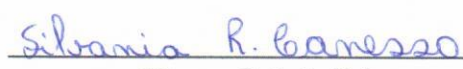
Entendeu a Comissão de Monitoramento e Avaliação designada pelo Decreto nº 081/2017, pela inexistência de outros apontamentos relevantes.

Xavantina/SC, 04 de Outubro de 2019.

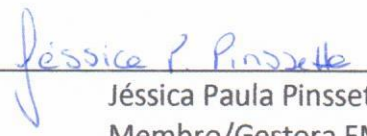
Valmor de Souza
Gestor da Parceria



Jaime Cezar Masiero
Membro

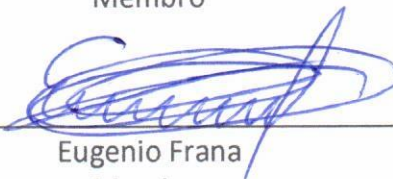


Silvana Rabaiolli Canesso
Membro



Jéssica Paula Pinsetta
Membro/Gestora FMS

Gerciane Ciotta
Membro



Eugenio Frana
Membro



Kerley Brandelero Kipper
Membro




TERMO DE HOMOLOGAÇÃO N°009/2019

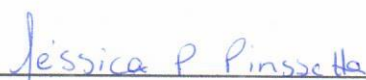
A Comissão de Avaliação e Monitoramento, designada pelo Decreto Municipal nº 81/2017 de 12 de junho de 2017, composta pelos servidores públicos municipais abaixo elencados, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelo art. 59 da Lei 13.019/2014, resolve HOMOLOGAR o Relatório Técnico de Monitoramento e Avaliação.

Xavantina/SC, 04 de outubro de 2019.

Valmor de Souza
Gestor da Parceria


Jaime Cezar Masiero
Membro


Silvana Rabaiolli Canesso
Membro


Jéssica Paula Pinsetta
Membro/Gestora FMS

Gerciane Ciotta
Membro


Eugenio Frana
Membro


Kerley Brandelero Kipper
Membro



PARECER TÉCNICO

Diante do exposto no inciso IV, art. 61 da Lei 13.019 de 31 de Julho de 2014, em análise ao relatório de atendimento das metas pactuadas, relatório técnico de monitoramento e documentação apresentada pelo partícipe do Termo de Fomento nº 001/2019 e primeiro Termo Aditivo, firmado entre o Município de Xavantina e a Associação Comunitária Hospital São Lucas constatou-se que:

A 9ª parcela no valor de R\$ 87.500,00 (oitenta e sete mil e quinhentos reais) acrescida do valor de R\$ 17.000,00 (dezesete mil reais) referentes à 4ª parcela do Termo Aditivo, foram repassadas ao Partícipe no dia 03 de setembro de 2019 de acordo com as ordens de pagamento nº 1146/19 e 1147/19.

Quanto à utilização dos recursos financeiros, a parcela mencionada foi utilizada de acordo com as metas propostas no Plano de Trabalho previamente aprovado pela administração.

Quanto aos serviços prestados pela entidade conforme apresentado nas metas do Plano de Trabalho, a entidade cumpriu com o proposto, utilizando os recursos no pagamento de pessoal, encargos, despesas de manutenção e sobreaviso médico, e na manutenção das atividades da instituição para que esta possa fornecer os serviços básicos de atendimento em saúde a toda população.


Quanto a transparência elencada no Art. 11 da Lei 13.019/2014, constatou-se que o partícipe divulgou em plataforma eletrônica a parceria realizada com a administração pública no endereço eletrônico *hospital-são-lucas.webnode.com*.

Quanto ao relatório técnico de monitoramento e avaliação e termo de homologação foi apresentado em 04 de outubro de 2019 pela Comissão de Avaliação e Monitoramento, sendo homologado na mesma data.

Quanto à prestação de contas a análise financeira será feita pela Auditoria interna do Município, atentando-se para eventuais observações apontadas pela comissão.

Quanto à execução da parceria não foi constatado nenhuma irregularidade.

Xavantina/SC, 07 de outubro de 2019.


JÉSSICA PAULA PINSSETTA
Gestora do FMS



Estado de Santa Catarina
MUNICIPIO DE XAVANTINA



PARECER 009/2019

DA PRESTAÇÃO PARCIAL DE CONTAS DE TERMO DE FOMENTO Nº001/2019

E

DA PRESTAÇÃO PARCIAL DO PRIMEIRO TERMO ADITIVO AO TERMO DE
FOMENTO Nº 001/2019

Concedente: Fundo Municipal de Saúde de Xavantina

Beneficiário: Associação Comunitária Hospital São Lucas

Responsável: Inair Trevisan Pelizza

Nota de Empenho: 043/2019

Data: 11.01.2019

Valor: R\$ 1.050.000,00

Ordem de Pagamento: 1146/2019

Data: 03/09/2019

Valor: R\$ 87.500,00

Primeiro Termo Aditivo

Concedente: Fundo Municipal de Saúde de Xavantina

Beneficiário: Associação Comunitária Hospital São Lucas

Nota de Empenho: 513/2019

Data: 27/06/2019

Valor: R\$ 119.000,00

Ordem de Pagamento: 1147/2019

Data: 03/09/2019

Valor: R\$ 17.000,00

Data da Prestação de Contas:

Tratam os autos da prestação de contas dos recursos repassados por meio do **Termo de Fomento nº 001/2019**, no valor total de **R\$ 1.050.000,00** cujo objetivo é a celebração de parceria visando dar continuidade nas ações e serviços essenciais e indispensáveis na área de saúde oferecida a população usuária do Sistema Único de Saúde - SUS, do Município de Xavantina, através do repasse financeiro, na forma do Plano de Trabalho apresentado, conforme art. 42, parágrafo único, "I", da Lei Federal nº 13.019/2014 e alterações.

O pagamento será de doze parcelas sendo a **nona parcela** referente ao mês de setembro/2019 no valor de R\$ 87.500,00 e as demais 03(três) parcelas no valor de R\$ 87.500,00 cada.

Trata-se também, da prestação de contas da **quarta parcela** do termo aditivo ao termo de fomento nº 001/2019, no valor de R\$ 17.000,00 (dezessete mil reais) mensais totalizando R\$ 119.000,00(cento dezenove mil reais), conforme plano de trabalho.

Da análise do processo de prestação de contas em epígrafe, e com base em Relatório e Parecer Técnicos, com posterior Homologação pela Comissão de Avaliação e Monitoramento, constatou-se que estão presentes todos os elementos e formalidades exigidas pela Instrução Normativa nº TC-14/2012, de 22.6.2012, do Tribunal de Contas, na Lei Federal nº 13.019/2014 e alterações, na Instrução Normativa nº 1/2014, da Auditoria Geral do Município, na Instrução Normativa nº1/2017 da Controladoria do Município de Xavantina e demais legislações pertinentes.

Segundo o disposto na Lei Federal nº 13.019/2014 e alterações, o Órgão Concedente, por meio de servidor designado, o Gestor e Comissão de Avaliação e Monitoramento, por meio da emissão de Relatório, Parecer e Termo de Homologação, respectivamente, manifestaram-se pela possibilidade de aprovação da Prestação Parcial de Contas.

Na nona parcela depositada em 03/09/2019 referente ao termo de fomento, e na quarta parcela referente ao termo aditivo do termo de fomento 001/2019, depositado em 03/09/2019,



Estado de Santa Catarina MUNICIPIO DE XAVANTINA



verificou-se que as despesas com pessoal embora tenha sido pagas dentro do mês de referência o fato gerador das despesas ocorreram no mês anterior, quando então deveria ter sido paga. No entanto, o fato gerador dessas despesas, ocorreu dentro do período de vigência da Parceria, firmada pelo Termo de Fomento nº 01/2019 e em acordo com objeto pactuado.

Nesta prestação de contas se verificou a utilização dos recursos da parceria para pagamento de serviços prestados por servidor público vinculados à unidade concedente, quais seja o serviço de sobreaviso médico prestado pela empresa Sociedade Médica Gonzalles S/C, inscrita no CNPJ sob nº 08.497.338/0001-02 que possui em seu quadro societário a pessoa de Marcio Ivan de Oliveira Gonzalhes, servidor público ocupante do cargo de médico de provimento efetivo do quadro de pessoal do Município de Xavantina

Tal infringência da vedação está contida no Art. 45 da legislação federal correlata (Lei 13019/2014):


*Art. 45. As despesas relacionadas à execução da parceria serão executadas nos termos dos incisos XIX e XX do art. 42, sendo vedado:
(...)
II - pagar, a qualquer título, servidor ou empregado público com recursos vinculados à parceria, salvo nas hipóteses previstas em lei específica e na lei de diretrizes orçamentárias;*

Cabe ressaltar, que o serviço é essencial para o bom funcionamento da entidade, bem como de suma importância para a comunidade Xavantinense. Porém, deverá ser observado o presente apontamento, devendo tomar as medidas previstas na legislação vigente.

Sendo estas as considerações, na forma do disposto no Art. 48, § 1º, "a", da Instrução Normativa nº 14/2012, do Tribunal de Contas do Estado de Santa Catarina, nos manifestamos favoráveis à conclusão exarada pelos servidores designados, e em obediência ao disposto no Art. 72, da Lei Federal nº 13.019/2014 e alterações, em que pese às restrições apontadas, consideramos a presente prestação parcial de contas como **regular com ressalvas**.

E por fim, submetem-se os autos para a autoridade administrativa do órgão concedente, para pronunciamento final, e se assim entender, encaminhe para os procedimentos de baixa contábil ou demais procedimentos cabíveis.

Xavantina/SC, 14 de outubro 2019.


Catia Mara Cosmann Boff
Coordenadora do Controle Interno



Estado de Santa Catarina
MUNICIPIO DE XAVANTINA



PARECER DO ADMINISTRADOR PÚBLICO

Parecer nº: 09/2019		Nº Processo: TF 001/2019	
(x) Prestação de Contas Parcial - Parcela nº 09/12 (x) Prestação de Contas Parcial – Termo Aditivo Parcela nº 04/06		() Prestação de Contas Final	
Entidade: Associação Comunitária Hospital São Lucas			
Objeto da Parceria: Investimento na manutenção e ampliação das ações e serviços de saúde realizados pela entidade, conforme plano de trabalho, a fim de cobrir as despesas com pessoal, encargos sociais, sobreaviso médico, além de demais materiais e serviços que concorram para manutenção das atividades da referida entidade, de acordo com especificações técnicas e demais condições estabelecidas na Proposta de Trabalho apresentada pela Entidade Parceira e aprovado pela Concedente.			
Valor Total do Termo de Fomento: R\$ 1.050.000,00	Valor da Parcela R\$ 87.500,00	Valor Total da Parcela Utilizado R\$ 87.500,00 + R\$17.000,00 = R\$ 104.500,00	
Valor total do Termo Aditivo: R\$ 17.000,00	Valor da Parcela do aditivo: R\$ 17.000,00		
Valor da Aplicação Financeira + Contrapartida R\$ 104.500,00 + 223,47= R\$ 104.723,47		Devoluções Efetuadas R\$ 0,00	
<p>Da análise do Relatório, Parecer Técnico e Termo de Homologação, emitidos pela Comissão de Monitoramento e Avaliação, do Parecer Técnico Fundamentado emitido pela concedente e do Parecer de Controle Interno emitido pela Coordenadora do Controle Interno, verifica-se que em todos eles a prestação de contas foi considerada Regular, visto que se constatou a presença de todos os elementos e formalidades exigidos pela legislação vigente, e que os mesmos comprovam adequadamente a aplicação dos recursos nas finalidades para as quais foram concedidos, bem como a realização do objeto. No entanto, o parecer do Controle Interno realizou apontamentos acerca da utilização do recurso da parceria para pagamento de serviço de prestador que é servidor público do município, prática esta vedada através do Art. 45 da lei 13019/2014. Apesar do repasse ainda ser realizado ao profissional médico que também atua no quadro de pessoal do município como servidor público efetivo, destaco que, através da análise da prestação de contas, pode-se observar que não a mais o repasse integral do sobreaviso médico para um único profissional como acontecia anteriormente. Cabe destacar, que a parceria com a Associação Comunitária Hospital São Lucas é suma importância para o atendimento na área da saúde no município de Xavantina, principalmente no casos de urgência e emergências, e que tal pratica relatada não trouxe prejuízo erário ao município ou a população atendida, já que o profissional que recebeu os recursos oriundos da parceria realizou as atividades e cumpriu com a escala de sobreavisos conforme estabelecido pela instituição que o contratou. Ressalto ainda que tendo em vista a dificuldade da Associação Comunitária Hospital São Lucas realizar contratações de médicos que não estejam vinculados as Unidades de Saúde do Município e também da impossibilidade de paga-los somente com os recursos oriundos do SUS, é que será encaminhada, ao legislativo, lei especifica que autorize o uso do recurso da parceria para pagamento destes profissionais, desde que a compatibilidade de horários e seja cumprido o plano de trabalho conforme Termo de Fomento. Sendo assim fica a</p>			



Estado de Santa Catarina
MUNICIPIO DE XAVANTINA

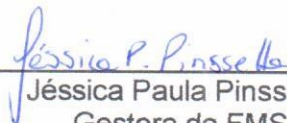


prestação de contas aprovada.

A prestação de Contas Parcial (Parcela 09/12 e 04/06) foi considerada:

Aprovada () Aprovada com ressalvas () Irregular

Xavantina/SC, em 11 de Outubro de 2019.



Jéssica Paula Pinsetta
Gestora do FMS