



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PONTAL
CNPJ: 55.110.753/0001-41
R. Ananias da Costa Freitas, 753 - Centro
CEP: 14180-000 - Pontal/SP
Fone: (16) 3953-9100

ANEXO RP 12- REPASSES AO TERCEIRO SETOR
DEMONSTRATIVO INTEGRAL DAS RECEITAS E DESPESAS - CONVÊNIO Nº 001/2022

ORGÃO PÚBLICO CONVENENTE: PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTAL
CONVENIADA: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PONTAL
CNPJ: 55.110.753/0001-41
ENDEREÇO: RUA: ANANIAS COSTA FREITAS, Nº 753 - CENTRO - 14180-000
RESPONSÁVEL PELA CONVENIADA: WAGNER LIPORINI
CPF: 289.964.588-99
OBJETO: INTERNAÇÃO HOSPITALAR
EXERCÍCIO: 01/07/2024 até 31/07/2024 (988-1)
ORIGEM DO RECURSO : MUNICIPAL

| DOCUMENTO | DATA | VIGÊNCIA | VALOR - R\$ |
|--|------------|------------|------------------|
| Termo de Convênio nº 001/2022 - PONTAL | 01/01/2022 | 30/06/2022 | R\$ 3.195.512,22 |
| Aditamento nº 001/2022 | 01/07/2022 | 31/08/2022 | R\$ 1.136.433,96 |
| Aditamento nº 002/2022 | 01/09/2022 | 31/12/2022 | R\$ 2.413.291,92 |
| Aditamento nº 003/2023 | 01/01/2023 | 31/03/2023 | R\$ 1.809.998,94 |
| Aditamento nº 004/2023 | 01/04/2023 | 31/12/2023 | R\$ 5.037.720,57 |
| Aditamento nº 006/2024 | 01/01/2024 | 31/03/2024 | R\$ 1.679.240,19 |
| Aditamento nº 007/2024 | 01/04/2024 | 31/05/2024 | R\$ 1.679.240,19 |

DEMONSTRATIVO DOS RECURSOS DISPONÍVEIS NO EXERCÍCIO

| DATA PREVISTA PARA | VALORES PREVISTOS (R\$) | DATA DO REPASSE | NÚMERO DO | VALORES |
|--------------------|-------------------------|-----------------|-----------|---------------|
| 20/07/2024 | R\$ 22.639,78 | 18/07/2024 | 181023 | R\$ 22.638,78 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | R\$ 22.638,78 |

| | | |
|---|-----|-----------|
| (A) SALDO DO EXERCÍCIO ANTERIOR | R\$ | 27.911,70 |
| (B) REPASSE PÚBLICO NO EXERCÍCIO | R\$ | 22.638,78 |
| (C) RECEITAS COM APLICAÇÕES FINANCEIRAS DOS REPASSES PÚBLICOS | R\$ | 276,01 |
| (D) OUTRAS RECEITAS DECORRENTES DA EXECUÇÃO DO AJUSTE (3) | | |
| (E) TOTAL DE RECURSOS PÚBLICOS (A+B+C+D) | R\$ | 50.826,49 |
| | R\$ | - |
| (F) RECURSOS PRÓPRIOS DA ENTIDADE BENEFICIÁRIA | | |
| (G) TOTAL DE RECURSOS DISPONÍVEIS NO EXERCÍCIO (E+F) | R\$ | 50.826,49 |

(1) Verbas: Federal, Estadual ou Municipal, devendo ser elaborado um anexo para cada fonte de recurso.

(2) Incluir valores previstos no exercício anterior e repassado neste exercício.

(3) Receitas com estacionamento, aluguéis, entre outra.

O(s) signatário (s), na qualidade de representante(s) da IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PONTAL, na forma abaixo

detalhada, as despesas incorridas e pagas no mês vigente, bem como as despesas a pagar no exercício seguinte.



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PONTAL
CNPJ: 55.110.753/0001-41
R. Ananias da Costa Freitas, 753 - Centro
CEP: 14180-000 - Pontal/SP
Fone: (16) 3953-9100

| DEMONSTRATIVO DAS DESPESAS INCORRIDAS NO EXERCÍCIO | | | | | |
|--|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------------|-------------------------|
| ORIGEM DOS RECURSOS : MUNICIPAL | | | | | |
| CATEGORIA OU FINALIDADE DA | DESPESAS CONTABILIZADAS | DESPESAS CONTABILIZADAS | DESPESAS CONTABILIZADAS | TOTAL DE DESPESAS PAGAS NESTE | DESPESAS CONTABILIZADAS |
| Recursos Humanos Salários (5) | | | | | |
| Recursos Humanos Férias(6) | | | | | |
| Medicamentos | | | | | |
| Material Hospitalar | | | | | |
| Gênero Alimentícios | | | | | |
| Insumos | | | | | |
| Produtos Limp./Lavanderia | | | | | |
| Serviços Médicos | R\$ 21.079,13 | | R\$ 21.079,13 | R\$ 21.079,13 | |
| Impostos | R\$ 2.321,86 | | R\$ 2.321,86 | R\$ 2.321,86 | |
| Serviços de Terceiros | | | | | |
| Locações diversas | | | | | |
| Utilidades Públicas (7) | | | | | |
| Combustível | | | | | |
| Bens e materias permanentes | | | | | |
| Obras | | | | | |
| Depesas Bancárias | R\$ 75,90 | | R\$ 75,90 | R\$ 75,90 | |
| Bloqueio Judicial | | | | | |
| TOTAL | R\$ 23.476,89 | R\$ - | R\$ 23.476,89 | R\$ 23.476,89 | R\$ - |

(4) Verba: Federal, Estadual e Recursos Próprios, devendo ser elaborado um anexo para cada fonte de recurso

(5) Salários, encargos e benefícios.

(6) Autônomo e pessoa jurídica.

(7) Energia elétrica, água e esgoto, gás, telefone e internet

(8) No rol exemplificativo incluir também as aquisições e os compromissos assumidos que não são classificados contabilmente como DESPESAS, como, por exemplo, aquisição de bens permanentes.

(9) Quando a diferença entre a Coluna DESPESAS CONTABILIZADAS NESTE EXERCÍCIO e a Coluna DESPESAS CONTABILIZADAS NESTE EXERCÍCIO E PAGAS NESTE EXERCÍCIO for decorrente de descontos obtidos ou pagamento de multa por atraso, o resultado não deve aparecer na coluna DESPESAS CONTABILIZADAS NESTE EXERCÍCIO A PAGAR EM EXERCÍCIOS SEGUINTEs, uma vez que tais descontos ou multas são contabilizados em contas de receitas ou despesas. Assim sendo deverá se indicado como nota de rodapé os valores e as respectivas contas de receitas e despesas.

(*) Apenas para entidades da área da Saúde.



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PONTAL

CNPJ: 55.110.753/0001-41

R. Ananias da Costa Freitas, 753 - Centro

CEP: 14180-000 - Pontal/SP

Fone: (16) 3953-9100

DEMONSTRATIVO DO SALDO FINANCEIRO DO EXERCÍCIO

| | | |
|---|-----|-----------|
| (G) TOTAL DE RECURSOS DISPONÍVEIS NO EXERCÍCIO | R\$ | 50.826,49 |
| (J) DESPESAS PAGAS NO EXERCÍCIO (H+I) | R\$ | 23.476,89 |
| (K) RECURSOS PÚBLICO NÃO APLICADO [E - (J - F)] | R\$ | 27.349,60 |
| (L) VALOR DEVOLVIDO AO ÓRGÃO PÚBLICO | | |
| (M) VALOR AUTORIZADO PARA APLICAÇÃO NO EXERCÍCIO SEGUINTE (K - L) | R\$ | 27.349,60 |

Declaro(amos), na qualidade de responsável(is) pela entidade supra epigrafada, sob as penas da Lei, que a despesa relacionada comprova a exata aplicação dos recursos recebidos para os fins indicados, conforme programa de trabalho aprovado, proposto ao Órgão Público Conveniente.

WAGNER LIPORINI
Interventor

Pontal, 15 de agosto de 2024

wl/tgr



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PONTAL
CNPJ: 55.110.753/0001-41
R. Ananias da Costa Freitas, 753 - Centro
CEP: 14180-000 - Pontal/SP
Fone: (16) 3953-9100

REPASSE AO TERCEIRO SETOR
RELAÇÃO DE GASTOS

CONTRATANTE: PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTAL
CONTRATADO: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PONTAL
CNPJ: 55.110.753/0001-41
ENDEREÇO E CEP: RUA: ANANIAS COSTA FREITAS - CENTRO - 14.180-000 - PONTAL - SP
RESPONSÁVEL PELA ORG. SOCIAL: WAGNER LIPORINI
CPF: 289.964.588-99
OBJETO DO CONVÊNIO: INTERNAÇÃO HOSPITALAR
EXERCÍCIO: 01/07/2024 até 31/07/2024 (988-1)

| DOCUMENTO | DATA | VIGÊNCIA | VALOR |
|--|------------|------------|------------------|
| TERMO DE CONVÊNIO N° 001/2022 - PONTAL | 01/01/2022 | 30/06/2022 | R\$ 3.195.512,22 |
| ADITAMENTO N° 001/2022 | 01/07/2022 | 31/08/2022 | R\$ 1.136.433,96 |
| ADITAMENTO N° 002/2022 | 01/09/2022 | 31/12/2022 | R\$ 2.413.291,92 |
| ADITAMENTO N° 003/2023 | 01/01/2023 | 31/03/2023 | R\$ 1.809.998,94 |
| ADITAMENTO N° 004/2023 | 01/04/2023 | 31/12/2023 | R\$ 5.037.720,57 |

| DATA DO DOCUMENTO | ESPECIFICAÇÃO DO DOCUMENTO FISCAL | FORNECEDOR/PRESTADOR | NATUREZA DA DESPESA RESUMIDAMENTE | VALOR (BRUTO) | RETENÇÃO ENCARGOS | VALOR PAGO P/ CONVÊNIO | Nº CH ou DOC. DÉBITO | DATA DA COMPENSAÇÃO |
|-------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|---------------|-------------------|------------------------|----------------------|---------------------|
| SERVIÇOS MÉDICOS | | | | | | | | |
| 15/07/2024 | 30673 | ABUD SERV RADIOLOGICOS LTDA | SERVIÇOS MÉDICOS | R\$ 242,00 | 11,25 | R\$ 230,75 | 107611 | 18/07/2024 |
| 17/07/2024 | 3282 | CLINICA DE CIRURGIA VASC DE STZ LTDA | SERVIÇOS MÉDICOS | R\$ 5.192,38 | 319,33 | R\$ 4.873,05 | 107200 | 18/07/2024 |
| 12/07/2024 | 1376 | R SOATO CIR E ENDOSC DO AP DIGESTIVO | SERVIÇOS MÉDICOS | R\$ 633,09 | 51,6 | R\$ 581,49 | 106704 | 18/07/2024 |
| 12/07/2024 | 1377 | R SOATO CIR E ENDOSC DO AP DIGESTIVO | SERVIÇOS MÉDICOS | R\$ 616,28 | 50,23 | R\$ 566,05 | 106424 | 18/07/2024 |
| 14/07/2024 | 97 | MED SERV RP SERV MÉDICOS SS | SERVIÇOS MÉDICOS | R\$ 201,77 | 12,41 | R\$ 189,36 | 107127 | 18/07/2024 |
| 12/07/2024 | 394 | LILIAN CARLA CANTOLINI FERREIRA ME | SERVIÇOS MÉDICOS | R\$ 56,70 | 1,14 | R\$ 55,56 | 107290 | 18/07/2024 |



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PONTAL

CNPJ: 55.110.753/0001-41

R. Ananias da Costa Freitas, 753 - Centro

CEP: 14180-000 - Pontal/SP

Fone: (16) 3953-9100

| | | | | | | | | |
|---------------------------|--------|--|------------------|--------------|--------|----------------------|-----------|------------|
| 12/07/2024 | 605 | CLINICA PEDIATRICA DR JOSE HIRONO | SERVICOS MÉDICOS | R\$ 1.597,99 | 130,24 | R\$ 1.467,75 | 106846 | 18/07/2024 |
| 16/07/2024 | 205 | ESCULAPIO CLINICA DE ORTOPEDIA | SERVICOS MÉDICOS | R\$ 584,63 | 27,18 | R\$ 557,45 | 106351 | 18/07/2024 |
| 12/07/2024 | 586 | CLINICA ORTOPEDICA MICHIELETO | SERVICOS MÉDICOS | R\$ 741,36 | 60,42 | R\$ 680,94 | 106566 | 18/07/2024 |
| 12/07/2024 | 152 | N.A.M SERVICOS MÉDICOS LTDA | SERVICOS MÉDICOS | R\$ 882,05 | 0 | R\$ 882,05 | 107491 | 18/07/2024 |
| 12/07/2024 | 1051 | UNICLINICAS SERTAOZINHO LTDA | SERVICOS MÉDICOS | R\$ 277,87 | 17,1 | R\$ 260,77 | 106280 | 18/07/2024 |
| 12/07/2024 | 358 | GINECOLOGIA E OBST SERVICOS MÉDICOS | SERVICOS MÉDICOS | R\$ 1.791,52 | 110,19 | R\$ 1.681,33 | 107060 | 18/07/2024 |
| 15/07/2024 | 2131 | INFANTE SAUDE OCUPACIONAL DE PONTAL | SERVICOS MÉDICOS | R\$ 115,42 | 3,66 | R\$ 111,76 | 106634 | 18/07/2024 |
| 12/07/2024 | 172 | BRUNA SANTOS PACHECO E CIA LTDA | SERVICOS MÉDICOS | R\$ 554,79 | 36,24 | R\$ 518,55 | 106997 | 18/07/2024 |
| 13/07/2024 | 1107 | INST DE PATOLOGIA E CITOLOGIA PROF PAULO B | SERVICOS MÉDICOS | R\$ 489,36 | 22,75 | R\$ 466,61 | 106138 | 18/07/2024 |
| 12/07/2024 | 417 | CLINICA BEM ESTAR SAUDE DA MULHER | SERVICOS MÉDICOS | R\$ 708,65 | 57,76 | R\$ 650,89 | 106779 | 18/07/2024 |
| 12/07/2024 | 1668 | LAB DE ANALISES CLINICAS SANTA TEREZA | SERVICOS MÉDICOS | R\$ 2.821,43 | 229,94 | R\$ 2.591,49 | 106213 | 18/07/2024 |
| 12/07/2024 | 124 | EL SHADAY CLINICA DE FISIOTERAPIA | SERVICOS MÉDICOS | R\$ 1.050,75 | 85,64 | R\$ 965,11 | 479510540 | 18/07/2024 |
| 12/07/2024 | 316 | R3 CLINICA MÉDICA LTDA | SERVICOS MÉDICOS | R\$ 4.080,74 | 332,57 | R\$ 3.748,17 | 107413 | 18/07/2024 |
| | | | | | | R\$ 21.079,13 | | |
| IMPOSTOS RETIDOS | | | | | | | | |
| 08/07/2024 | GUIA | GUIA PARA RECOLHIMENTO DE ISSQN | IMPOSTOS RETIDOS | R\$ 333,53 | 0 | R\$ 333,53 | EXTRATO | 10/07/2024 |
| 10/07/2024 | GUIA | DARF IRRF | IMPOSTOS RETIDOS | R\$ 1.988,33 | 0 | R\$ 1.988,33 | EXTRATO | 19/07/2024 |
| | | | | | | R\$ 2.321,86 | | |
| DESPESAS BANCARIAS | | | | | | | | |
| 18/07/2024 | TARIFA | TARIFA BANCARIA | TARIFA BANCARIA | R\$ 6,90 | 0 | R\$ 6,90 | EXTRATO | 18/07/2024 |
| 25/07/2024 | TARIFA | TARIFA BANCARIA | TARIFA BANCARIA | R\$ 69,00 | 0 | R\$ 69,00 | EXTRATO | 25/07/2024 |
| | | | | | | R\$ 75,90 | | |

R\$

23.476,89

Pontal, 15 de agosto de 2024

WAGNER LIPORINI

Interventor

wl/tgr

Extrato por período

Cliente: IRM DA STA CASA DE MISER PONTAL

Conta: 3472 | 003 | 00000988-1

Data: 05/08/2024 - 10:24

Mês: Julho/2024

Período: 1 - 31

Extrato

| Data Mov. | Nr. Doc. | Histórico | Valor | Saldo |
|------------|----------|----------------|-------------|-------------|
| | 000000 | SALDO ANTERIOR | 0,00 | 0,00 |
| 01/07/2024 | 000000 | SALDO DIA | | 0,00 C |
| 02/07/2024 | 000000 | SALDO DIA | | 0,00 C |
| 03/07/2024 | 000000 | SALDO DIA | | 0,00 C |
| 04/07/2024 | 000000 | SALDO DIA | | 0,00 C |
| 05/07/2024 | 000000 | SALDO DIA | | 0,00 C |
| 08/07/2024 | 000000 | SALDO DIA | | 0,00 C |
| 09/07/2024 | 000000 | SALDO DIA | | 0,00 C |
| 10/07/2024 | 000000 | DEB.AUTOR. | 333,53 D | 333,53 D |
| 10/07/2024 | 727220 | RESG AUTOM | 333,53 C | 0,00 C |
| 10/07/2024 | 000000 | SALDO DIA | | 0,00 C |
| 11/07/2024 | 000000 | SALDO DIA | | 0,00 C |
| 12/07/2024 | 000000 | SALDO DIA | | 0,00 C |
| 15/07/2024 | 000000 | SALDO DIA | | 0,00 C |
| 16/07/2024 | 000000 | SALDO DIA | | 0,00 C |
| 17/07/2024 | 000000 | SALDO DIA | | 0,00 C |
| 18/07/2024 | 771028 | APLICACAO | 1.460,00 D | 1.460,00 D |
| 18/07/2024 | 181023 | CRED TEV | 22.638,78 C | 21.178,78 C |
| 18/07/2024 | 106138 | ENVIO TED | 466,61 D | 20.712,17 C |
| 18/07/2024 | 106213 | ENVIO TED | 2.591,49 D | 18.120,68 C |
| 18/07/2024 | 106280 | ENVIO TED | 260,77 D | 17.859,91 C |
| 18/07/2024 | 106351 | ENVIO TED | 557,45 D | 17.302,46 C |
| 18/07/2024 | 106424 | ENVIO TED | 566,05 D | 16.736,41 C |
| 18/07/2024 | 106566 | ENVIO TED | 680,94 D | 16.055,47 C |
| 18/07/2024 | 106634 | ENVIO TED | 111,76 D | 15.943,71 C |
| 18/07/2024 | 106704 | ENVIO TED | 581,49 D | 15.362,22 C |
| 18/07/2024 | 106779 | ENVIO TED | 650,89 D | 14.711,33 C |
| 18/07/2024 | 106846 | ENVIO TED | 1.467,75 D | 13.243,58 C |

| | | | | |
|------------|--------|------------|------------|-------------|
| 18/07/2024 | 106997 | ENVIO TED | 518,55 D | 12.725,03 C |
| 18/07/2024 | 107060 | ENVIO TED | 1.681,33 D | 11.043,70 C |
| 18/07/2024 | 107127 | ENVIO TED | 189,36 D | 10.854,34 C |
| 18/07/2024 | 107200 | ENVIO TED | 4.873,05 D | 5.981,29 C |
| 18/07/2024 | 107290 | ENVIO TED | 55,56 D | 5.925,73 C |
| 18/07/2024 | 107413 | ENVIO TED | 3.748,17 D | 2.177,56 C |
| 18/07/2024 | 107491 | ENVIO TED | 882,05 D | 1.295,51 C |
| 18/07/2024 | 107611 | ENVIO TED | 230,75 D | 1.064,76 C |
| 18/07/2024 | 181251 | ENVIO TEV | 965,11 D | 99,65 C |
| 18/07/2024 | 000138 | TAR TEV AG | 6,90 D | 92,75 C |
| 18/07/2024 | 000000 | SALDO DIA | | 92,75 C |
| 19/07/2024 | 000000 | DEB.AUTOR. | 1.988,33 D | 1.895,58 D |
| 19/07/2024 | 727220 | RESG AUTOM | 1.895,58 C | 0,00 C |
| 19/07/2024 | 000000 | SALDO DIA | | 0,00 C |
| 22/07/2024 | 000000 | SALDO DIA | | 0,00 C |
| 23/07/2024 | 000000 | SALDO DIA | | 0,00 C |
| 24/07/2024 | 000000 | SALDO DIA | | 0,00 C |
| 25/07/2024 | 000000 | MANUT CTA | 69,00 D | 69,00 D |
| 25/07/2024 | 727220 | RESG AUTOM | 69,00 C | 0,00 C |
| 25/07/2024 | 000000 | SALDO DIA | | 0,00 C |
| 26/07/2024 | 000000 | SALDO DIA | | 0,00 C |
| 29/07/2024 | 000000 | SALDO DIA | | 0,00 C |
| 30/07/2024 | 000000 | SALDO DIA | | 0,00 C |
| 31/07/2024 | 000000 | SALDO DIA | | 0,00 C |

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Alô CAIXA: 0800 104 0104



Extrato Fundo de Investimento
Para simples verificação

| | | | |
|-------------------------------|----------------|------------------|-----------------------|
| Nome da Agência PONTAL, SP | Código 3472 | Operação 5970 | Emissão 05/08/2024 |
|-------------------------------|----------------|------------------|-----------------------|

| | | |
|--|-------------------------------------|--|
| Fundo CAIXA FIC OAB RF CRÉD PRIV LP | CNPJ do Fundo 14.120.488/0001-03 | Início das Atividades do Fundo 23/09/2014 |
|--|-------------------------------------|--|

Rentabilidade do Fundo

| | | | | |
|---------------------|---------------------|------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| No Mês(%) 1,0003 | No Ano(%) 6,4964 | Nos Últimos 12 Meses(%) 12,3333 | Cota em: 28/06/2024 2,37823400 | Cota em: 31/07/2024 2,40202400 |
|---------------------|---------------------|------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|

Administradora

| | | |
|---------------------------------|---|--|
| Nome Caixa Econômica Federal | Endereço Av. Paulista nº 2.300, 11º andar, Bela Vista, São Paulo/SP - CEP 01310-300 | CNPJ da Administradora 00.360.305/0001-04 |
|---------------------------------|---|--|

Cliente

| | | | | |
|---|--------------------------------|---------------------------------------|--------------------|----------------|
| Nome IRM DA STA CASA DE MISER PONTAL | CPF/CNPJ 55.110.753/0001-41 | Conta Corrente 0003.000000000988-1 | Mês/Ano 07/2024 | Folha 01/01 |
| Análise do Perfil do Investidor | | Data da Avaliação | | |

Resumo da Movimentação

| Histórico | Valor em R\$ | Qtde de Cotas |
|----------------------------|--------------|---------------|
| Saldo Anterior | 27.911,70C | 11.736,317785 |
| Aplicações | 1.460,00C | 610,078156 |
| Resgates | 2.298,11D | 960,330424 |
| Rendimento Bruto no Mês | 276,01C | |
| IRRF | 0,00 | |
| IOF | 0,00 | |
| Taxa de Saída | 0,00 | |
| Saldo Bruto* | 27.349,60C | 11.386,065517 |
| Resgate Bruto em Trânsito* | 0,00 | |

(*) Valor sujeito à tributação, conforme legislação em vigor

Movimentação Detalhada

| Data | Histórico | Valor R\$ | Qtde de Cotas |
|---------|-----------|-----------|---------------|
| 10 / 07 | RESGATE | 333,53D | 139,748566 |
| | IRRF | 0,00 | |
| | IOF | 0,00 | |
| 18 / 07 | APLICACAO | 1.460,00C | 610,078156 |
| 19 / 07 | RESGATE | 1.895,58D | 791,808513 |
| | IRRF | 0,00 | |
| | IOF | 0,00 | |
| 25 / 07 | RESGATE | 69,00D | 28,773344 |
| | IRRF | 0,00 | |
| | IOF | 0,00 | |

Dados de Tributação

| | | | |
|-----------------|------|------|------|
| Rendimento Base | 0,00 | IRRF | 0,00 |
|-----------------|------|------|------|

Informações ao Cotista

Acesse o site da CAIXA e conheça os E-FUNDOS : os fundos da CAIXA com movimentações exclusivamente pelo Internet Banking CAIXA e com taxas de administração inferiores às praticadas pelo mercado. Com os E-FUNDOS CAIXA você tem excelentes opções de investimento ao alcance de suas mãos, de acordo com seu perfil. Um jeito prático de investir, da comodidade da sua casa!

Prezado(a) Cotista, compareça à sua agência de relacionamento e cadastre ou atualize seu endereço de e-mail.

Serviço de Atendimento ao Cotista

| | |
|--|---|
| SAC: 0800 - 726 0101 | Endereço para Correspondência: Av. Paulista nº 2.300, 11º andar, Bela Vista, São Paulo/SP - CEP 01310-300 |
| Ouvidoria: 0800 725 7474 | Endereço Eletrônico: https://www1.caixa.gov.br/atendimento/telefones_da_caixa.asp |
| Acesse o site da CAIXA: www.caixa.gov.br | |



Prefeitura Municipal de Pontal
Município de Pontal

RUA GUILHERME SILVA, 337 - CENTRO
45.352.267/0001-86

957-1

GUIA PARA RECOLHIMENTO DE ISSQN - 2024

| | | | |
|---------------------------|---|-------------|--|
| Cadastro | Modulo | | |
| 000003715 | Mobiliário | | |
| CPF/CNPJ | Nome/Razão Social | | |
| 55.110.753/0001-41 | IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL | | |
| Logradouro | Número | Complemento | |
| RUA ANANIAS COSTA FREITAS | 00753 | | |
| CEP | Bairro | Cidade | |
| 14180-000 | CENTRO | PONTAL-SP | |

| | | | | | |
|-----------------|--------------|----------------|------------|--------------------|-------------------|
| Base de Cálculo | Qtd de Nítas | Vencimento | Referência | Tipo de Declaração | Valor Creditado |
| R\$ 16.469,84 | 10 | 10/07/2024 | 6/2024 | Declaração Tomador | 0,00 |
| Código de Baixa | Cadastro | Modulo | | | Receita Principal |
| 2-650724-3-6 | 000003715 | 2 - Mobiliário | | | 12 - ISS Tomador |
| Valor Original | Correção | Multa | Juros | | Valor Documento |
| R\$ 333,53 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | | R\$ 333,53 |

Autenticação Mecânica

CEF34721007240570790000480

333,53R 1101

NOTAS FISCAIS

| Razão Social/Nome | CNPJ/CPF | Número | Base Calculo | Aliquota | Valor ISS |
|---|--------------------|--------|--------------|----------|-------------------|
| EL SHADAY CLÍNICA DE FISIOTERAPIA LTDA. - ME | 08.167.176/0001-06 | 122 | R\$ 499,69 | 2,00 % | R\$ 9,99 |
| R3 CLÍNICA MÉDICA LTDA | 34.126.327/0001-80 | 314 | R\$ 7.308,82 | 2,00 % | R\$ 146,18 |
| LÍDIAN CARLA CANTOLINI FERREIRA - ME | 20.739.189/0001-46 | 391 | R\$ 63,00 | 2,01 % | R\$ 1,27 |
| CLÍNICA BEM ESTAR SAUDE DA MULHER LTDA | 21.667.568/0001-30 | 415 | R\$ 395,52 | 2,00 % | R\$ 7,91 |
| CLÍNICA ORTOPÉDICA MICHIELETO | 22.182.151/0001-40 | 452 | R\$ 1.416,63 | 2,00 % | R\$ 28,34 |
| CLÍNICA PEDIÁTRICA DR. JOSÉ CARLOS HIRONG S/S. - EPP | 02.243.424/0001-02 | 491 | R\$ 1.997,66 | 2,00 % | R\$ 39,95 |
| R. SOATO CIRURGIA E ENDOSCOPIA DO APARELHO DIGESTIVO S/S. LTDA. - EPP | 06.307.803/0001-70 | 1367 | R\$ 719,80 | 3,00 % | R\$ 14,40 |
| R. SOATO CIRURGIA E ENDOSCOPIA DO APARELHO DIGESTIVO S/S. LTDA. - EPP | 06.307.803/0001-70 | 1368 | R\$ 223,44 | 2,00 % | R\$ 4,47 |
| LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS SANTA TEREZA S/S LTDA | 55.108.631/0001-75 | 1651 | R\$ 3.459,91 | 2,00 % | R\$ 69,20 |
| INFANTE SAUDE OCUPACIONAL DE PONTAL LTDA. - EPP | 05.184.079/0001-34 | 2117 | R\$ 385,17 | 3,07 % | R\$ 11,82 |
| Total de notas: 10 | | | | | R\$ 333,53 |



Prefeitura Municipal de Pontal

Município de Pontal

RUA GUILHERME SILVA, 337 - CENTRO

45.352.267/0001-86

988-1

GUIA PARA RECOLHIMENTO DE ISSQN - 2024

| | | | |
|---------------------------|---|-------------|--|
| Cadastro | Módulo | | |
| 000003715 | Mobiliário | | |
| CPF/CNPJ | Nome/Razão Social | | |
| 55.110.753/0001-41 | IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL | | |
| Logradouro | Número | Complemento | |
| RUA ANANIAS COSTA FREITAS | 00753 | | |
| CEP | Bairro | Cidade | |
| 14180-000 | CENTRO | PONTAL-SP | |

| | | | | | |
|-----------------|------------|----------------|-------------------|--------------------|-----------------|
| Base de Cálculo | Qtde Notas | Vencimento | Referência | Tipo da Declaração | Valor Creditado |
| R\$ 16.469,84 | 10 | 10/07/2024 | 6/2024 | Declaração Tomador | 0,00 |
| Código de Baixa | Cadastro | Módulo | Receita Principal | | |
| 2-650724-3-6 | 000003715 | 2 - Mobiliário | 12 - ISS Tomador | | |
| Valor Original | Correção | Multa | Juros | Valor Documento | |
| R\$ 333,53 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 333,53 | |

Autenticação Mecânica

Impresso em: 08/07/2024 09:04:53 por: IRMANDADE SANTA CASA

| | | | | | |
|--|-----------------|---|----------------|------------------------|--|
| | | Prefeitura Municipal de Pontal Município de Pontal 45.352.267/0001-86 | | Exercício: 2024 | |
| Contribuinte | | | | CPF/CNPJ | |
| IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL | | | | 55.110.753/0001-41 | |
| Logradouro | | | Número | Complemento | |
| RUA ANANIAS COSTA FREITAS | | | 00753 | | |
| CEP | Bairro | Cidade | | | |
| 14180-000 | CENTRO | PONTAL-SP | | | |
| Vencimento | Código de Baixa | Cadastro | Módulo | Receita Principal | |
| 10/07/2024 | 2-650724-3-6 | 000003715 | 2 - Mobiliário | 12 - ISS Tomador | |
| Valor Original | Correção | Multa | Juros | Total Recebido | |
| R\$ 333,53 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 333,53 | |
| <p>APÓS O VENCIMENTO COBRAR MULTA DE 2% E 1% JUROS AO MÊS.</p> | | | | | |

Autenticação Mecânica

8160000003-3 33533407202-2 40710020320-4 00650724006-4



NOTAS FISCAIS

| Razão Social/Nome | CNPJ/CPF | Número | Base Calculo | Alíquota | Valor ISS |
|---|--------------------|--------|--------------|----------|-------------------|
| EL SHADAY CLÍNICA DE FISIOTERAPIA LTDA. - ME. | 08.187.176/0001-06 | 122 | R\$ 499,69 | 2,00 % | R\$ 9,99 |
| R3 CLÍNICA MÉDICA LTDA | 34.129.327/0001-80 | 314 | R\$ 7.308,82 | 2,00 % | R\$ 146,18 |
| LILIAN CARLA CANTOLINI FERREIRA - ME. | 20.739.189/0001-46 | 391 | R\$ 63,00 | 2,01 % | R\$ 1,27 |
| CLINICA BEM ESTAR SAUDE DA MULHER LTDA | 21.667.568/0001-30 | 415 | R\$ 395,52 | 2,00 % | R\$ 7,91 |
| CLÍNICA ORTOPÉDICA MICHIELETO | 22.182.151/0001-40 | 582 | R\$ 1.416,83 | 2,00 % | R\$ 28,34 |
| CLÍNICA PEDIÁTRICA DR. JOSÉ CARLOS HIRONO S/S. - EPP. | 02.243.424/0001-02 | 601 | R\$ 1.997,66 | 2,00 % | R\$ 39,95 |
| R.SOATO CIRURGIA E ENDOSCOPIA DO APARELHO DIGESTIVO S/S. LTDA. - EPP. | 06.307.803/0001-70 | 1367 | R\$ 719,80 | 2,00 % | R\$ 14,40 |
| R.SOATO CIRURGIA E ENDOSCOPIA DO APARELHO DIGESTIVO S/S. LTDA. - EPP. | 06.307.803/0001-70 | 1368 | R\$ 223,44 | 2,00 % | R\$ 4,47 |
| LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS SANTA TEREZA S/S LTDA. | 55.108.831/0001-73 | 1651 | R\$ 3.459,91 | 2,00 % | R\$ 69,20 |
| INFANTE SAÚDE OCUPACIONAL DE PONTAL LTDA. - EPP. | 06.184.079/0001-34 | 2117 | R\$ 385,17 | 3,07 % | R\$ 11,82 |
| Total de notas: 10 | | | | | R\$ 333,53 |

TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

Conta origem: 3472 / 003 / 00000988-1

Conta destino: 3472 / 003 / 00000737-4

Nome destinatário: EL SHADAY CLINICA DE FISIOTERAPI

Quantidade de vezes:

Valor: R\$ 965,11

Data de débito: 18/07/2024

Data/hora da operação: 18/07/2024 12:51:19

Código da operação: 479510540

Chave de segurança: LGWMFEKJGZTF85SJ

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104



Prefeitura Municipal de Pontal
Município de Pontal
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e



Número da NFS-e
124
Código de Verificação de Autenticidade
KM3GJOKXX
Data e Hora de Emissão da NFS-e
12/07/2024 às 16:31:28
Chave de Acesso
7485536MVZDTKXB6PBRZCF8OGGL4HI01

Para certificação da autenticidade acesse
<http://45.71.128.162:5661/issweb>, menu
consultas e informe os dados desta NFS-e.

Informações Fiscais

| | | | |
|--|------------------------------------|---|--|
| Exigibilidade do ISS Exigível | Número do Processo | Município de Incidência do ISS PONTAL-SP | Local da Prestação PONTAL - SP |
| Número do RPS | Série do RPS | Tipo do RPS | Data do RPS 12/07/2024 |
| Optante Simples Nacional 2 - Não | Incentivo Fiscal 2 - Não | Regime Especial Tributação Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP) 03 - Sobre Faturamento | Tipo ISS |

PRESTADOR DE SERVIÇOS

| | | | | |
|---|---|------------------------------------|------------------------------|---|
| CPF/CNPJ 08.187.176/0001-06 | RG/Inscrição Estadual ISENTO | Inscrição Municipal 6365 | Cadastro 000011804 | Nome/Razão Social EL SHADAY CLÍNICA DE FISIOTERAPIA LTDA. - ME. |
| Logradouro AV. CRISTO REDENTOR, 451 | Complemento FRENTE | Bairro JARDIM PRINCESA | CEP 14180-000 | Cidade PONTAL-SP |
| Telefone 16-9-9290-3317 | E-mail alinemairass@hotmail.com | | | |

TOMADOR DE SERVIÇOS

| | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------|--|
| CPF/CNPJ/Documento 55.110.753/0001-41 | RG/Inscrição Estadual | Inscrição Municipal | Nome/Razão Social IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL |
| Logradouro RUA ANANIAS COSTA FREITAS, 753, 000 | Complemento | Bairro CENTRO | CEP/Cod.Postal 14180-000 |
| Cidade/País PONTAL - SP | Cod. IBGE 3540200 | Telefone | E-mail rh@iscmpontal.com.br |

Discriminação dos Serviços

| Qtde. | Un. Medida | Descrição | Vir. Unitário | Total |
|-------|------------|---|---------------|--------------|
| 1,00 | SV | SERVIÇOS PRESTADOS NA SANTA CASA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR SUS(FISIOTERAPIA) REF MES DE JUNHO/2024, CONFORME CONVENIO COM O MUNICÍPIO DE PONTAL TA N°008/2024 AO CONV N°001/2022 | 1.050,75 | R\$ 1.050,75 |

fúscio

Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS

| | | | | | |
|--|--------------|----------------------|----------------|----------------|------------|
| LC 116/2003: 04.08 | Alíquota | Atividade Município | Código CNAE | Código da Obra | Código ART |
| Terapia ocupacional, fisioterapia e fonoaudiologia | 2,00% | 0000040000008 | 8650004 | | |

Construção Civil

| | | | | | | |
|---|--|--|--|----------------------------------|------------------------------|--|
| Valor Total dos Serviços R\$ 1.050,75 | Desconto Incondicionado R\$ 0,00 | Deduções Base Cálculo R\$ 0,00 | Base de Cálculo R\$ 1.050,75 | Total do ISS R\$ 21,02 | ISS Retido 1 - Sim | Desconto Condicionado R\$ 0,00 |
|---|--|--|--|----------------------------------|------------------------------|--|

Retenções de Impostos

| | | | | | |
|---|---|-------------------------|---|---|-------------------------------------|
| PIS (1.050,75 x 0,65%) R\$ 6,83 | COFINS (1.050,75 x 3,00%) R\$ 31,52 | INSS R\$ 0,00 | IRRF (1.050,75 x 1,50%) R\$ 15,76 | CSLL (1.050,75 x 1,00%) R\$ 10,51 | Outras Retenções R\$ 0,00 |
|---|---|-------------------------|---|---|-------------------------------------|

Valor Líquido da NFS-e: R\$ 965,11

Val. Aprox. Tributos:

Informações Complementares

RECEBI(EMOS) DE **EL SHADAY CLÍNICA DE FISIOTERAPIA LTDA. - ME.** O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO **124** E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO **KM3GJOKXX**.

Data

CPF/RG

Assinatura



SIGTAP - Sistema de Gerenciamento de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS

Download | Wiki | Fale Conosco | Sair

Usuário: publico

Fisioterapia
225 Sessões
x \$ 4,67 =
\$ 1050,75

| |
|------------------|
| Procedimento |
| Compatibilidades |
| Tabelas |
| Relatórios |

Procedimento

Procedimento: 03.02.04.002-1 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS

Grupo: 03 - Procedimentos clínicos
 Sub-Grupo: 02 - Fisioterapia
 Forma de Organização: 04 - Assistência fisioterapêutica cardiovasculares e pneumo-funcionais

Competência: 07/2024 [Histórico de alterações](#)

Modalidade de Atendimento: Ambulatorial Hospitalar Hospital Dia Atenção Domiciliar
 Complexidade: Média Complexidade
 Financiamento: Média e Alta Complexidade (MAC)
 Sub-Tipo de Financiamento:
 Instrumento de Registro: BPA (Individualizado) AIH (Proc. Especial)
 Sexo: Ambos
 Média de Permanência:
 Tempo de Permanência:
 Quantidade Máxima: 20
 Idade Mínima: 0 meses
 Idade Máxima: 130 anos
 Pontos:
 Atributos Complementares: Exige CPF/CNS

Valores

| | |
|--------------------------------|--------------------------------|
| Serviço Ambulatorial: R\$ 4,67 | Serviço Hospitalar: R\$ 4,67 |
| Total Ambulatorial: R\$ 4,67 | Serviço Profissional: R\$ 0,00 |
| | Total Hospitalar: R\$ 4,67 |

| Descrição | CID | CBO | Leito | Serviço Classificação | Habilitação | Redes | Origem | Regra Condicionada | Renases | TUSS |
|---|-----|-----|-------|-----------------------|-------------|-------|--------|--------------------|---------|------|
| <p>Descrição</p> <p>CONSISTE NA ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA EM PACIENTES COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO CLÍNICO, REQUERENDO REEXPANSIBILIDADE PULMONAR E REEDUCAÇÃO DA CINESIA RESPIRATÓRIA, PROPORCIONANDO A BOA FUNÇÃO RESPIRATÓRIA E FAVORECENDO A MELHORA NA CAPACIDADE FÍSICA GERAL . A INDICAÇÃO DO QUANTITATIVO A SER REALIZADO NA ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL É DE NO MÁXIMO 20 PROCEDIMENTOS POR PESSOA/ MÊS E PARA A INTERNAÇÃO É DE 03 PROCEDIMENTOS/DIA.</p> | | | | | | | | | | |



RELATÓRIO DE PROFISSIONAIS - ANALÍTICO

| CNS: 702308198836517 | | Nome: ALINE MAIRA SANTOS | |
|---|---|--------------------------|------|
| N° AIH: 352411861399-4 Ident.: 01 Paciente: 000000000111170-ENZO HENRIQUE SOUSA SILVA | | | |
| Procedimento EQ | Nome do Procedimento | Valor (R\$) | |
| 03.02.04.002-1 | ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATORIO SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS | 0,00 | |
| Valor por AIH: R\$ | | | 0,00 |
| N° AIH: 352411861400-5 Ident.: 01 Paciente: 000000000109871-ANA LUIZA DE OLIVEIRA MARINHO | | | |
| Procedimento EQ | Nome do Procedimento | Valor (R\$) | |
| 03.02.04.002-1 | ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATORIO SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS | 0,00 | |
| Valor por AIH: R\$ | | | 0,00 |
| N° AIH: 352411861401-6 Ident.: 01 Paciente: 000000000110518-CASSIA VALENTINA DA SILVA MURCA | | | |
| Procedimento EQ | Nome do Procedimento | Valor (R\$) | |
| 03.02.04.002-1 | ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATORIO SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS | 0,00 | |
| Valor por AIH: R\$ | | | 0,00 |
| N° AIH: 352411861409-3 Ident.: 01 Paciente: 000000000096631-GENI CAZULA BRAGA | | | |
| Procedimento EQ | Nome do Procedimento | Valor (R\$) | |
| 03.02.04.002-1 | ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATORIO SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS | 0,00 | |
| 03.02.06.001-4 | ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTES COM DISTURBIOS NEURO-CINETICO-FUNÇIONAIS SEM COMPLICAÇÕES | 0,00 | |
| Valor por AIH: R\$ | | | 0,00 |
| N° AIH: 352411861410-4 Ident.: 01 Paciente: 000000000099473-IVAN NILTON CARVALHO | | | |
| Procedimento EQ | Nome do Procedimento | Valor (R\$) | |
| 03.02.04.002-1 | ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATORIO SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS | 0,00 | |
| 03.02.06.001-4 | ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTES COM DISTURBIOS NEURO-CINETICO-FUNÇIONAIS SEM COMPLICAÇÕES | 0,00 | |
| Valor por AIH: R\$ | | | 0,00 |
| N° AIH: 352411861411-5 Ident.: 01 Paciente: 000000000002389-JOSE PEREIRA DE ATAIDE | | | |
| Procedimento EQ | Nome do Procedimento | Valor (R\$) | |
| 03.02.04.002-1 | ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATORIO SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS | 0,00 | |
| 03.02.06.001-4 | ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTES COM DISTURBIOS NEURO-CINETICO-FUNÇIONAIS SEM COMPLICAÇÕES | 0,00 | |
| Valor por AIH: R\$ | | | 0,00 |
| N° AIH: 352411861437-9 Ident.: 01 Paciente: 000000000005904-RONALDO CRISOSTOMO | | | |
| Procedimento EQ | Nome do Procedimento | Valor (R\$) | |
| 03.02.06.001-4 | ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTES COM DISTURBIOS NEURO-CINETICO-FUNÇIONAIS SEM COMPLICAÇÕES | 0,00 | |
| 03.02.04.002-1 | ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATORIO SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS | 0,00 | |
| Valor por AIH: R\$ | | | 0,00 |
| N° AIH: 352411861444-5 Ident.: 01 Paciente: 000000000109374-MANUELA ALVES RAMOS | | | |
| Procedimento EQ | Nome do Procedimento | Valor (R\$) | |
| 03.02.04.002-1 | ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATORIO SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS | 0,00 | |
| Valor por AIH: R\$ | | | 0,00 |
| N° AIH: 352411861448-9 Ident.: 01 Paciente: 000000000041425-ANGELO LUIZ SICCHIERI | | | |
| Procedimento EQ | Nome do Procedimento | Valor (R\$) | |
| 03.02.04.002-1 | ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATORIO SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS | 0,00 | |
| Valor por AIH: R\$ | | | 0,00 |

RELATÓRIO DE PROFISSIONAIS - ANALÍTICO

APRESENTAÇÃO: 07 / 2024

DATA: 03/07/2024

| Nº AIH: 352411861450-0 Ident.: 01 Paciente: 000000000044331-JOSE DONIZETE DA SILVA | | | |
|---|---|-------------|------|
| Procedimento EQ | Nome do Procedimento | Valor (R\$) | |
| 03.02.04.002-1 | ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATORIO SEM COMPLICACOES SISTEMICAS | 0,00 | |
| 03.02.06.001-4 | ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTES COM DISTURBIOS NEURO-CINETICO-FUNCIONAIS SEM COMPLICACOES | 0,00 | |
| Valor por AIH: R\$ | | | 0,00 |
| Nº AIH: 352411861454-4 Ident.: 01 Paciente: 000000000107636-LIZ GABRIELA SILVA GUIMARAES | | | |
| Procedimento EQ | Nome do Procedimento | Valor (R\$) | |
| 03.02.04.002-1 | ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATORIO SEM COMPLICACOES SISTEMICAS | 0,00 | |
| Valor por AIH: R\$ | | | 0,00 |
| Nº AIH: 352411861457-7 Ident.: 01 Paciente: 000000000110422-JOAO DOS SANTOS | | | |
| Procedimento EQ | Nome do Procedimento | Valor (R\$) | |
| 03.02.04.002-1 | ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATORIO SEM COMPLICACOES SISTEMICAS | 0,00 | |
| Valor por AIH: R\$ | | | 0,00 |
| Nº AIH: 352411862333-3 Ident.: 01 Paciente: 000000000108867-OSMAR BARBOSA MONTEIRO | | | |
| Procedimento EQ | Nome do Procedimento | Valor (R\$) | |
| 03.02.04.002-1 | ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATORIO SEM COMPLICACOES SISTEMICAS | 0,00 | |
| 03.02.06.001-4 | ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTES COM DISTURBIOS NEURO-CINETICO-FUNCIONAIS SEM COMPLICACOES | 0,00 | |
| Valor por AIH: R\$ | | | 0,00 |
| Nº AIH: 352411862334-4 Ident.: 01 Paciente: 000000000010085-AILTON APARECIDO PEDRO DA SILVA | | | |
| Procedimento EQ | Nome do Procedimento | Valor (R\$) | |
| 03.02.06.001-4 | ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTES COM DISTURBIOS NEURO-CINETICO-FUNCIONAIS SEM COMPLICACOES | 0,00 | |
| 03.02.04.002-1 | ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATORIO SEM COMPLICACOES SISTEMICAS | 0,00 | |
| 03.02.06.001-4 | ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTES COM DISTURBIOS NEURO-CINETICO-FUNCIONAIS SEM COMPLICACOES | 0,00 | |
| 03.02.06.001-4 | ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTES COM DISTURBIOS NEURO-CINETICO-FUNCIONAIS SEM COMPLICACOES | 0,00 | |
| Valor por AIH: R\$ | | | 0,00 |
| Nº AIH: 352411862336-6 Ident.: 01 Paciente: 000000005571795-ADELINO DE SOUZA | | | |
| Procedimento EQ | Nome do Procedimento | Valor (R\$) | |
| 03.02.06.001-4 | ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTES COM DISTURBIOS NEURO-CINETICO-FUNCIONAIS SEM COMPLICACOES | 0,00 | |
| 03.02.06.001-4 | ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTES COM DISTURBIOS NEURO-CINETICO-FUNCIONAIS SEM COMPLICACOES | 0,00 | |
| Valor por AIH: R\$ | | | 0,00 |
| Nº AIH: 352411862337-7 Ident.: 01 Paciente: 000000005565265-ALUIZ DE SOUZA LOPES | | | |
| Procedimento EQ | Nome do Procedimento | Valor (R\$) | |
| 03.02.04.002-1 | ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATORIO SEM COMPLICACOES SISTEMICAS | 0,00 | |
| 03.02.06.001-4 | ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTES COM DISTURBIOS NEURO-CINETICO-FUNCIONAIS SEM COMPLICACOES | 0,00 | |
| Valor por AIH: R\$ | | | 0,00 |
| Nº AIH: 352411862339-9 Ident.: 01 Paciente: 000000000109190-REBECA MARIA PEDRO POLO | | | |
| Procedimento EQ | Nome do Procedimento | Valor (R\$) | |
| 03.02.04.002-1 | ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATORIO SEM COMPLICACOES SISTEMICAS | 0,00 | |
| Valor por AIH: R\$ | | | 0,00 |
| Nº AIH: 352411862340-0 Ident.: 01 Paciente: 00000000012973-KANANDA LORRAINE DE CAMARGO | | | |
| Procedimento EQ | Nome do Procedimento | Valor (R\$) | |
| 03.02.06.001-4 | ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTES COM DISTURBIOS NEURO- | 0,00 | |

RELATÓRIO DE PROFISSIONAIS - ANALÍTICO

APRESENTAÇÃO: 07 / 2024

DATA: 03/07/2024

| CINETICO-FUNCIONAIS SEM COMPLICACOES | | | |
|---|---|--|------------|
| 03.02.04.002-1 | ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATORIO SEM COMPLICACOES SISTEMICAS | | 0,00 |
| Valor por AIH: R\$ | | | 0,00 |
| N° AIH: 352411862342-1 Ident.: 01 Paciente: 000000000004811-SANDRA LUZIA BONAFIM | | | |
| Procedimento EQ | Nome do Procedimento | | Valor(R\$) |
| 03.02.04.002-1 | ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATORIO SEM COMPLICACOES SISTEMICAS | | 0,00 |
| 03.02.06.001-4 | ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTES COM DISTURBIOS NEURO-CINETICO-FUNCIONAIS SEM COMPLICACOES | | 0,00 |
| Valor por AIH: R\$ | | | 0,00 |
| N° AIH: 352411862343-2 Ident.: 01 Paciente: 000000000047118-SILVANIR MARIA DE JESUS SANTOS | | | |
| Procedimento EQ | Nome do Procedimento | | Valor(R\$) |
| 03.02.04.002-1 | ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATORIO SEM COMPLICACOES SISTEMICAS | | 0,00 |
| 03.02.06.001-4 | ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTES COM DISTURBIOS NEURO-CINETICO-FUNCIONAIS SEM COMPLICACOES | | 0,00 |
| Valor por AIH: R\$ | | | 0,00 |
| N° AIH: 352411862344-3 Ident.: 01 Paciente: 000000000059676-EDIRCIA LOPES TAVARES | | | |
| Procedimento EQ | Nome do Procedimento | | Valor(R\$) |
| 03.02.04.002-1 | ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATORIO SEM COMPLICACOES SISTEMICAS | | 0,00 |
| 03.02.06.001-4 | ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTES COM DISTURBIOS NEURO-CINETICO-FUNCIONAIS SEM COMPLICACOES | | 0,00 |
| Valor por AIH: R\$ | | | 0,00 |
| N° AIH: 352411862345-4 Ident.: 01 Paciente: 000000005577184-MARCIANO LEITE CORREIA | | | |
| Procedimento EQ | Nome do Procedimento | | Valor(R\$) |
| 03.02.06.001-4 | ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTES COM DISTURBIOS NEURO-CINETICO-FUNCIONAIS SEM COMPLICACOES | | 0,00 |
| 03.02.04.002-1 | ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATORIO SEM COMPLICACOES SISTEMICAS | | 0,00 |
| Valor por AIH: R\$ | | | 0,00 |
| N° AIH: 352411862347-6 Ident.: 01 Paciente: 00000000111102-JURACI FAVARETTO | | | |
| Procedimento EQ | Nome do Procedimento | | Valor(R\$) |
| 03.02.04.002-1 | ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATORIO SEM COMPLICACOES SISTEMICAS | | 0,00 |
| 03.02.06.001-4 | ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTES COM DISTURBIOS NEURO-CINETICO-FUNCIONAIS SEM COMPLICACOES | | 0,00 |
| Valor por AIH: R\$ | | | 0,00 |
| N° AIH: 352411862349-8 Ident.: 01 Paciente: 00000000101561-MARIA MICALI CALDEIRA | | | |
| Procedimento EQ | Nome do Procedimento | | Valor(R\$) |
| 03.02.06.001-4 | ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTES COM DISTURBIOS NEURO-CINETICO-FUNCIONAIS SEM COMPLICACOES | | 0,00 |
| 03.02.04.002-1 | ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATORIO SEM COMPLICACOES SISTEMICAS | | 0,00 |
| Valor por AIH: R\$ | | | 0,00 |
| N° AIH: 352411862356-4 Ident.: 01 Paciente: 000000005557571-IGOR GABRIEL SILVA | | | |
| Procedimento EQ | Nome do Procedimento | | Valor(R\$) |
| 03.02.04.002-1 | ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATORIO SEM COMPLICACOES SISTEMICAS | | 0,00 |
| 03.02.06.001-4 | ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTES COM DISTURBIOS NEURO-CINETICO-FUNCIONAIS SEM COMPLICACOES | | 0,00 |
| Valor por AIH: R\$ | | | 0,00 |
| N° AIH: 352411862359-7 Ident.: 01 Paciente: 000000005569293-ROSALINA ROSA DA SILVA | | | |
| Procedimento EQ | Nome do Procedimento | | Valor(R\$) |
| 03.02.06.001-4 | ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTES COM DISTURBIOS NEURO-CINETICO-FUNCIONAIS SEM COMPLICACOES | | 0,00 |

RELATÓRIO DE PROFISSIONAIS - ANALÍTICO

APRESENTAÇÃO: 07 / 2024

DATA: 03/07/2024

| | | |
|---------------------------|--|------|
| 03.02.04.002-1 | ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATORIO SEM COMPLICACOES SISTEMICAS | 0,00 |
| Valor por AIH: R\$ | | 0,00 |

Nº AIH: 352411862360-8 Ident.: 01 Paciente: 000000000103655-GILVAN ANTONIO DOS SANTOS

| Procedimento EQ | Nome do Procedimento | Valor (R\$) |
|---------------------------|---|-------------|
| 03.02.06.001-4 | ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTES COM DISTURBIOS NEURO-CINETICO-FUNCIONAIS SEM COMPLICACOES | 0,00 |
| 03.02.04.002-1 | ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATORIO SEM COMPLICACOES SISTEMICAS | 0,00 |
| Valor por AIH: R\$ | | 0,00 |

Resumo para o CPF 702308198836517

| |
|----------------------------------|
| Quant. Total de Procedimento: 48 |
| Quant. Total de AIH: 27 |
| Valor Total: R\$ 0,00 |

Valor Total: R\$ 0,00

2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

| | |
|------------------------|---------------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 3472 / 003 / 00000988-1 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | IRM DA STA CASA DE MISER PONTAL |
| CPF/CNPJ: | 55.110.753/0001-41 |

| | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|
| Banco: | 033 - BANCO SANTANDER S.A. - 90400888 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Conta destino: | 2129 / 00013000291-6 |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | ABUD SERVICOS RADIOLOGICOS |
| CPF/CNPJ: | 51.819.357/0001-37 |
| Valor: | R\$ 230,75 |
| Valor da tarifa: | R\$ 0,00 |
| Finalidade: | 05 - Pagamento de Fornecedores |
| Identificação da operação: | |
| Histórico: | |

| | |
|---------------------------------|---------------------|
| Data de débito: | 18/07/2024 |
| Data / Hora da operação: | 18/07/2024 12:49:57 |

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00107611 |
| Chave de segurança: | 3HH874A7Q8VJA47E |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104



MUNICÍPIO DE SERTÃOZINHO

14170-120 - RUA JORDAO BORGHETTI - Jardim Recreio - SERTÃOZINHO - SP

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

SER IMAGEM

Centro de Diagnóstico

Número Nota Fiscal: **30673** Data Emissão: **15/07/2024** Chave: **KFPB-IVMW**

ABUD SERVICOS RADIOLOGICOS LTDA.

14160-050 - RUA . SEBASTIÃO SAMPAIO, 765 - CENTRO - SERTÃOZINHO - SP - 14160-050

CNPJ/CPF: **51.819.357/0001-37** Inscr. Estadual/RG:

Email: **NFE@CONTABILIDADEUNIAO.COM**

Telefone: **(16) 3946-8301**

Inscrição Municipal: **109750**

Local de Prestação do Serviço: Sertãozinho

Competência: 07/2024

Exigibilidade: Exigível

Retenção de ISS: SEM RETENÇÃO

Atividade: 04.02 - Análises clínicas, patologia, eletricidade médica, radioterapia, quimioterapia, ultra-sonografia, ressonância magnética, radiologia,

Local de Incidência do Serviço: Sertãozinho

Simple Nacional: Não

DADOS DO TOMADOR DE SERVIÇO

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PONTAL

Sub. Tributário: Não

RUA: ANANIAS COSTA FREITAS, 753, 753 - CENTRO

PONTAL - SP - CEP: 14180-000

CNPJ/CPF: 55.110.753/0001-41

E-mail: **rafaela.carlatavares@bol.com.br**

Endereço Cobrança: O MESMO

Inscrição Municipal:

Telefone:

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

| Qtd | Un | Discriminação dos Serviços | Valor Unitário | Valor Total |
|-----|----|---|----------------|-------------|
| 1 | | Referente a serviços prestados no mês 06/2024. TA 008/2024 AO CONVENIO 001/2022. | 242,00 | 242,00 |

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Imp. Aprox.: 39.47

Aliquota Imp. Aprox. : 16.31

físico

| RETENÇÕES | | | | | | DESCONTOS | | | | | | | | | | | |
|----------------------|------|-------------------------|------|-----------------|--------|-----------|--------|---------------------------|------|------|------|----------------------|------|--------------|------|----------------|------|
| ISS | 0,00 | IRRF | 0,00 | PIS | 1,57 | COFINS | 7,26 | CSLL | 2,42 | INSS | 0,00 | OUTROS | 0,00 | Condicionado | 0,00 | Incondicionado | 0,00 |
| VALOR SERVIÇO | | VALORES DA NFS-e | | | | | | | | | | TOTAL LIQUIDO | | | | | |
| 242,00 | | Repasse/Dedução | 0,00 | Base de Cálculo | 242,00 | Aliquota | 2,00 % | Retenção ISS SEM RETENÇÃO | 4,84 | ISS | 4,84 | 230,75 | | | | | |

A validação dessa nota pode ser realizada no endereço: <https://pmsertaozinho.smarapd.com.br/tb/>

Recortar Aqui

| | | |
|--------------|-------------------|---|
| Data Emissão | 15/07/2024 | RECEBI DA EMPRESA ABUD SERVICOS RADIOLOGICOS LTDA. OS SERVIÇOS CONSTANTES DESTA NOTA FISCAL ELETRÔNICA |
| Número da NF | 30673 | |
| Chave | KFPB-IVMW | |
| Local / Data | | Assinatura |

| RETENÇÕES DE IMPOSTOS - TERMO DE FOMENTO - 01/2022 - PONTAL-SP - JUNHO/2024 | | | | | | |
|---|---|---------------|------------------------|------------|-----------------|---------------|
| NF | RAZÃO SOCIAL | VALOR BRUTO | IMPOSTOS RETIDOS NA NF | | | VALOR LÍQUIDO |
| | | | ISS | IRFF | PIS/COFINS/CSLL | |
| 122 | EL SHADAY CLÍNICA DE FISIOTERAPIA LTDA. - ME. | R\$ 499,69 | R\$ 9,99 | | R\$ 23,24 | R\$ 466,46 |
| 314 | R3 CLÍNICA MÉDICA LTDA | R\$ 7.308,82 | R\$ 146,18 | R\$ 109,63 | R\$ 339,86 | R\$ 6.713,15 |
| 391 | LILIAN CARLA CANTOLINI FERREIRA - ME. | R\$ 63,00 | R\$ 1,27 | | | R\$ 61,73 |
| 3225 | CLINICA DE CIRURGIA VASCULAR DE SERTÃOZINHO | R\$ 11.538,24 | | R\$ 173,07 | R\$ 536,53 | R\$ 10.828,64 |
| 89 | MED SERV RP SERVIÇOS MEDICOS SS | R\$ 67,96 | | R\$ 1,02 | R\$ 3,16 | R\$ 63,78 |
| 350 | GINECOLOGIA E OBSTETRICIA SERVIÇOS MEDICOS S/S | R\$ 2.794,42 | | R\$ 41,92 | R\$ 129,94 | R\$ 2.622,56 |
| 171 | BRUNA SANTOS PACHECO & CIA LTDA EPP | R\$ 72,22 | | R\$ 1,08 | R\$ 3,36 | R\$ 67,78 |
| 601 | CLÍNICA PEDIÁTRICA DR. JOSÉ CARLOS HIRONO S/S. - EPP. | R\$ 1.997,66 | R\$ 39,95 | R\$ 29,96 | R\$ 92,89 | R\$ 1.834,86 |
| 415 | CLINICA BEM ESTAR SAUDE DA MULHER LTDA | R\$ 395,52 | R\$ 7,91 | | R\$ 18,40 | R\$ 369,21 |
| 1367 | R.SOATO CIRURGIA E ENDOSCOPIA DO APARELHO DIGESTIVO S/S. LTDA. - EPP. | R\$ 719,80 | R\$ 14,40 | R\$ 10,80 | R\$ 33,47 | R\$ 661,13 |
| 2117 | INFANTE SAÚDE OCUPACIONAL DE PONTAL LTDA. - EPP. | R\$ 385,17 | R\$ 11,82 | | | R\$ 373,35 |
| 582 | CLÍNICA ORTOPÉDICA MICHIELETO | R\$ 1.416,83 | R\$ 28,34 | R\$ 21,25 | R\$ 65,88 | R\$ 1.301,36 |
| 1368 | R.SOATO CIRURGIA E ENDOSCOPIA DO APARELHO DIGESTIVO S/S. LTDA. - EPP. | R\$ 223,44 | R\$ 4,47 | R\$ 3,35 | R\$ 10,38 | R\$ 205,24 |
| 201 | ESCULAPIO - CLINICA DE ORTOPEDIA LTDA | R\$ 1.087,26 | | R\$ 16,31 | R\$ 50,56 | R\$ 1.020,39 |
| 1042 | UNICLINICAS SERTÃOZINHO LTDA | R\$ 50,00 | | R\$ 0,75 | R\$ 2,33 | R\$ 46,92 |
| 1651 | LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS SANTA TEREZA S/S LTDA. | R\$ 3.459,91 | R\$ 69,20 | R\$ 51,90 | R\$ 160,89 | R\$ 3.177,92 |
| 1096 | INSTITUTO DE PATOLOGIA E CITOLOGIA PROF. DR. PAULO F. L. BECKER S/S LTDA. | R\$ 734,04 | | R\$ 11,01 | R\$ 34,13 | R\$ 688,90 |
| 30273 | ABUD SERVIÇOS RADIOLOGICOS | R\$ 242,00 | | | R\$ 11,25 | R\$ 230,75 |
| | | | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - |
| | | | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - |
| | | | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - |
| VALOR DA GUIA A SER GERADA DO MÊS | | | R\$ 333,52 | R\$ 472,06 | R\$ 1.516,27 | |

NOTA COM VALOR ERRADO

R\$ 1.988,33

BADESCA CIABATI Assinado de forma digital
 ASSIS:169983358 por BADESCA CIABATI
 30 ASSIS:16998335830
 Dados: 2024.07.10
 15:25:36 -03'00'

2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

| | |
|------------------------|---------------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 3472 / 003 / 00000988-1 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | IRM DA STA CASA DE MISER PONTAL |
| CPF/CNPJ: | 55.110.753/0001-41 |

| | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|
| Banco: | 033 - BANCO SANTANDER S.A. - 90400888 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Conta destino: | 0767 / 00013002723-8 |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | N A M SERVICOS MEDICOS |
| CPF/CNPJ: | 42.152.681/0001-53 |
| Valor: | R\$ 882,05 |
| Valor da tarifa: | R\$ 0,00 |
| Finalidade: | 05 - Pagamento de Fornecedores |
| Identificação da operação: | |
| Histórico: | |

| | |
|---------------------------------|---------------------|
| Data de débito: | 18/07/2024 |
| Data / Hora da operação: | 18/07/2024 12:47:26 |

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00107491 |
| Chave de segurança: | CXK0Y99ZX7X5KH0U |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104



Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto - SP
Secretaria Municipal da Fazenda
Fone: (16) - <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/>



Série do Documento
Nota Fiscal de Serviço
Eletrônica - NFS-e
Número da Nota Fiscal
152

Dados do Prestador de Serviço

N. A. M. Servicos Medicos Ltda

Rua Doutor Elias Boalnain, 1020 QUADRA 28 - Loteamento Terras de Florença
CEP 14028-787 - Fone: (16)2133-4433 - Ribeirão Preto/ SP
Inscrição Municipal 20132413 - CPF/CNPJ 42.152.681/0001-53

Data de Geração da NFS-e
12/07/2024 11:18:27
Data de Competência/Emissão
12/07/2024
Cód. de Autenticidade
F30DCFD30
Responsável pela Retenção



Identificação da Nota Fiscal Eletrônica

| | | | |
|--|--|--------------|------------------------|
| Natureza da Operação Exigível | Número do RPS | Série do RPS | Data de Emissão do RPS |
| Local dos Serviços Ribeirão Preto - São Paulo | Município Incidência Ribeirão Preto - São Paulo | | |

Dados do Tomador de Serviços

CNPJ/CPF : 55.110.753/0001-41 IM :
Razão Social : IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL
Endereço : Rua Ananias da Costa Freitas Número : 753
Complemento : Bairro : Centro
CEP : 14180-000 Cidade/UF : Pontal/ SP
Telefone : E-mail : contasmedicas@iscmpontal.com.br

Dados do Intermediário de Serviços

| | | |
|------|---------------------|--------------|
| CNPJ | Inscrição Municipal | Razão Social |
|------|---------------------|--------------|

Descrição dos Serviços

HONORÁRIOS MÉDICOS REFERENTE AOS SERVIÇOS PRESTADOS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR SUS NA SANTA CASA DE PONTAL REFERENTE A JUNHO/2024, POR DRA NAYARA ALVES MENDES, CRM/SP 167.837. CONFORME CONVÊNIO COM O MUNICÍPIO DE PONTAL, TA NUMERO 008/2024 AO CONVENIO 001/2022.

EMPRESA AE SIMPLES NACIONAL, DISPENSADO DA RETENÇÃO DE IR CONFORME IN 765/2007 PARAGRAFO III.

"VALOR APROXIMADO DOS TRIBUTOS: R\$ 147,30. FEDERAL 13,45%; MUNICIPAL 3,25% - FONTE: IBPT".

finico

Detalhamento dos Tributos

| | | | | | | | |
|--|-------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------------|--|
| Atividade do Município 40101 - Medicina - | Alíquota 2,01 | Item da LC116/2003 401 | Cód. NBS | Cód. CNAE 8630503 | | | |
| VI. Total dos Serviços R\$ 882,05 | Desconto Incondicionado R\$ 0,00 | Deduções Base Cálculo R\$ 0,00 | Base de Cálculo R\$ 882,05 | Total do ISSQN R\$ 17,73 | ISSQN Retido Não | Desconto Condicionado R\$ 0,00 | |
| PIS R\$ 0,00 | COFINS R\$ 0,00 | INSS R\$ 0,00 | IRRF R\$ 0,00 | CSLL R\$ 0,00 | Outras Retenções R\$ 0,00 | VI. ISSQN Retido R\$ 0,00 | VI. Líquido da Nota Fiscal R\$ 882,05 |
| Construção Civil | | Cód. Obra : | | Art. : | | | |

Informações Adicionais

I - "DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL"; e II - "NÃO GERA DIREITO A CRÉDITO FISCAL DE IPI."

Consulte a autenticidade deste documento acessando o site: <https://www.issnetonline.com.br/ribeiraopreto/online>

2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

| | |
|------------------------|---------------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 3472 / 003 / 00000988-1 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | IRM DA STA CASA DE MISER PONTAL |
| CPF/CNPJ: | 55.110.753/0001-41 |

| | |
|-----------------------------------|---|
| Banco: | 756 - BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A. - 02038232 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Conta destino: | 3214 / 00000063263-5 |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | R3 CLINICA MEDICA |
| CPF/CNPJ: | 34.129.327/0001-80 |
| Valor: | R\$ 3.748,17 |
| Valor da tarifa: | R\$ 0,00 |
| Finalidade: | 05 - Pagamento de Fornecedores |
| Identificação da operação: | |
| Histórico: | |

| | |
|---------------------------------|---------------------|
| Data de débito: | 18/07/2024 |
| Data / Hora da operação: | 18/07/2024 12:45:33 |

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00107413 |
| Chave de segurança: | US7Y7M3J188QXCU5 |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104



Prefeitura Municipal de Pontal
Município de Pontal
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e



Número da NFS-e
316
Código de Verificação de Autenticidade
FWQWPMV3P
Data e Hora de Emissão da NFS-e
12/07/2024 às 15:46:32
Chave de Acesso
7485358HN86U4WEAJAZQ9UIZCLBDRP6

Para certificação da autenticidade acesse
<http://45.71.128.162:5661/issweb>, menu
consultas e informe os dados desta NFS-e.

Informações Fiscais

| | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------|---|------------------------------------|
| Exigibilidade do ISS Exigível | Número do Processo | Município de Incidência do ISS PONTAL-SP | Local da Prestação PONTAL - SP |
| Número do RPS | Série do RPS | Tipo do RPS | Data do RPS 12/07/2024 |
| Optante Simples Nacional 2 - Não | Incentivo Fiscal 2 - Não | Regime Especial Tributação Não Possui | Tipo ISS 03 - Sobre Faturamento |

PRESTADOR DE SERVIÇOS

| | | | | |
|--|-----------------------|----------------------------------|------------------------|---|
| CPF/CNPJ 34.129.327/0001-80 | RG/Inscrição Estadual | Inscrição Municipal 000009805 | Cadastro 000036616 | Nome/Razão Social R3 CLÍNICA MÉDICA LTDA |
| Logradouro RUA ANANIAS COSTA FREITAS, 753 | | | Complemento SALA 01 | Bairro CENTRO |
| CEP 14180-000 | Cidade PONTAL-SP | | Telefone | E-mail |

TOMADOR DE SERVIÇOS

| | | | |
|---|----------------------------|----------------------|---|
| CPF/CNPJ/Documento 55.110.753/0001-41 | RG/Inscrição Estadual | Inscrição Municipal | Nome/Razão Social IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL |
| Logradouro RUA ANANIAS COSTA FREITAS, 753, 000 | | | Complemento CENTRO |
| CEP/Cod.Postal 14180-000 | Cidade/País PONTAL - SP | Cod. IBGE 3540200 | Telefone E-mail rh@iscmpontal.com.br |

Discriminação dos Serviços

| Qtde. | Un. Medida | Descrição | Vir. Unitário | Total |
|-------|------------|---|---------------|--------------|
| 1,00 | UN | SERVIÇOS MEDICOS PRESTADOS NA SANTA CASA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR SUS REF MES DE JUNHO/2024, CONFORME CONVENIO COM O MUNICIPIO DE PONTAL TA N°006/2024 AO CONV N°001/2022 | 4.080,74 | R\$ 4.080,74 |

física

Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS

| LC 116/2003: 04.03 | Alíquota | Atividade Município | Código CNAE | Código da Obra | Código ART | |
|--|-------------------------|-----------------------|-----------------|----------------|------------|-----------------------|
| Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, am... | 2,00% | 0000040000003 | 8610101 | | | |
| Valor Total dos Serviços | Desconto Incondicionado | Deduções Base Cálculo | Base de Cálculo | Total do ISS | ISS Retido | Desconto Condicionado |
| R\$ 4.080,74 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 4.080,74 | R\$ 81,61 | 1 - Sim | R\$ 0,00 |

Retenções de Impostos

| | | | | | |
|------------------------|---------------------------|----------|-------------------------|-------------------------|------------------|
| PIS (4.080,74 x 0,65%) | COFINS (4.080,74 x 3,00%) | INSS | IRRF (4.080,74 x 1,50%) | CSLL (4.080,74 x 1,00%) | Outras Retenções |
| R\$ 26,52 | R\$ 122,42 | R\$ 0,00 | R\$ 61,21 | R\$ 40,81 | R\$ 0,00 |

Valor Líquido da NFS-e: R\$ 3.748,17

Val. Aprox. Tributos:

Informações Complementares

RECEBI(EMOS) DE R3 CLÍNICA MÉDICA LTDA O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO 316 E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO FWQWPMV3P.

Data

CPF/RG

Assinatura

2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

| | |
|------------------------|---------------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 3472 / 003 / 00000988-1 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | IRM DA STA CASA DE MISER PONTAL |
| CPF/CNPJ: | 55.110.753/0001-41 |

| | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|
| Banco: | 033 - BANCO SANTANDER S.A. - 90400888 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Conta destino: | 0711 / 00013000384-2 |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | LILIAN CARLA CANTOLINI FERREIRA |
| CPF/CNPJ: | 20.739.189/0001-46 |
| Valor: | R\$ 55,56 |
| Valor da tarifa: | R\$ 0,00 |
| Finalidade: | 05 - Pagamento de Fornecedores |
| Identificação da operação: | |
| Histórico: | |

| | |
|---------------------------------|---------------------|
| Data de débito: | 18/07/2024 |
| Data / Hora da operação: | 18/07/2024 12:42:37 |

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00107290 |
| Chave de segurança: | AY1563SWT4VP939H |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104



Prefeitura Municipal de Pontal
Município de Pontal
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e



Número da NFS-e
394
Código de Verificação de Autenticidade
GX0BH3A35
Data e Hora de Emissão da NFS-e
12/07/2024 às 11:13:02
Chave de Acesso
7483641961LYTHWE12LRFAB0ME2PJXEM

Informações Fiscais

| | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------|--|--------------------------------|
| Exigibilidade do ISS Exigível | Número do Processo | Município de Incidência do ISS PONTAL-SP | Local da Prestação PONTAL - SP |
| Número do RPS | Série do RPS | Tipo do RPS | Data do RPS |
| | | | Competência 12/07/2024 |
| Optante Simples Nacional 1 - Sim | Incentivo Fiscal 2 - Não | Regime Especial Tributação Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP) 03 - Sobre Faturamento | Tipo ISS |

Para certificação da autenticidade acesse
<http://45.71.128.162:5661/issweb>, menu
consultas e informe os dados desta NFS-e.

PRESTADOR DE SERVIÇOS

| | | | | |
|--|---------------------------------|----------------------------------|--------------------------|--|
| CPF/CNPJ 20.739.189/0001-46 | RG/Inscrição Estadual ISENTO | Inscrição Municipal 000008650 | Cadastro 000030280 | Nome/Razão Social LILIAN CARLA CANTOLINI FERREIRA - ME. |
| Logradouro RUA JOSÉ PEDRO ALÉM, 131 | CEP 14180-000 | Cidade PONTAL-SP | Complemento SALA 03 | Bairro CENTRO |
| | | | Telefone 16-3953-4791 | E-mail ricesar88@hotmail.com |

TOMADOR DE SERVIÇOS

| | | | |
|---|-----------------------------|----------------------------|---|
| CPF/CNPJ/Documento 55.110.753/0001-41 | RG/Inscrição Estadual | Inscrição Municipal | Nome/Razão Social IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL |
| Logradouro RUA ANANIAS COSTA FREITAS, 753, 000 | CEP/Cod.Postal 14180-000 | Cidade/País PONTAL - SP | Complemento CENTRO |
| | | | Cod. IBGE 3540200 |
| | | | Telefone rh@iscmpontal.com.br |

Discriminação dos Serviços

| Qtde. | Un. Medida | Descrição | Vir. Unitário | Total |
|-------|------------|---|---------------|-----------|
| 1,00 | UN | SERVIÇOS PRESTADOS NA SANTA CASA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR SUS(FONODILOGIA) REF JUNHO/2024,CONFORME CONVENIO COM O MUNICÍPIO DE PONTAL TA N°008/2024 AO CONV N°001/2022 | 56,70 | R\$ 56,70 |

Assinatura

Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS

| LC 116/2003: | Alíquota | Atividade Município | Código CNAE | Código da Obra | Código ART |
|--|-------------------------|-----------------------|-----------------|----------------|-----------------------|
| 04,08 | 2,01% | 0000040000008 | 8650006 | | |
| Terapia ocupacional, fisioterapia e fonoaudiologia | | | | | |
| Valor Total dos Serviços | Desconto Incondicionado | Deduções Base Cálculo | Base de Cálculo | Total do ISS | ISS Retido |
| R\$ 56,70 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 56,70 | R\$ 1,14 | 1 - Sim |
| | | | | | Desconto Condicionado |
| | | | | | R\$ 0,00 |

Retenções de Impostos

| | | | | | |
|----------|----------|----------|----------|----------|------------------|
| PIS | COFINS | INSS | IRRF | CSLL | Outras Retenções |
| R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |

Valor Líquido da NFS-e: R\$ 55,56

Val. Aprox. Tributos:

Informações Complementares

RECEBI(EMOS) DE LILIAN CARLA CANTOLINI FERREIRA - ME. O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO 394 E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO GX0BH3A35.

Data

CPF/RG

Assinatura

Teste da
aritmia
9 x 6,30 = 56,70

SIGTAP - Sistema de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS

[Download](#) | [Wiki](#) | [Fale Conosco](#) | [Sair](#)

Usuário: public

| |
|------------------|
| Procedimento |
| Compatibilidades |
| Tabelas |
| Relatórios |

Procedimento

Procedimento: 03.01.01.004-8 - CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)

Grupo: 03 - Procedimentos clínicos
 Sub-Grupo: 01 - Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos
 Forma de Organização: 01 - Consultas médicas/outros profissionais de nível superior

Competência: 07/2024 [Histórico de alterações](#)

Modalidade de Atendimento: Ambulatorial Hospitalar Hospital Dia
 Complexidade: Média Complexidade
 Financiamento: Média e Alta Complexidade (MAC)
 Sub-Tipo de Financiamento:
 Instrumento de Registro: BPA (Consolidado) BPA (Individualizado) AIH (Proc. Secundário)
 Sexo: Ambos
 Média de Permanência:
 Tempo de Permanência:
 Quantidade Máxima:
 Idade Mínima: 0 meses
 Idade Máxima: 130 anos
 Pontos:
 Atributos Complementares: Exige CPF/CNS Exige idade no BPA (Consolidado)

| Valores | | | |
|-----------------------|----------|-----------------------|----------|
| Serviço Ambulatorial: | R\$ 6,30 | Serviço Hospitalar: | R\$ 0,00 |
| Total Ambulatorial: | R\$ 6,30 | Serviço Profissional: | R\$ 0,00 |
| | | Total Hospitalar: | R\$ 0,00 |

| Descrição | CID | CBO | Leito | Serviço Classificação | Habilitação | Redes | Origem | Regra Condicionada | Renases | TUSS |
|-----------|-----|-----|-------|-----------------------|-------------|-------|--------|--------------------|---------|------|
|-----------|-----|-----|-------|-----------------------|-------------|-------|--------|--------------------|---------|------|

Descrição
 REGISTRO DE CONSULTA CLÍNICA DE PROFISSIONAIS DE SAUDE (EXCETO MÉDICO) DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA, JUNTAMENTE COM TODOS OS OUTROS PROCEDIMENTOS QUE TENHAM EXECUTADO NESTA CONSULTA.



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

| | |
|------------------------|---------------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 3472 / 003 / 00000988-1 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | IRM DA STA CASA DE MISER PONTAL |
| CPF/CNPJ: | 55.110.753/0001-41 |

| | |
|-----------------------------------|---|
| Banco: | 756 - BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A. - 02038232 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Conta destino: | 3214 / 00000047619-6 |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | CLINICA DE CIRURGIA VASCULAR |
| CPF/CNPJ: | 01.439.325/0001-38 |
| Valor: | R\$ 4.873,05 |
| Valor da tarifa: | R\$ 0,00 |
| Finalidade: | 05 - Pagamento de Fornecedores |
| Identificação da operação: | |
| Histórico: | |

| | |
|---------------------------------|---------------------|
| Data de débito: | 18/07/2024 |
| Data / Hora da operação: | 18/07/2024 12:40:27 |

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00107200 |
| Chave de segurança: | 550NZGN896F84A10 |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104



MUNICIPIO DE SERTÃOZINHO

14170-120 - RUA JORDAO BORGHETTI - Jardim Recreio - SERTÃOZINHO - SP

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

| | | | |
|--|---------------------|-----------------------------|------------------|
| | Número Nota Fiscal: | Data Emissão: | Chave: |
| | 3282 | 17/07/2024 | KRJP-SJDP |
| CLINICA DE CIRURGIA VASCULAR DE | | | |
| RUA SEBASTIAO SAMPAIO, 1869 SALA 1 - CENTRO - SERTAOZINHO - SP - 14160-600 | | | |
| CNPJ/CPF: 01.439.325/0001-38 | | Inscr. Estadual/RG: | |
| Email: | | Inscrição Municipal: 112682 | |
| Telefone: | | | |

| | |
|---|--|
| Local de Prestação do Serviço: Sertãozinho | Local de Incidência do Serviço: Sertãozinho |
| Competência: 07/2024 | Simplex Nacional: Não |
| Exigibilidade: Exigível | |
| Retenção de ISS: SEM RETENÇÃO | |
| Atividade: 04.03 - Clínicas, laboratórios, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres | |

| DADOS DO TOMADOR DE SERVIÇO | |
|--|----------------------|
| IRMANDADE SANTA CASA MISERICÓRDIA DE PONTAL | Sub. Tributário: Não |
| Rua Ananias Costa Freitas, 753 - CENTRO | |
| PONTAL - SP - CEP: 14.180.000 | |
| CNPJ/CPF: 55.110.753/0001-41 | Inscrição Municipal: |
| E-mail: | Telefone: |

| DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS | | | |
|----------------------------|----|--|-------------|
| Qtd | Un | Discriminação dos Serviços | Valor Total |
| 1 | | SERVIÇOS MEDICOS PRESTADOS NA SANTA CASA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR SUS REF JUNHO/2024, CONFORME CONVENIO COM O MUNICÍPIO DE PONTAL TA N°008/2024 AO CONV N°001/2022 | 5.192,38 |
| | | | 5.192,38 |

| INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES |
|-----------------------------|
| Aliquota Imp. Aprox. : 0.00 |

fúncio

| RETENÇÕES | | | | | | | | DESCONTOS | | | | | | | | | |
|----------------------|-----------------|-------------------------|-------|-----------------|----------|----------|--------|-----------|------------------|------|--------|----------------------|------|--------------|------|----------------|-----------------|
| ISS | 0,00 | IRRF | 77,89 | PIS | 33,75 | COFINS | 155,77 | CSLL | 51,92 | INSS | 0,00 | OUTROS | 0,00 | Condicionado | 0,00 | Incondicionado | 0,00 |
| VALOR SERVIÇO | 5.192,38 | VALORES DA NFS-e | | | | | | | | | | TOTAL LIQUIDO | | | | | |
| | | Repasse/Dedução | 0,00 | Base de Cálculo | 5.192,38 | Aliquota | 2,00 % | Retenção | ISS SEM RETENÇÃO | ISS | 103,85 | | | | | | 4.873,05 |

A validação dessa nota pode ser realizada no endereço: <https://pmsertaozinho.smarapd.com.br/tb/>

Recortar Aqui

| | | |
|--------------|--------------|--|
| Data Emissão | 17/07/2024 | RECEBI DA EMPRESA CLINICA DE CIRURGIA VASCULAR DE SERTAOZINHO S/S LTDA OS SERVIÇOS CONSTANTES DESTA NOTA FISCAL ELETRÔNICA |
| Número da NF | 3282 | |
| Chave | KRJP-SJDP | |
| | Local / Data | Assinatura |

2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

| | |
|------------------------|---------------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 3472 / 003 / 00000988-1 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | IRM DA STA CASA DE MISER PONTAL |
| CPF/CNPJ: | 55.110.753/0001-41 |

| | |
|-----------------------------------|---|
| Banco: | 756 - BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A. - 02038232 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Conta destino: | 4277 / 00000020129-4 |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | NED SERV RP SERVICOS MEDICOS |
| CPF/CNPJ: | 12.563.132/0001-00 |
| Valor: | R\$ 189,36 |
| Valor da tarifa: | R\$ 0,00 |
| Finalidade: | 05 - Pagamento de Fornecedores |
| Identificação da operação: | |
| Histórico: | |

| | |
|---------------------------------|---------------------|
| Data de débito: | 18/07/2024 |
| Data / Hora da operação: | 18/07/2024 12:38:54 |

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00107127 |
| Chave de segurança: | Z6U6AQF5FTF6ZNZ9 |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104



PREFEITURA MUNICIPAL DE JABOTICABAL
SECRETARIA DE FAZENDA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e

Número da
NFS-e
97



Data e Hora da Emissão 14/07/2024 20:26:48 Competência 14/7/2024 Código de Verificação HPHCHOTMH

Número do RPS No. da NFS-e substituída Local da Prestação PONTAL - SP

Prestador de Serviço

Razão Social/Nome MED SERV RP SERVICOS MEDICOS SS
Nome Fantasia
CNPJ/CPF 12.563.132/0001-00 Inscrição Municipal 131259 Município JABOTICABAL - SP
Endereço e CEP RUA Antonio Alceu Bellodi ,191 - Bourbon Residence CEP: 14887-518
Complemento Telefone e-mail sirleu@hotmail.com

Tomador de Serviço

Razão Social/Nome IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL
CNPJ/CPF 55.110.753/0001-41 Inscrição Municipal Município PONTAL - SP
Endereço e CEP RUA ANANIAS DA COSTA FREITAS ,753 - CENTRO CEP: 14180-000
Complemento Telefone (16)3953-1716 e-mail gerencia@iscmpontal.com.br

Discriminação do Serviço

SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS NA SANTA CASA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR SUS
CONFORME CONVENIO COM O MUNICÍPIO DE PONTAL
TA N° 008/2024 AO CONV N° 001/2022
REFERENTE O MES DE JUNHO/2024

físico

Código do Serviço / Atividade

4.03 / 8630501 - Atividade médica ambulatorial com recursos para realização de procedimentos cirúrgicos

Detalhamento Específico da Construção Civil

Código da Obra Código ART

Tributos Federais

PIS (R\$) 1,31 COFINS (R\$) 6,05 IR (R\$) 3,03 INSS (R\$) CSSL (R\$) 2,02

Detalhamento de Valores - Prestador do Serviço

Outras Informações

Cálculo do ISSQN devido no Município

| Valor do Serviço R\$ | 201,77 | Natureza Operação | Valor do Serviço R\$ | 201,77 |
|-----------------------------|--------|----------------------------|--------------------------------|-----------------|
| (-) Desconto Incondicionado | 0,00 | 1-Tributação no município | (-) Deduções Permitidas em Lei | 0,00 |
| (-) Desconto Condicionado | 0,00 | Regime Especial Tributação | (-) Desconto Incondicionado | 0,00 |
| (-) Retenções Federais | 12,41 | 0-Nenhum | Base de Cálculo | 201,77 |
| (-) Outras Retenções | 0,00 | Opção Simples Nacional | (x) Alíquota % | 2,00 |
| (-) ISSQN Retido | 0,00 | 2 - Não | ISSQN a Reter | () Sim (X) Não |
| (=) Valor Líquido R\$ | 189,36 | Incentivador Cultural | (=) Valor do ISSQN R\$ | 4,04 |
| | | 2-Não | | |

Avisos

1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador do Serviço.
2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, <http://jaboticabal.ginfes.com.br> com a utilização do Código de Verificação.

2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

| | |
|------------------------|---------------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 3472 / 003 / 00000988-1 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | IRM DA STA CASA DE MISER PONTAL |
| CPF/CNPJ: | 55.110.753/0001-41 |

| | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|
| Banco: | 237 - BANCO BRADESCO S/A - 60746948 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Conta destino: | 2829 / 00000010063-3 |
| Tipo de pessoa: | FÍSICA |
| Nome: | BRUNA SANTOS PACHECO & CIA LTDA |
| CPF/CNPJ: | 329.460.028-37 |
| Valor: | R\$ 518,55 |
| Valor da tarifa: | R\$ 0,00 |
| Finalidade: | 05 - Pagamento de Fornecedores |
| Identificação da operação: | |
| Histórico: | |

| | |
|---------------------------------|---------------------|
| Data de débito: | 18/07/2024 |
| Data / Hora da operação: | 18/07/2024 12:35:31 |

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00106997 |
| Chave de segurança: | HAZNA7EG14PZ41Q5 |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104



Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto - SP

Secretaria Municipal da Fazenda

Fone: (16) - <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/>



Série do Documento
Nota Fiscal de Serviço
Eletrônica - NFS-e

Número da Nota Fiscal
172

Dados do Prestador de Serviço

Bruna Santos Pacheco & Cia Ltda - EPP

Rua Barão do Amazonas, 002139 BLOCO: B1 - Jardim Sumaré
CEP 14025-110 - Fone: (16)99436-6556 - Ribeirão Preto/ SP
fenixcon@convex.com.br
Inscrição Municipal 20107468 - CPF/CNPJ 21.992.446/0001-10

Data de Geração da NFS-e
12/07/2024 17:23:44

Data de Competência/Emissão
12/07/2024

Cód. de Autenticidade
CCDBC419A

Responsável pela Retenção



Identificação da Nota Fiscal Eletrônica

| | | | |
|--|--|--------------|------------------------|
| Natureza da Operação Exigível | Número do RPS | Série do RPS | Data de Emissão do RPS |
| Local dos Serviços Ribeirão Preto - São Paulo | Município Incidência Ribeirão Preto - São Paulo | | |

Dados do Tomador de Serviços

CNPJ/CPF : 55.110.753/0001-41 **IM :**
Razão Social : IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL
Endereço : Rua Ananias da Costa Freitas **Número :** 753
Complemento : **Bairro :** Centro
CEP : 14180-000 **Cidade/UF :** Pontal/ SP
Telefone : **E-mail :** contasmedicas@iscmpontal.com.br

Dados do Intermediário de Serviços

| | | |
|------|---------------------|--------------|
| CNPJ | Inscrição Municipal | Razão Social |
|------|---------------------|--------------|

Descrição dos Serviços

SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS NA SANTA CASA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR SUS
CONFORME CONVENIO COM O MUNICIPIO DE PONTAL
TA N°008/ 2024
CONVENIO N° 001/ 2022
REFERENTE MES DE JUNHO/ 2024

Júlio

Detalhamento dos Tributos

| | | | | | | | |
|--|-------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------------|---|
| Atividade do Município 40101 - Medicina - | Alíquota 2,00 | Item da LC116/2003 401 | Cód. NBS | Cód. CNAE 8630503 | | | |
| VI. Total dos Serviços R\$ 554,79 | Desconto Incondicionado R\$ 0,00 | Deduções Base Cálculo R\$ 0,00 | Base de Cálculo R\$ 554,79 | Total do ISSQN R\$ 11,10 | ISSQN Retido Não | Desconto Condicionado R\$ 0,00 | |
| PIS R\$ 3,61 | COFINS R\$ 16,64 | INSS R\$ 0,00 | IRRF R\$ 0,00 | CSLL R\$ 15,99 | Outras Retenções R\$ 0,00 | VI. ISSQN Retido R\$ 0,00 | VI. Líquido da Nota Fiscal R\$ 518,55 |
| Construção Civil | Cód. Obra : | | Art. : | | | | |

Informações Adicionais

Consulte a autenticidade deste documento acessando o site: <https://www.issnetonline.com.br/ribeiraopreto/online>

2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

| | |
|------------------------|---------------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 3472 / 003 / 00000988-1 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | IRM DA STA CASA DE MISER PONTAL |
| CPF/CNPJ: | 55.110.753/0001-41 |

| | |
|-----------------------------------|--|
| Banco: | 033 - BANCO SANTANDER S.A. - 90400888 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Conta destino: | 0711 / 00001300425-2 |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | CLINICA PEDIATRICA DR JOSE CARLOS HIRONO |
| CPF/CNPJ: | 02.243.424/0001-02 |
| Valor: | R\$ 1.467,75 |
| Valor da tarifa: | R\$ 0,00 |
| Finalidade: | 05 - Pagamento de Fornecedores |
| Identificação da operação: | |
| Histórico: | |

| | |
|---------------------------------|---------------------|
| Data de débito: | 18/07/2024 |
| Data / Hora da operação: | 18/07/2024 12:31:51 |

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00106846 |
| Chave de segurança: | 73S89JUFGWXRA34A |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104



Prefeitura Municipal de Pontal
Município de Pontal
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e



Número da NFS-e
605
Código de Verificação de Autenticidade
T18TSTHSD
Data e Hora de Emissão da NFS-e
12/07/2024 às 10:16:30
Chave de Acesso
7483299EB8NT7KU1F2Q679G61GXHIUUY

Para certificação da autenticidade acesse
<http://45.71.128.162:5661/issweb>, menu
consultas e informe os dados desta NFS-e.

Informações Fiscais

| | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------|--|-----------------------------------|
| Exigibilidade do ISS Exigível | Número do Processo | Município de Incidência do ISS PONTAL-SP | Local da Prestação PONTAL - SP |
| Número do RPS | Série do RPS | Tipo do RPS | Data do RPS 12/07/2024 |
| Optante Simples Nacional 2 - Não | Incentivo Fiscal 2 - Não | Regime Especial Tributação Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP) 03 - Sobre Faturamento | Tipo ISS |

PRESTADOR DE SERVIÇOS

| | | | | |
|--|---------------------------------|-----------------------------|--------------------------|--|
| CPF/CNPJ 02.243.424/0001-02 | RG/Inscrição Estadual ISENTO | Inscrição Municipal 4568 | Cadastro 000027233 | Nome/Razão Social CLÍNICA PEDIÁTRICA DR. JOSÉ CARLOS HIRONO S/S. - EPP. |
| Logradouro RUA GUILHERME SILVA, 619 | CEP 14180-000 | Cidade PONTAL-SP | Telefone 16-3953-5503 | Bairro CENTRO E-mail uniacontabil2008@hotmail.com |

TOMADOR DE SERVIÇOS

| | | | |
|---|-----------------------------|----------------------------|---|
| CPF/CNPJ/Documento 55.110.753/0001-41 | RG/Inscrição Estadual | Inscrição Municipal | Nome/Razão Social IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL |
| Logradouro RUA ANANIAS COSTA FREITAS, 753, 000 | CEP/Cod.Postal 14180-000 | Cidade/Pais PONTAL - SP | Complemento CENTRO Cod. IBGE 3540200 Telefone E-mail rh@iscmpontal.com.br |

Discriminação dos Serviços

| Qtde. | Un. Medida | Descrição | Vir. Unitário | Total |
|-------|------------|---|---------------|--------------|
| 1,00 | UN | SERVIÇOS MEDICOS PRESTADOS NA SANTA CASA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR SUS REF JUNHO/2024, CONFORME CONVENIO COM O MUNICIPIO DE PONTAL TA N° 008/2024 AO CONV N°001/2022 | 1.597,99 | R\$ 1.597,99 |

Júnia

Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS

| LC 116/2003: | Alíquota | Atividade Município | Código CNAE | Código da Obra | Código ART |
|--|-------------------------|-----------------------|-----------------|----------------|-----------------------|
| 04.03 | 2,00% | 0000040000003 | 8630599 | | |
| Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, am... | | | | | |
| Valor Total dos Serviços | Desconto Incondicionado | Deduções Base Cálculo | Base de Cálculo | Total do ISS | ISS Retido |
| R\$ 1.597,99 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 1.597,99 | R\$ 31,96 | 1 - Sim |
| | | | | | Desconto Condicionado |
| | | | | | R\$ 0,00 |

Retenções de Impostos

| | | | | | |
|------------------------|---------------------------|----------|-------------------------|-------------------------|------------------|
| PIS (1.597,99 x 0,65%) | COFINS (1.597,99 x 3,00%) | INSS | IRRF (1.597,99 x 1,50%) | CSLL (1.597,99 x 1,00%) | Outras Retenções |
| R\$ 10,39 | R\$ 47,94 | R\$ 0,00 | R\$ 23,97 | R\$ 15,98 | R\$ 0,00 |

Valor Líquido da NFS-e: R\$ 1.467,75

Val. Aprox. Tributos: Federal (13,45%) R\$214,93 Estadual (0,00%) R\$0,00 Municipal (2,69%) R\$42,99

Informações Complementares

RECEBI(EMOS) DE CLÍNICA PEDIÁTRICA DR. JOSÉ CARLOS HIRONO S/S. - EPP. O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO 605 E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO T18TSTHSD.

Data

CPF/RG

Assinatura

2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

| | |
|------------------------|---------------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 3472 / 003 / 00000988-1 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | IRM DA STA CASA DE MISER PONTAL |
| CPF/CNPJ: | 55.110.753/0001-41 |

| | |
|-----------------------------------|---|
| Banco: | 756 - BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A. - 02038232 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Conta destino: | 3214 / 00000036610-2 |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | CLINICA BEM ESTAR SAUDE DA MULHER |
| CPF/CNPJ: | 21.667.568/0001-30 |
| Valor: | R\$ 650,89 |
| Valor da tarifa: | R\$ 0,00 |
| Finalidade: | 05 - Pagamento de Fornecedores |
| Identificação da operação: | |
| Histórico: | |

| | |
|---------------------------------|---------------------|
| Data de débito: | 18/07/2024 |
| Data / Hora da operação: | 18/07/2024 12:30:16 |

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00106779 |
| Chave de segurança: | QJX85XFRV35VU9TA |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104



Prefeitura Municipal de Pontal
Município de Pontal
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e



Número da NFS-e
417
Código de Verificação de Autenticidade
QHL2UD5VP
Data e Hora de Emissão da NFS-e
12/07/2024 às 15:42:35
Chave de Acesso
748525Y7KRORDKFFJWMJL1LRZQ3DPK1U

Para certificação da autenticidade acesse
<http://45.71.128.162:5661/issweb>, menu
consultas e informe os dados desta NFS-e.

Informações Fiscais

| | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------|---|------------------------------------|
| Exigibilidade do ISS Exigível | Número do Processo | Município de Incidência do ISS PONTAL-SP | Local da Prestação PONTAL - SP |
| Número do RPS | Série do RPS | Tipo do RPS | Data do RPS 12/07/2024 |
| Optante Simples Nacional 2 - Não | Incentivo Fiscal 2 - Não | Regime Especial Tributação Não Possui | Tipo ISS 03 - Sobre Faturamento |

PRESTADOR DE SERVIÇOS

| | | | | |
|--|---------------------------------|----------------------------------|--------------------------|---|
| CPF/CNPJ 21.667.568/0001-30 | RG/Inscrição Estadual ISENTA | Inscrição Municipal 000008550 | Cadastro 000030651 | Nome/Razão Social CLINICA BEM ESTAR SAUDE DA MULHER LTDA |
| Logradouro RUA APRÍGIO DE ARAUJO, 290 | CEP 14180-000 | Cidade PONTAL-SP | Telefone 16-3953-1565 | Bairro CENTRO E-mail cdcarolo@yahoo.com.br |

TOMADOR DE SERVIÇOS

| | | | |
|---|-----------------------------|----------------------------|---|
| CPF/CNPJ/Documento 55.110.753/0001-41 | RG/Inscrição Estadual | Inscrição Municipal | Nome/Razão Social IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL |
| Logradouro RUA ANANIAS COSTA FREITAS, 753, 000 | CEP/Cod.Postal 14180-000 | Cidade/País PONTAL - SP | Cod. IBGE 3540200 |
| | | | Telefone E-mail rh@iscmpontal.com.br |

Discriminação dos Serviços

| Qtde. | Un. Medida | Descrição | Vir. Unitário | Total |
|-------|------------|---|---------------|------------|
| 1,00 | UN | SERVIÇOS MEDICOS PRESTADOS NA SANTA CASA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR SUS REF MES DE JUNHO/2024, CONFORME CONVENIO COM O MUNICIPIO DE PONTAL TA N°008/2024 AO CONV N°001/2022 | 708,65 | R\$ 708,65 |

fúscico

Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS

| LC 116/2003: | Alíquota | Atividade Município | Código CNAE | Código da Obra | Código ART |
|--------------------------|-------------------------|-----------------------|-----------------|----------------|-----------------------|
| 04,01 | 2,00% | 0000040000001 | 8630503 | | |
| Medicina e biomedicina | | | | | |
| Valor Total dos Serviços | Desconto Incondicionado | Deduções Base Cálculo | Base de Cálculo | Total do ISS | ISS Retido |
| R\$ 708,65 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 708,65 | R\$ 14,17 | 1 - Sim |
| | | | | | Desconto Condicionado |
| | | | | | R\$ 0,00 |

Retenções de Impostos

| | | | | | |
|----------------------|-------------------------|----------|-----------------------|-----------------------|------------------|
| PIS (708,65 x 0,65%) | COFINS (708,65 x 3,00%) | INSS | IRRF (708,65 x 1,50%) | CSLL (708,65 x 1,00%) | Outras Retenções |
| R\$ 4,61 | R\$ 21,26 | R\$ 0,00 | R\$ 10,63 | R\$ 7,09 | R\$ 0,00 |

Valor Líquido da NFS-e: R\$ 650,89

Val. Aprox. Tributos: Federal (13,45%) R\$95,31 Estadual (0,00%) R\$0,00 Municipal (2,31%) R\$16,37

Informações Complementares

RECEBI(EMOS) DE CLINICA BEM ESTAR SAUDE DA MULHER LTDA O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO 417 E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO QHL2UD5VP.

Data

CPF/RG

Assinatura

2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

| | |
|------------------------|---------------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 3472 / 003 / 00000988-1 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | IRM DA STA CASA DE MISER PONTAL |
| CPF/CNPJ: | 55.110.753/0001-41 |

| | |
|-----------------------------------|---|
| Banco: | 756 - BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A. - 02038232 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Conta destino: | 3214 / 00000052686-0 |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | R SOATO CIRURGIA E ENDOSCOPIA |
| CPF/CNPJ: | 06.307.803/0001-70 |
| Valor: | R\$ 581,49 |
| Valor da tarifa: | R\$ 0,00 |
| Finalidade: | 05 - Pagamento de Fornecedores |
| Identificação da operação: | |
| Histórico: | |

| | |
|---------------------------------|---------------------|
| Data de débito: | 18/07/2024 |
| Data / Hora da operação: | 18/07/2024 12:28:20 |

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00106704 |
| Chave de segurança: | 4NKYF80Y3PWHCJE0 |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104



Prefeitura Municipal de Pontal
Município de Pontal
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e



Número da NFS-e
1376
Código de Verificação de Autenticidade
1CMD90GY6
Data e Hora de Emissão da NFS-e
12/07/2024 às 13:20:38
Chave de Acesso
748387WLTHQ3XX0QDR1VBAVTE5NUYYQ6

Para certificação da autenticidade acesse
<http://45.71.128.162:5661/issweb>, menu
consultas e informe os dados desta NFS-e.

Informações Fiscais

| | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------|--|-----------------------------------|
| Exigibilidade do ISS Exigível | Número do Processo | Município de Incidência do ISS PONTAL-SP | Local da Prestação PONTAL - SP |
| Número do RPS | Série do RPS | Tipo do RPS | Data do RPS 12/07/2024 |
| Optante Simples Nacional 2 - Não | Incentivo Fiscal 2 - Não | Regime Especial Tributação Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP) 03 - Sobre Faturamento | Tipo ISS |

PRESTADOR DE SERVIÇOS

| | | | | |
|---|---------------------------------|-----------------------------|--------------------------|---|
| CPF/CNPJ 06.307.803/0001-70 | RG/Inscrição Estadual ISENTO | Inscrição Municipal 5976 | Cadastro 000019932 | Nome/Razão Social R.SOATO CIRURGIA E ENDOSCOPIA DO APARELHO DIGESTIVO S/S. |
| Logradouro RUA JOSÉ LEONEL PUPO, 00367 | CEP 14180-000 | Cidade PONTAL-SP | Complemento SALA 02 | Bairro CENTRO |
| | | | Telefone 16-3953-1148 | E-mail rodrigosoato@gmail.com |

TOMADOR DE SERVIÇOS

| | | | |
|---|-----------------------------|----------------------------|---|
| CPF/CNPJ/Documento 55.110.753/0001-41 | RG/Inscrição Estadual | Inscrição Municipal | Nome/Razão Social IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL |
| Logradouro RUA ANANIAS COSTA FREITAS, 753, 000 | CEP/Cod.Postal 14180-000 | Cidade/País PONTAL - SP | Complemento CENTRO |
| | | | Cod. IBGE 3540200 |
| | | | Telefone rh@iscmpontal.com.br |

Discriminação dos Serviços

| Qtde. | Un. Medida | Descrição | Vir. Unitário | Total |
|-------|------------|--|---------------|------------|
| 1,00 | UN | SERVIÇOS MEDICOS PRESTADOS NA SANTA CASA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR SUS CONFORME CONVENIO COM O MUNICIPIO DE PONTAL TA N°008/2024 CONVENIO N° 001/2022 REFERENTE MES DE JUNHO/2024 DR RAFAEL | 633,09 | R\$ 633,09 |

Assinatura

Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS

| | | | | | |
|------------------------|----------|---------------------|-------------|----------------|------------|
| LC 116/2003: 04.01 | Alíquota | Atividade Município | Código CNAE | Código da Obra | Código ART |
| Medicina e biomedicina | 2,00% | 0000040000001 | 8630503 | | |

Construção Civil

| | | | | | | |
|--------------------------|-------------------------|-----------------------|-----------------|--------------|------------|-----------------------|
| Valor Total dos Serviços | Desconto Incondicionado | Deduções Base Cálculo | Base de Cálculo | Total do ISS | ISS Retido | Desconto Condicionado |
| R\$ 633,09 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 633,09 | R\$ 12,66 | 1 - Sim | R\$ 0,00 |

Retenções de Impostos

| | | | | | |
|----------------------|-------------------------|----------|-----------------------|-----------------------|------------------|
| PIS (633,09 x 0,65%) | COFINS (633,09 x 3,00%) | INSS | IRRF (633,09 x 1,50%) | CSLL (633,09 x 1,00%) | Outras Retenções |
| R\$ 4,12 | R\$ 18,99 | R\$ 0,00 | R\$ 9,50 | R\$ 6,33 | R\$ 0,00 |

Valor Líquido da NFS-e: R\$ 581,49

Val. Aprox. Tributos: Federal (13,45%) R\$85,15 Estadual (0,00%) R\$0,00 Municipal (2,18%) R\$13,80 - Fonte: IBPT

Informações Complementares

RECEBI(EMOS) DE R.SOATO CIRURGIA E ENDOSCOPIA DO APARELHO DIGESTIVO S/S. LTDA. - EPP. O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO 1376 E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO

Data

CPF/RG

Assinatura

2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

| | |
|------------------------|---------------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 3472 / 003 / 00000988-1 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | IRM DA STA CASA DE MISER PONTAL |
| CPF/CNPJ: | 55.110.753/0001-41 |

| | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|
| Banco: | 237 - BANCO BRADESCO S/A - 60746948 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Conta destino: | 2324 / 00000038457-7 |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | INFANTE SAUDE OCUPACIONAL |
| CPF/CNPJ: | 06.184.079/0001-34 |
| Valor: | R\$ 111,76 |
| Valor da tarifa: | R\$ 0,00 |
| Finalidade: | 05 - Pagamento de Fornecedores |
| Identificação da operação: | |
| Histórico: | |

| | |
|---------------------------------|---------------------|
| Data de débito: | 18/07/2024 |
| Data / Hora da operação: | 18/07/2024 12:26:36 |

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00106634 |
| Chave de segurança: | ENKJ4N3Q8RHZ7N2T |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104



Prefeitura Municipal de Pontal
Município de Pontal
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e



Número da NFS-e
2131
Código de Verificação de Autenticidade
71ER2S30L
Data e Hora de Emissão da NFS-e
15/07/2024 às 10:04:17
Chave de Acesso
748746FHO9CMR9IMKFAABN98A57397RC

Para certificação da autenticidade acesse
<http://45.71.128.162:5661/issweb>, menu
consultas e informe os dados desta NFS-e.

Informações Fiscais

| | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------|--|-----------------------------------|
| Exigibilidade do ISS Exigível | Número do Processo | Município de Incidência do ISS PONTAL-SP | Local da Prestação PONTAL - SP |
| Número do RPS | Série do RPS | Tipo do RPS | Data do RPS |
| | | | Competência 15/07/2024 |
| Optante Simples Nacional 1 - Sim | Incentivo Fiscal 2 - Não | Regime Especial Tributação Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP) 03 - Sobre Faturamento | Tipo ISS |

PRESTADOR DE SERVIÇOS

| | | | | |
|---|---------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---|
| CPF/CNPJ 06.184.079/0001-34 | RG/Inscrição Estadual ISENTO | Inscrição Municipal 5767 | Cadastro 000012686 | Nome/Razão Social INFANTE SAÚDE OCUPACIONAL DE PONTAL LTDA. - EPP. |
| Logradouro RUA JOSÉ LEONEL PUPO, 00367 | CEP 14180-000 | Cidade PONTAL-SP | Complemento 16-3953-6931 | Bairro CENTRO E-mail luizfernando@acontabil.com.br |

TOMADOR DE SERVIÇOS

| | | | |
|---|-----------------------------|----------------------------|---|
| CPF/CNPJ/Documento 55.110.753/0001-41 | RG/Inscrição Estadual | Inscrição Municipal | Nome/Razão Social IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL |
| Logradouro RUA ANANIAS COSTA FREITAS, 753, 000 | CEP/Cod.Postal 14180-000 | Cidade/País PONTAL - SP | Complemento CENTRO Cod. IBGE 3540200 Telefone E-mail rh@iscmpontal.com.br |

Discriminação dos Serviços

| Qtde. | Un. Medida | Descrição | Vir. Unitário | Total |
|--------|------------|--|---------------|------------|
| 1,0000 | UN | SERVIÇOS MEDICOS PRESTADOS NA SANTA CASA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR SUS REF JUNHO/2024.CONFORME CONVENIO COM O MUNICIPIO DE PONTAL. ATA N°008/2024 AO CONV N° 001/2022 | 115,42 | R\$ 115,42 |

Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS

Construção Civil

| | | | | | |
|--------------------------|-------------------------|-----------------------|-----------------|----------------|-----------------------|
| LC 116/2003: 04,01 | Alíquota | Atividade Município | Código CNAE | Código da Obra | Código ART |
| Medicina e biomedicina | 3,17% | 0000040000001 | 8650099 | | |
| Valor Total dos Serviços | Desconto Incondicionado | Deduções Base Cálculo | Base de Cálculo | Total do ISS | ISS Retido |
| R\$ 115,42 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 115,42 | R\$ 3,66 | 1 - Sim |
| | | | | | Desconto Condicionado |
| | | | | | R\$ 0,00 |

Retenções de Impostos

| | | | | | |
|----------|----------|----------|----------|----------|------------------|
| PIS | COFINS | INSS | IRRF | CSLL | Outras Retenções |
| R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |

Valor Líquido da NFS-e: R\$ 111,76

Val. Aprox. Tributos: Federal (0,00%) R\$0,00 Estadual (0,00%) R\$0,00 Municipal (0,00%) R\$0,00

Informações Complementares

CONDIÇÃO DE PAGAMENTO : DEPOSITO BANCARIO – BANCO BRADESCO AG. 2324 – C/C 38457-7

RECEB(EMOS) DE INFANTE SAÚDE OCUPACIONAL DE PONTAL LTDA. - EPP. O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO 2131 E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO 71ER2S30L.

Data

CPF/RG

Assinatura

2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

| | |
|------------------------|---------------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 3472 / 003 / 00000988-1 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | IRM DA STA CASA DE MISER PONTAL |
| CPF/CNPJ: | 55.110.753/0001-41 |

| | |
|-----------------------------------|---|
| Banco: | 756 - BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A. - 02038232 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Conta destino: | 3214 / 00000036984-5 |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | CLINICA ORTOPEDICA MICHIELETO |
| CPF/CNPJ: | 22.182.151/0001-40 |
| Valor: | R\$ 680,94 |
| Valor da tarifa: | R\$ 0,00 |
| Finalidade: | 05 - Pagamento de Fornecedores |
| Identificação da operação: | |
| Histórico: | |

| | |
|---------------------------------|---------------------|
| Data de débito: | 18/07/2024 |
| Data / Hora da operação: | 18/07/2024 12:24:49 |

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00106566 |
| Chave de segurança: | M139EMR66CX0Y74M |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104



Prefeitura Municipal de Pontal
Município de Pontal
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e



Número da NFS-e
586
Código de Verificação de Autenticidade
4KV9D4WLV
Data e Hora de Emissão da NFS-e
12/07/2024 às 15:38:24
Chave de Acesso
748515BHMRIKPIOT9NZP0NV9PZNVZHS3W

Informações Fiscais

| | | | |
|--|------------------------------------|--|---|
| Exigibilidade do ISS Exigível | Número do Processo | Município de Incidência do ISS PONTAL-SP | Local da Prestação PONTAL - SP |
| Número do RPS | Série do RPS | Tipo do RPS | Data do RPS 12/07/2024 |
| Optante Simples Nacional 2 - Não | Incentivo Fiscal 2 - Não | Regime Especial Tributação Não Possui | Tipo ISS 03 - Sobre Faturamento |

Para certificação da autenticidade acesse
<http://45.71.128.162:5661/issweb>, menu
consultas e informe os dados desta NFS-e.

PRESTADOR DE SERVIÇOS

| | | | | |
|---|--|---|------------------------------|---|
| CPF/CNPJ 22.182.151/0001-40 | RG/Inscrição Estadual ISENTO | Inscrição Municipal 000008601 | Cadastro 000030926 | Nome/Razão Social CLÍNICA ORTOPÉDICA MICHIELETO |
| Logradouro RUA ELPÍDIO VICENTE, 325 | Complemento | Bairro CENTRO | CEP 14180-000 | Cidade PONTAL-SP |
| Telefone 16-3953-1357 | E-mail luciano@3ax.com.br | | | |

TOMADOR DE SERVIÇOS

| | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------|--|
| CPF/CNPJ/Documento 55.110.753/0001-41 | RG/Inscrição Estadual | Inscrição Municipal | Nome/Razão Social IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL |
| Logradouro RUA ANANIAS COSTA FREITAS, 753, 000 | Complemento | Bairro CENTRO | CEP/Cod.Postal 14180-000 |
| Cidade/País PONTAL - SP | Cod. IBGE 3540200 | Telefone | E-mail rh@iscmpontal.com.br |

Discriminação dos Serviços

| Qtde. | Un. Medida | Descrição | Vir. Unitário | Total |
|-------|------------|--|---------------|------------|
| 1,00 | UN | SERVIÇOS MEDICOS PRESTADOS NA SANTA CASA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR SUS REF MES DE JUNHO/2024, CONFORME CONVENIO COM O MUNICIPIO DE PONTAL TA N°008/2024 AO CONV N° 001/2022 | 741,36 | R\$ 741,36 |

Júlio

Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS

| LC 116/2003: 04,01 | Alíquota | Atividade Município | Código CNAE | Código da Obra | Código ART | |
|--------------------------|-------------------------|-----------------------|-----------------|----------------|------------|-----------------------|
| Medicina e biomedicina | 2,00% | 0000040000001 | 8630503 | | | |
| Valor Total dos Serviços | Desconto Incondicionado | Deduções Base Cálculo | Base de Cálculo | Total do ISS | ISS Retido | Desconto Condicionado |
| R\$ 741,36 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 741,36 | R\$ 14,83 | 1 - Sim | R\$ 0,00 |

Retenções de Impostos

| | | | | | |
|----------------------|-------------------------|----------|-----------------------|-----------------------|------------------|
| PIS (741,36 x 0,65%) | COFINS (741,36 x 3,00%) | INSS | IRRF (741,36 x 1,50%) | CSLL (741,36 x 1,00%) | Outras Retenções |
| R\$ 4,82 | R\$ 22,24 | R\$ 0,00 | R\$ 11,12 | R\$ 7,41 | R\$ 0,00 |

Valor Líquido da NFS-e: R\$ 680,94

Val. Aprox. Tributos: Federal (0,00%) R\$0,00 Estadual (0,00%) R\$0,00 Municipal (0,00%) R\$0,00

Informações Complementares

RECEBI(EMOS) DE CLÍNICA ORTOPÉDICA MICHIELETO O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO 586 E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO 4KV9D4WLV.

Data

CPF/RG

Assinatura

2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

| | |
|------------------------|---------------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 3472 / 003 / 00000988-1 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | IRM DA STA CASA DE MISER PONTAL |
| CPF/CNPJ: | 55.110.753/0001-41 |

| | |
|-----------------------------------|---|
| Banco: | 756 - BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A. - 02038232 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Conta destino: | 3214 / 00000052686-0 |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | R SOATO CIRURGIA E ENDOSCOPIA |
| CPF/CNPJ: | 06.307.803/0001-70 |
| Valor: | R\$ 566,05 |
| Valor da tarifa: | R\$ 0,00 |
| Finalidade: | 05 - Pagamento de Fornecedores |
| Identificação da operação: | |
| Histórico: | |

| | |
|---------------------------------|---------------------|
| Data de débito: | 18/07/2024 |
| Data / Hora da operação: | 18/07/2024 12:21:32 |

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00106424 |
| Chave de segurança: | 5S5QSA8GG4HX6L8Q |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104



Prefeitura Municipal de Pontal
Município de Pontal
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e



Número da NFS-e
1377
Código de Verificação de Autenticidade
D8607WX8E
Data e Hora de Emissão da NFS-e
12/07/2024 às 13:22:06
Chave de Acesso
7483888VZXD7TGN45GU95X4842LXONUG

Para certificação da autenticidade acesse
<http://45.71.128.162:5661/issweb>, menu
consultas e informe os dados desta NFS-e.

Informações Fiscais

| | | | |
|-------------------------------|--------------------|--|--------------------------------|
| Exigibilidade do ISS Exigível | Número do Processo | Município de Incidência do ISS PONTAL-SP | Local da Prestação PONTAL - SP |
| Número do RPS | Série do RPS | Tipo do RPS | Data do RPS |
| | | | Competência 12/07/2024 |
| Optante Simples Nacional | Incentivo Fiscal | Regime Especial Tributação | Tipo ISS |
| 2 - Não | 2 - Não | Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP) 03 - Sobre Faturamento | |

PRESTADOR DE SERVIÇOS

| | | | | |
|-----------------------------|-----------------------|---------------------|------------------------|--|
| CPF/CNPJ | RG/Inscrição Estadual | Inscrição Municipal | Cadastro | Nome/Razão Social |
| 06.307.803/0001-70 | ISENTO | 5976 | 000019932 | R.SOATO CIRURGIA E ENDOSCOPIA DO APARELHO DIGESTIVO S/S. |
| Logradouro | Complemento | | Bairro | |
| RUA JOSÉ LEONEL PUPO, 00367 | SALA 02 | | CENTRO | |
| CEP | Cidade | Telefone | E-mail | |
| 14180-000 | PONTAL-SP | 16-3953-1148 | rodrigosoato@gmail.com | |

TOMADOR DE SERVIÇOS

| | | | |
|-------------------------------------|-----------------------|---------------------|--|
| CPF/CNPJ/Documento | RG/Inscrição Estadual | Inscrição Municipal | Nome/Razão Social |
| 55.110.753/0001-41 | | | IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL |
| Logradouro | Complemento | | Bairro |
| RUA ANANIAS COSTA FREITAS, 753, 000 | | | CENTRO |
| CEP/Cod.Postal | Cidade/País | Cod. IBGE | Telefone |
| 14180-000 | PONTAL - SP | 3540200 | |
| | | | E-mail rh@iscmpontal.com.br |

Discriminação dos Serviços

| Qtde. | Un. Medida | Descrição | Vir. Unitário | Total |
|-------|------------|---|---------------|------------|
| 1,00 | UN | SERVIÇOS MEDICOS PRESTADOS NA SANTA CASA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR SUS CONFORME CONVENIO COM O MUNICIPIO DE PONTAL TA N°008/2024 CONVENIO N° 001/2022 REFERENTE MES DE JUNHO/2024 DR RODRIGO | 616,28 | R\$ 616,28 |

fúncio

Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS

| LC 116/2003: | Alíquota | Atividade Município | Código CNAE | Código da Obra | Código ART |
|--------------------------|-------------------------|-----------------------|-----------------|----------------|-----------------------|
| 04.01 | 2,00% | 0000040000001 | 8630503 | | |
| Medicina e biomedicina | | | | | |
| Valor Total dos Serviços | Desconto Incondicionado | Deduções Base Cálculo | Base de Cálculo | Total do ISS | ISS Retido |
| R\$ 616,28 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 616,28 | R\$ 12,33 | 1 - Sim |
| | | | | | Desconto Condicionado |
| | | | | | R\$ 0,00 |

Retenções de Impostos

| | | | | | |
|----------------------|-------------------------|----------|-----------------------|-----------------------|------------------|
| PIS (616,28 x 0,65%) | COFINS (616,28 x 3,00%) | INSS | IRRF (616,28 x 1,50%) | CSLL (616,28 x 1,00%) | Outras Retenções |
| R\$ 4,01 | R\$ 18,49 | R\$ 0,00 | R\$ 9,24 | R\$ 6,16 | R\$ 0,00 |

Valor Líquido da NFS-e: R\$ 566,05

Val. Aprox. Tributos: Federal (13,45%) R\$82,89 Estadual (0,00%) R\$0,00 Municipal (2,18%) R\$13,43 - Fonte: IBPT

Informações Complementares

RECEBI(EMOS) DE R.SOATO CIRURGIA E ENDOSCOPIA DO APARELHO DIGESTIVO S/S. LTDA. - EPP. O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO 1377 E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO

Data

CPF/RG

Assinatura

2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

| | |
|------------------------|---------------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 3472 / 003 / 00000988-1 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | IRM DA STA CASA DE MISER PONTAL |
| CPF/CNPJ: | 55.110.753/0001-41 |

| | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|
| Banco: | 033 - BANCO SANTANDER S.A. - 90400888 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Conta destino: | 0711 / 00013000192-9 |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | ESCULAPIO CLINICA DE OROTOPEDIA |
| CPF/CNPJ: | 06.324.647/0001-55 |
| Valor: | R\$ 557,45 |
| Valor da tarifa: | R\$ 0,00 |
| Finalidade: | 05 - Pagamento de Fornecedores |
| Identificação da operação: | |
| Histórico: | |

| | |
|---------------------------------|---------------------|
| Data de débito: | 18/07/2024 |
| Data / Hora da operação: | 18/07/2024 12:19:35 |

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00106351 |
| Chave de segurança: | WGQXT81Q0P7KZ6MJ |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

**Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto - SP**

Secretaria Municipal da Fazenda

Fone: (16) - <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/>Série do Documento
Nota Fiscal de Serviço
Eletrônica - NFS-e
Número da Nota Fiscal
205**Dados do Prestador de Serviço****Esculapio - Clínica de Ortopedia Ltda
Clínica Esculapio**Rodovia Antônio Machado Sant'Anna,3 ,8 - CASA 12 - Núcleo São Luís
CEP 14098-800 - Ribeirão Preto/ SP
ancheschi@stz.flash.tv.br
Inscrição Municipal 13935101 - CPF/CNPJ 06.324.647/0001-55

Data de Geração da NFS-e

16/07/2024 13:57:17

Data de Competência/Emissão

16/07/2024

Cód. de Autenticidade

8BEDF591D

Responsável pela Retenção

**Identificação da Nota Fiscal Eletrônica**

| | | | |
|--|--|--------------|------------------------|
| Natureza da Operação Exigível | Número do RPS | Série do RPS | Data de Emissão do RPS |
| Local dos Serviços Ribeirão Preto - São Paulo | Município Incidência Ribeirão Preto - São Paulo | | |

Dados do Tomador de Serviços

| | |
|--|--|
| CNPJ/CPF : 55.110.753/0001-41 | IM : |
| Razão Social : IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL | |
| Endereço : Rua Ananias da Costa Freitas | Número : 753 |
| Complemento : | Bairro : Centro |
| CEP : 14180-000 | Cidade/UF : Pontal/ SP |
| Telefone : | E-mail : contasmedicas@iscmpontal.com.br |

Dados do Intermediário de Serviços

| | | |
|------|---------------------|--------------|
| CNPJ | Inscrição Municipal | Razão Social |
|------|---------------------|--------------|

Descrição dos ServiçosSERVIÇOS MEDICOS PRESTADOS NA SANTA CASA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR SUS
REF JUNHO/2024, CONFORME CONVENIO COM O MUNICIPIO DE PONTAL
TA N°008/2024 AO CONV N°001/2022*físico***Detalhamento dos Tributos**

| | | | | | | |
|--|-------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| Atividade do Município 40101 - Medicina - | | Alíquota 2,00 | Item da LC116/2003 401 | Cód. NBS | Cód. CNAE 8630503 | |
| VI. Total dos Serviços R\$ 584,63 | Desconto Incondicionado R\$ 0,00 | Deduções Base Cálculo R\$ 0,00 | Base de Cálculo R\$ 584,63 | Total do ISSQN R\$ 11,69 | ISSQN Retido Não | Desconto Condicionado R\$ 0,00 |
| PIS R\$ 3,80 | COFINS R\$ 17,53 | INSS R\$ 0,00 | IRRF R\$ 0,00 | CSLL R\$ 5,85 | Outras Retenções R\$ 0,00 | VI. ISSQN Retido R\$ 0,00 |
| Construção Civil | | Cód. Obra : | Art. : | | | |

Informações AdicionaisConsulte a autenticidade deste documento acessando o site: <https://www.issnetonline.com.br/ribeiraopreto/online>

2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

| | |
|------------------------|---------------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 3472 / 003 / 00000988-1 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | IRM DA STA CASA DE MISER PONTAL |
| CPF/CNPJ: | 55.110.753/0001-41 |

| | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|
| Banco: | 033 - BANCO SANTANDER S.A. - 90400888 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Conta destino: | 2129 / 00013000286-8 |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | UNICLINICAS SERTAOZINHO |
| CPF/CNPJ: | 02.026.997/0001-84 |
| Valor: | R\$ 260,77 |
| Valor da tarifa: | R\$ 0,00 |
| Finalidade: | 05 - Pagamento de Fornecedores |
| Identificação da operação: | |
| Histórico: | |

| | |
|---------------------------------|---------------------|
| Data de débito: | 18/07/2024 |
| Data / Hora da operação: | 18/07/2024 12:17:51 |

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00106280 |
| Chave de segurança: | N7YFQ2NMRZ5VHFUL |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104



MUNICIPIO DE SERTÃOZINHO

14170-120 - RUA JORDAO BORGHETTI - Jardim Recreio - SERTÃOZINHO - SP

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

UNICLINICAS SERTÃOZINHO LTDA

Número Nota Fiscal: **1051** Data Emissão: **12/07/2024** Chave: **SANZ-ATFS**

UNICLINICAS SERTAOZINHO LTDA

Rua . EPITÁCIO PESSOA, 1853 - CENTRO - SERTAOZINHO - SP - 14160-440

CNPJ/CPF: **02.026.997/0001-84** Inscr. Estadual/RG: **9348241**

Email:

Telefone: Inscrição Municipal: **113309**

Local de Prestação do Serviço: Pontal

Local de Incidência do Serviço: Sertãozinho

Competência: 07/2024

Simple Nacional: Não

Exigibilidade: Exigível

Retenção de ISS: SEM RETENÇÃO

Atividade: 04.03 - Clínicas, laboratórios, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres

DADOS DO TOMADOR DE SERVIÇO

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL

Sub. Tributário: Não

RUA ANANIAS COSTA FREITAS, 753 - CENTRO

PONTAL - SP - CEP: 14180-000

CNPJ/CPF: 55.110.753/0001-41

Inscrição Municipal:

E-mail: contasmedicas@iscmpontal.com.br

Telefone:

Endereço Cobrança: RUA ANANIAS COSTA FREITAS 753

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

| Qtd | Un | Discriminação dos Serviços | Valor Unitário | Valor Total |
|-----|----|--|----------------|-------------|
| 1 | | SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS NA SANTA CASA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR SUS REF JUNHO/2024, CONFORME CONVENIO COM O MUNICÍPIO DE PONTAL | 277,87 | 277,87 |

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Aliquota Imp. Aprox. : 0.00

físico

RETENÇÕES

| | | | | | | | | | | | | | |
|-----|------|------|------|-----|------|--------|------|------|------|------|------|--------|------|
| ISS | 0,00 | IRRF | 4,17 | PIS | 1,81 | COFINS | 8,34 | CSLL | 2,78 | INSS | 0,00 | OUTROS | 0,00 |
|-----|------|------|------|-----|------|--------|------|------|------|------|------|--------|------|

DESCONTOS

| | | | |
|--------------|------|----------------|------|
| Condicionado | 0,00 | Incondicionado | 0,00 |
|--------------|------|----------------|------|

| | | | | | | | |
|----------------------|-------------------------|-----------------|----------|------------------|------|---------------|----------------------|
| VALOR SERVIÇO | VALORES DA NFS-e | | | | | | TOTAL LIQUIDO |
| 277,87 | Repasso/Dedução | Base de Cálculo | Aliquota | Retenção | ISS | | |
| | 0,00 | 277,87 | 2.00 % | ISS SEM RETENÇÃO | 5,56 | 260,77 | |

A validação dessa nota pode ser realizada no endereço: <https://pmsertaozinho.smarapd.com.br/tb/>

Recortar Aqui

| | | |
|--------------|-------------------|---|
| Data Emissão | 12/07/2024 | RECEBI DA EMPRESA UNICLINICAS SERTAOZINHO LTDA OS SERVIÇOS CONSTANTES DESTA NOTA FISCAL ELETRÔNICA |
| Número da NF | 1051 | |
| Chave | SANZ-ATFS | |
| Local / Data | | Assinatura |

2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

| | |
|------------------------|---------------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 3472 / 003 / 00000988-1 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | IRM DA STA CASA DE MISER PONTAL |
| CPF/CNPJ: | 55.110.753/0001-41 |

| | |
|-----------------------------------|---|
| Banco: | 756 - BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A. - 02038232 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Conta destino: | 3214 / 00000032121-4 |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | LABORATORIO CLIN SANTA TEREZA |
| CPF/CNPJ: | 55.108.831/0001-73 |
| Valor: | R\$ 2.591,49 |
| Valor da tarifa: | R\$ 0,00 |
| Finalidade: | 05 - Pagamento de Fornecedores |
| Identificação da operação: | |
| Histórico: | |

| | |
|---------------------------------|---------------------|
| Data de débito: | 18/07/2024 |
| Data / Hora da operação: | 18/07/2024 12:16:10 |

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00106213 |
| Chave de segurança: | PK33CVYUZ9A6HAE5 |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104



Prefeitura Municipal de Pontal
Município de Pontal
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e



Número da NFS-e
1668
Código de Verificação de Autenticidade
V5IO091PZ
Data e Hora de Emissão da NFS-e
12/07/2024 às 15:02:38
Chave de Acesso
748451JN7LU4PDZOAJQPWWI8RVZ1YN2A

Informações Fiscais

| | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------|--|-----------------------------------|
| Exigibilidade do ISS Exigível | Número do Processo | Município de Incidência do ISS PONTAL-SP | Local da Prestação PONTAL - SP |
| Número do RPS | Série do RPS | Tipo do RPS | Data do RPS 12/07/2024 |
| Optante Simples Nacional 2 - Não | Incentivo Fiscal 2 - Não | Regime Especial Tributação Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP) 03 - Sobre Faturamento | Tipo ISS |

Para certificação da autenticidade acesse
<http://45.71.128.162:5661/issweb>, menu
consultas e informe os dados desta NFS-e.

PRESTADOR DE SERVIÇOS

| | | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------|-----------------------------|--------------------------|--|
| CPF/CNPJ 55.108.831/0001-73 | RG/Inscrição Estadual ISENTO | Inscrição Municipal 2679 | Cadastro 000013574 | Nome/Razão Social LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS SANTA TEREZA S/S LTDA. |
| Logradouro RUA 13 DE MAIO, 775 | CEP 14180-000 | Cidade PONTAL-SP | Telefone 16-3953-1721 | Complemento Bairro CENTRO E-mail Istmatriz@hotmail.com |

TOMADOR DE SERVIÇOS

| | | | |
|---|-----------------------------|----------------------------|---|
| CPF/CNPJ/Documento 55.110.753/0001-41 | RG/Inscrição Estadual | Inscrição Municipal | Nome/Razão Social IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL |
| Logradouro RUA ANANIAS COSTA FREITAS, 753, 000 | CEP/Cod.Postal 14180-000 | Cidade/Pais PONTAL - SP | Cod. IBGE 3540200 |
| | | | Telefone E-mail rh@iscmpontal.com.br |

Discriminação dos Serviços

| Qtde. | Un. Medida | Descrição | Vir. Unitário | Total |
|-------|------------|--|---------------|--------------|
| 1,00 | UN | SERVIÇOS MEDICOS PRESTADOS NA SANTA CASA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR SUS REF JUNHO/2024, CONFORME CONVENIO COM O MUNICIPIO DE PONTAL TA N°008/2024 AO CONV N°001/2022 | 2.821,43 | R\$ 2.821,43 |

fúscico

Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS

| LC 116/2003: | Alíquota | Atividade Município | Código CNAE | Código da Obra | Código ART |
|--|-------------------------|-----------------------|-----------------|----------------|-----------------------|
| 04.02 | 2,00% | 0000040000002 | 8640202 | | |
| Análises clínicas, patologia, eletricidade médica, radioterapia, quimioterapia, ultra-sonografi... | | | | | |
| Valor Total dos Serviços | Desconto Incondicionado | Deduções Base Cálculo | Base de Cálculo | Total do ISS | ISS Retido |
| R\$ 2.821,43 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 2.821,43 | R\$ 56,43 | 1 - Sim |
| | | | | | Desconto Condicionado |
| | | | | | R\$ 0,00 |

Retenções de Impostos

| | | | | | |
|------------------------|---------------------------|----------|-------------------------|-------------------------|------------------|
| PIS (2.821,43 x 0,65%) | COFINS (2.821,43 x 3,00%) | INSS | IRRF (2.821,43 x 1,50%) | CSLL (2.821,43 x 1,00%) | Outras Retenções |
| R\$ 18,34 | R\$ 84,64 | R\$ 0,00 | R\$ 42,32 | R\$ 28,21 | R\$ 0,00 |

Valor Líquido da NFS-e: R\$ 2.591,49

Val. Aprox. Tributos: Federal (0,00%) R\$0,00 Estadual (0,00%) R\$0,00 Municipal (0,00%) R\$0,00

Informações Complementares

RECEBI(EMOS) DE LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS SANTA TEREZA S/S LTDA. O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO 1668 E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO V5IO091PZ.

Data

CPF/RG

Assinatura

FATURA Nº

Nome: LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS SANTA TEREZA S/S LTDA
Razão Social: LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS SANTA TEREZA S/S LTDA
CNPJ: 55.108.831/0001-73
Endereço: Rua Treze de Maio
Telefone: (16) 3953-1721
Cidade: Pontal - SP
Profissional responsável:
Conselho:
Código no conselho:

Convênio: 0005 - INTERNO - SANTA CASA
Razão Social: Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Pontal
CNPJ: 55.110.753/0001-41
Endereço: Ananias Costa Freitas
Cidade: Pontal - SP
CEP: 14.180-000
Telefone:

Período de 01/06/2024 00:00 até 30/06/2024 23:59

Totais

| | | |
|-------------------|----------|---|
| Qtd. de pedidos | 139 | |
| Qtd. de pacientes | 87 | |
| Qtd. de exames | 698 | |
| Qtd. de guias | 2 | |
| Qtd. de CH/exames | 2.821,43 | |
| Bruto | 2.821,43 | (dois mil e oitocentos e vinte e um reais e quarenta e tres centavos) |
| Acréscimo | 0,00 | |
| Desconto | 0,00 | |
| Glosa | 0,00 | |
| Faturado | 2.821,43 | (dois mil e oitocentos e vinte e um reais e quarenta e tres centavos) |
| Imposto | 0,00 | |
| Líquido | 2.821,43 | (dois mil e oitocentos e vinte e um reais e quarenta e tres centavos) |

Detalhamento de impostos

| | | |
|-----------------------|-------|------|
| Imposto de renda | 0,00% | 0,00 |
| Imposto sobre serviço | 0,00% | 0,00 |
| Contribuição social | 0,00% | 0,00 |
| Cofins | 0,00% | 0,00 |
| PIS | 0,00% | 0,00 |

Data de Vencimento:

Observação:

Comprovante de recebimento

Fatura nº no valor de R\$: 2.821,43

_____/_____/_____
Data

Recebido por

LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS SANTA TEREZA S/S LTDA

Previsão de fatura de 01/06/2024 00:00 a 30/06/2024 23:59

Convênio: 0005 - INTERNO - SANTA CASA

Ordenado pelo código do pedido

| No. | Código | Descrição de Exames | Qtd. | Valor | Total |
|-----|--------------|---|------|-------|--------|
| 1 | 0202020380 | Hemograma Completo | 99 | 4,11 | 406,89 |
| 2 | 0202030083 | Proteína C Reativa Quantitativa | 19 | 9,25 | 175,75 |
| 3 | 0202010473 | Glicose | 10 | 1,85 | 18,50 |
| 4 | 0202010635 | Sódio | 75 | 1,85 | 138,75 |
| 5 | 0202010600 | Potássio | 77 | 1,85 | 142,45 |
| 6 | 0202010694 | Uréia | 81 | 1,85 | 149,85 |
| 7 | 0202010317 | Creatinina | 82 | 1,85 | 151,70 |
| 8 | 0202050017 | Urina Parcial | 16 | 3,70 | 59,20 |
| 9 | 0202080129 | Urocultura - Cultura Urina | 11 | 10,25 | 112,75 |
| 10 | 0202030970 | Hepatite B - HBsAg (Antígeno Austrália) | 12 | 18,55 | 222,60 |
| 11 | 0202030300 | HIV 1 e 2 - Imunoensaio de 4º Geração | 16 | 10,00 | 160,00 |
| 12 | 0202030679 | Hepatite C - Anti HCV | 16 | 18,55 | 296,80 |
| 13 | 0202031110 | VDRL | 18 | 2,83 | 50,94 |
| 14 | 0202120023 | Grupo Sanguíneo | 15 | 1,37 | 20,55 |
| 15 | 0202120082 | Fator Rh | 15 | 1,37 | 20,55 |
| 16 | 0202020541 | Coombs Direto | 14 | 2,73 | 38,22 |
| 17 | 0202010228 | Calcio Iônico | 8 | 3,51 | 28,08 |
| 18 | 0202010643 | Transaminase Oxalacetica - Aspartato Aminotransferase (TGO) | 10 | 2,01 | 20,10 |
| 19 | 0202010651 | Transaminase Piruvica (TGP) | 10 | 2,01 | 20,10 |
| 20 | 0202010201 | Bilirrubinas Totais e Frações | 10 | 2,01 | 20,10 |
| 21 | 0202020142 | Tempo de Atividade da Protrombina - TAP | 6 | 2,73 | 16,38 |
| 22 | 0202020134 | Tempo de Tromboplastina Parcial Ativado | 5 | 5,77 | 28,85 |
| 23 | 0202080048 | BAAR - Baciloscopia | 3 | 5,63 | 16,89 |
| 24 | 0202080048 | BAAR - Baciloscopia 2º amostra | 2 | 5,63 | 11,26 |
| 25 | 0202080048 | BAAR - Baciloscopia 3º amostra | 2 | 5,63 | 11,26 |
| 26 | 0202010635 | Sódio Matriz | 4 | 1,85 | 7,40 |
| 27 | 0202010600 | Potássio Matriz | 4 | 1,85 | 7,40 |
| 28 | 0202010180 | Amilase | 6 | 2,25 | 13,50 |
| 29 | 0202010465 | Gama GT | 4 | 3,51 | 14,04 |
| 30 | 0202020150 | VHS - Velocidade de Hemossedimentação | 1 | 2,73 | 2,73 |
| 31 | 0202010422 | Fosfatase Alcalina | 3 | 2,01 | 6,03 |
| 32 | 0202010325 | Creatina Fosfoquinase, CPK | 6 | 3,68 | 22,08 |
| 33 | 0202010333 | Creatina Fosfoquinase, CPK-MB | 6 | 4,12 | 24,72 |
| 34 | 0202031209 | Troponina T | 6 | 9,00 | 54,00 |
| 35 | 0202010562 | Magnésio | 1 | 2,01 | 2,01 |
| 36 | 0202010627 | Proteínas Totais e Frações | 1 | 1,85 | 1,85 |
| 37 | 0202030784 | Hepatite B - Anti HBc Total | 1 | 18,55 | 18,55 |
| 38 | 0202030636 | Hepatite B - Anti HBs | 5 | 18,55 | 92,75 |
| 39 | 0202030768 | Toxoplasmose IgG | 1 | 16,97 | 16,97 |
| 40 | 0202030873 | Toxoplasmose IgM | 1 | 18,55 | 18,55 |
| 41 | 0202030741 | Citomegalovírus Anticorpos IgG | 1 | 11,00 | 11,00 |
| 42 | 0202030857 | Citomegalovírus Anticorpos IgM | 1 | 11,00 | 11,00 |
| 43 | 0202080129 | Cultura com Antibiograma | 1 | 10,25 | 10,25 |
| 44 | 0202090272 | Líquido Pleural, Rotina | 1 | 1,89 | 1,89 |
| 45 | 0202031128 | FTA-Abs IgG | 3 | 10,00 | 30,00 |
| 46 | 0202031136 | FTA-Abs IgM | 3 | 10,00 | 30,00 |
| 47 | 0202090051 | Líquor, Rotina | 2 | 1,89 | 3,78 |
| 48 | 0202031110 | VDRL - Líquor | 2 | 2,83 | 5,66 |
| 49 | 4.03.10.18-3 | Coprocultura | 1 | 6,75 | 6,75 |
| 50 | 4.03.06.68-2 | Clostridium Difficile, Pesquisa da Toxina A e B | 1 | 70,00 | 70,00 |

Total: 698 2.821,43

2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

| | |
|------------------------|---------------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 3472 / 003 / 00000988-1 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | IRM DA STA CASA DE MISER PONTAL |
| CPF/CNPJ: | 55.110.753/0001-41 |

| | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|
| Banco: | 033 - BANCO SANTANDER S.A. - 90400888 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Conta destino: | 2129 / 00013000074-9 |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | INSTITUTO DR PAULO BECKER |
| CPF/CNPJ: | 01.593.157/0001-30 |
| Valor: | R\$ 466,61 |
| Valor da tarifa: | R\$ 0,00 |
| Finalidade: | 05 - Pagamento de Fornecedores |
| Identificação da operação: | |
| Histórico: | |

| | |
|---------------------------------|---------------------|
| Data de débito: | 18/07/2024 |
| Data / Hora da operação: | 18/07/2024 12:14:11 |

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00106138 |
| Chave de segurança: | 6PN0LS0KLGSVY2EV |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104



MUNICIPIO DE SERTÃOZINHO

14170-120 - RUA JORDAO BORGHETTI - Jardim Recreio - SERTÃOZINHO - SP

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e



| | | |
|---------------------|---------------|-----------|
| Número Nota Fiscal: | Data Emissão: | Chave: |
| 1107 | 13/07/2024 | CIBT-BSNI |

INSTITUTO DE PATOLOGIA E CITOLOGIA PROF. DR.

14160-080 - RUA ELPIDIO GOMES, 182 - CENTRO - SERTÃOZINHO - SP - 14160-080

CNPJ/CPF: 01.593.157/0001-30 Inscr. Estadual/RG:

Email: INSTITUTOPAULOBECKER@GMAIL.COM

Telefone: Inscrição Municipal: 112842

Local de Prestação do Serviço: Sertãozinho

Local de Incidência do Serviço: Sertãozinho

Competência: 07/2024

Simple Nacional: Não

Exigibilidade: Exigível

Retenção de ISS: SEM RETENÇÃO

Atividade: 04.02 - Análises clínicas, patologia, eletricidade médica, radioterapia, quimioterapia, ultra-sonografia, ressonância magnética, radiologia,

DADOS DO TOMADOR DE SERVIÇO

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PONTAL

Sub. Tributário: Não

RUA ANANIAS COSTA FREITAS, 753, 753 - CENTRO

PONTAL - SP - CEP: 14180-000

CNPJ/CPF: 55.110.753/0001-41

Inscrição Municipal:

E-mail: contasmedicas@iscmpontal.com.br

Telefone:

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

| Qtd | Un | Discriminação dos Serviços | Valor Unitário | Valor Total |
|-----|----|---|----------------|-------------|
| 1 | | Serviços prestados referente internações Junho/2024, conforme convênio com o município de Pontal TA nº 008/2024 ao conv. nº 001/2022. | 489,36 | 489,36 |

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Imp. Aprox.: 81.72 Aliquota Imp. Aprox.: 16.70 Fonte Imp. Aprox.: IPBT

físico

RETENÇÕES

| | | | | | | |
|------|------|------|--------|------|------|--------|
| ISS | IRRF | PIS | COFINS | CSLL | INSS | OUTROS |
| 0,00 | 0,00 | 3,18 | 14,68 | 4,89 | 0,00 | 0,00 |

DESCONTOS

| | |
|--------------|----------------|
| Condicionado | Incondicionado |
| 0,00 | 0,00 |

VALOR SERVIÇO

489,36

VALORES DA NFS-e

| | | | | |
|-----------------|-----------------|----------|------------------|------|
| Repasso/Dedução | Base de Cálculo | Aliquota | Retenção | ISS |
| 0,00 | 489,36 | 2,00 % | ISS SEM RETENÇÃO | 9,79 |

TOTAL LIQUIDO

466,61

A validação dessa nota pode ser realizada no endereço: <https://pmsertaozinho.smarapd.com.br/tb/>

Recortar Aqui

| | | |
|--------------|------------|--|
| Data Emissão | 13/07/2024 | RECEBI DA EMPRESA INSTITUTO DE PATOLOGIA E CITOLOGIA PROF. DR. PAULO F. L. BECKER S/S LTDA. OS SERVIÇOS CONSTANTES DESTA NOTA FISCAL ELETRÔNICA |
| Número da NF | 1107 | |
| Chave | CIBT-BSNI | |
| Local / Data | | Assinatura |

INSTITUTO DE PATOLOGIA E CITOLOGIA "Prof.Dr.PAULO F.L.BECKER S/C LTDA"**Relação de Exames no Período de 01/06/24 a 30/06/24****Convênio: SANTA CASA PONTAL-PREFEITURA**

Data:02/07/20; Pág: 1

| Grupo | Descrição do Grupo | Qtde | Valor | TOTAL |
|-------|---|------|-----------|------------|
| 6017 | Ex.Anátomo-Patológico p/Biópsia ou Bióp. Aspir. | 12 | R\$ 40,78 | R\$ 489,36 |

Valor Total **Valor de Medicamentos** **Qtde de Filmes** **Valor de Filme** **Total de Exames**

DR. Frank Wagen Bisson.

2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

| | |
|------------------------|---------------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 3472 / 003 / 00000988-1 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | IRM DA STA CASA DE MISER PONTAL |
| CPF/CNPJ: | 55.110.753/0001-41 |

| | |
|-----------------------------------|---|
| Banco: | 756 - BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A. - 02038232 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Conta destino: | 3214 / 00000070440-7 |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | GINECOLOGIA E OBSTETRICIA SER MEDICOS SS |
| CPF/CNPJ: | 14.860.259/0001-17 |
| Valor: | R\$ 1.681,33 |
| Valor da tarifa: | R\$ 0,00 |
| Finalidade: | 05 - Pagamento de Fornecedores |
| Identificação da operação: | |
| Histórico: | |

| | |
|---------------------------------|---------------------|
| Data de débito: | 18/07/2024 |
| Data / Hora da operação: | 18/07/2024 12:37:14 |

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00107060 |
| Chave de segurança: | TPPXMR3QU8H79KMX |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104



Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto - SP
Secretaria Municipal da Fazenda

Fone: (16) - <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/>



Série do Documento
Nota Fiscal de Serviço
Eletrônica - NFS-e
Número da Nota Fiscal
358

Dados do Prestador de Serviço

Ginecologia e Obstetricia Servicos Medicos S/s

Rua Miguel Del Ré,000087 - Jardim Califórnia
CEP 14026-080 - Fone: (16)98848-0829 - Ribeirão Preto/ SP
gustavonardotto@me.com
Inscrição Municipal 20002945 - CPF/CNPJ 14.860.259/0001-17

Data de Geração da NFS-e
12/07/2024 15:58:52
Data de Competência/Emissão
12/07/2024
Cód. de Autenticidade
947D0D6AD
Responsável pela Retenção



Identificação da Nota Fiscal Eletrônica

| | | | |
|--|--|--------------|------------------------|
| Natureza da Operação Exigível | Número do RPS | Série do RPS | Data de Emissão do RPS |
| Local dos Serviços Pontal - São Paulo | Município Incidência Ribeirão Preto - São Paulo | | |

Dados do Tomador de Serviços

CNPJ/CPF : 55.110.753/0001-41 IM :
Razão Social : IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL
Endereço : Rua Ananias da Costa Freitas Número : 753
Complemento : Bairro : Centro
CEP : 14180-000 Cidade/UF : Pontal/ SP
Telefone : E-mail : contasmedicas@iscmpontal.com.br

Dados do Intermediário de Serviços

| | | |
|------|---------------------|--------------|
| CNPJ | Inscrição Municipal | Razão Social |
|------|---------------------|--------------|

Descrição dos Serviços

SERVIÇOS MEDICOS PRESTADOS NA SANTA CASA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR SUS REF JUNHO/2024, CONFORME CONVENIO COM O MUNICIPIO DE PONTAL TA N°008/2024 AO CONV N°001/2022

único

Detalhamento dos Tributos

| | | | | | | | |
|---|-------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------------|--|
| Atividade do Município 40101 - Medicina - | Alíquota 2,00 | Item da LC116/2003 403 | Cód. NBS | Cód. CNAE 8610102 | | | |
| Vi. Total dos Serviços R\$ 1.791,52 | Desconto Incondicionado R\$ 0,00 | Deduções Base Cálculo R\$ 0,00 | Base de Cálculo R\$ 1.791,52 | Total do ISSQN R\$ 35,83 | ISSQN Retido Não | Desconto Condicionado R\$ 0,00 | |
| PIS R\$ 11,65 | COFINS R\$ 53,75 | INSS R\$ 0,00 | IRRF R\$ 26,87 | CSLL R\$ 17,92 | Outras Retenções R\$ 0,00 | Vi. ISSQN Retido R\$ 0,00 | Vi. Líquido da Nota Fiscal R\$ 1.681,33 |
| Construção Civil | | Cód. Obra : | Art. : | | | | |

Informações Adicionais

Consulte a autenticidade deste documento acessando o site: <https://www.issnetonline.com.br/ribeiraopreto/online>



988-1

CNPJ 55.110.753/0001-41

Razão Social IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL

Período de Apuração Junho/2024

Data de Vencimento 19/07/2024

Número do Documento 07.16.24192.6014138-8

Pagar este documento até

19/07/2024

Observações Nº Recibo Declaração: 50000246494830

Valor Total do Documento

1.988,33

Composição do Documento de Arrecadação

| Código | Denominação | Principal | Multa | Juros | Total |
|--------|--|-----------------|-------|-------|-----------------|
| 1708 | IRRF - REMUNER SERV PRESTADOS POR PJ | 472,06 | | | 472,06 |
| | 06 IRRF - REMUNER SERV PRESTADOS POR PJ | | | | |
| | PA:06/2024 Vencimento:19/07/2024 | | | | |
| 5952 | RET DE CONTRIBUICOES PAGT PJ A PJ DE DIR PRIV | 1.516,27 | | | 1.516,27 |
| | 07 RET DE CONTRIBUICOES PAGT PJ A PJ DE DIR PRIV | | | | |
| | PA:06/2024 Vencimento:19/07/2024 | | | | |
| | Totais | 1.988,33 | | | 1.988,33 |

1.988,33R 1101 DEF34721907240250785000162

804-4

RETENÇÕES DE IMPOSTOS - TERMO DE FOMENTO - 01/2022 - PONTAL-SP - JUNHO/2024

| NF | RAZÃO SOCIAL | VALOR BRUTO | IMPOSTOS RETIDOS NA NF | | | VALOR LÍQUIDO |
|-----------------------------------|---|---------------|------------------------|------------|-----------------|---------------|
| | | | ISS | IRFF | PIS/COFINS/CSLL | |
| 122 | EL SHADAY CLÍNICA DE FISIOTERAPIA LTDA. - ME. | R\$ 499,69 | R\$ 9,99 | | R\$ 23,24 | R\$ 466,46 |
| 314 | R3 CLÍNICA MÉDICA LTDA | R\$ 7.308,82 | R\$ 146,18 | R\$ 109,63 | R\$ 339,86 | R\$ 6.713,15 |
| 391 | LILIAN CARLA CANTOLINI FERREIRA - ME. | R\$ 63,00 | R\$ 1,27 | | | R\$ 61,73 |
| 3225 | CLINICA DE CIRURGIA VASCULAR DE SERTÃOZINHO | R\$ 11.538,24 | | R\$ 173,07 | R\$ 536,53 | R\$ 10.828,64 |
| 89 | MED SERV RP SERVIÇOS MEDICOS SS | R\$ 67,96 | | R\$ 1,02 | R\$ 3,16 | R\$ 63,78 |
| 350 | GINECOLOGIA E OBSTETRICIA SERVIÇOS MEDICOS S/S | R\$ 2.794,42 | | R\$ 41,92 | R\$ 129,94 | R\$ 2.622,56 |
| 171 | BRUNA SANTOS PACHECO & CIA LTDA EPP | R\$ 72,22 | | R\$ 1,08 | R\$ 3,36 | R\$ 67,78 |
| 601 | CLÍNICA PEDIÁTRICA DR. JOSÉ CARLOS HIRONO S/S. - EPP. | R\$ 1.997,66 | R\$ 39,95 | R\$ 29,96 | R\$ 92,89 | R\$ 1.834,86 |
| 415 | CLINICA BEM ESTAR SAUDE DA MULHER LTDA | R\$ 395,52 | R\$ 7,91 | | R\$ 18,40 | R\$ 369,21 |
| 1367 | R.SOATO CIRURGIA E ENDOSCOPIA DO APARELHO DIGESTIVO S/S. LTDA. - EPP. | R\$ 719,80 | R\$ 14,40 | R\$ 10,80 | R\$ 33,47 | R\$ 661,13 |
| 2117 | INFANTE SAÚDE OCUPACIONAL DE PONTAL LTDA. - EPP. | R\$ 385,17 | R\$ 11,82 | | | R\$ 373,35 |
| 582 | CLÍNICA ORTOPÉDICA MICHIELETO | R\$ 1.416,83 | R\$ 28,34 | R\$ 21,25 | R\$ 65,88 | R\$ 1.301,36 |
| 1368 | R.SOATO CIRURGIA E ENDOSCOPIA DO APARELHO DIGESTIVO S/S. LTDA. - EPP. | R\$ 223,44 | R\$ 4,47 | R\$ 3,35 | R\$ 10,38 | R\$ 205,24 |
| 201 | ESCULAPIO - CLINICA DE ORTOPEDIA LTDA | R\$ 1.087,26 | | R\$ 16,31 | R\$ 50,56 | R\$ 1.020,39 |
| 1042 | UNICLINICAS SERTÃOZINHO LTDA | R\$ 50,00 | | R\$ 0,75 | R\$ 2,33 | R\$ 46,92 |
| 1651 | LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS SANTA TEREZA S/S LTDA. | R\$ 3.459,91 | R\$ 69,20 | R\$ 51,90 | R\$ 160,89 | R\$ 3.177,92 |
| 1096 | INSTITUTO DE PATOLOGIA E CITOLOGIA PROF. DR. PAULO F. L. BECKER S/S LTDA. | R\$ 734,04 | | R\$ 11,01 | R\$ 34,13 | R\$ 688,90 |
| 30273 | ABUD SERVIÇOS RADIOLOGICOS | R\$ 242,00 | | | R\$ 11,25 | R\$ 230,75 |
| | | | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - |
| | | | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - |
| | | | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - |
| VALOR DA GUIA A SER GERADA DO MÊS | | | R\$ 333,52 | R\$ 472,06 | R\$ 1.516,27 | |

NOTA COM VALOR ERRADO

R\$ 1.988,33

BADESCA CIABATI
ASSIS:169983358
30

Assinado de forma digital
por BADESCA CIABATI
ASSIS:16998335830
Dados: 2024.07.10
15:25:36 -03'00'