



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 CONVENIENTE: 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: 01/06/2024 até 30/06/2024 (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       |
|--------------------|-------------------------|-----------------|-----------|---------------|
| 20/06/2024         | R\$ 28.280,29           | 20/06/2024      | 201104    | R\$ 28.280,29 |
| 20/06/2024         | R\$ 5.100,58            | 20/06/2024      | 201104    | R\$ 5.100,58  |
|                    |                         |                 |           |               |
|                    |                         |                 |           |               |
|                    |                         |                 |           |               |
|                    |                         |                 |           | R\$ 33.380,87 |

|   |     |           |
|---|-----|-----------|
| (A) SALDO DO EXERCÍCIO ANTERIOR                               | R\$ | 22.768,87 |
| (B) REPASSE PÚBLICO NO EXERCÍCIO                              | R\$ | 33.380,87 |
| (C) RECEITAS COM APLICAÇÕES FINANCEIRAS DOS REPASSES PÚBLICOS | R\$ | 197,83    |
| (D) OUTRAS RECEITAS DECORRENTES DA EXECUÇÃO DO AJUSTE (3)     |     |           |
| (E) TOTAL DE RECURSOS PÚBLICOS (A+B+C+D)                      | R\$ | 56.347,57 |
|   | R\$ | -         |
| (F) RECURSOS PRÓPRIOS DA ENTIDADE BENEFICIÁRIA                | R\$ | 2.777,37  |
| (G) TOTAL DE RECURSOS DISPONÍVEIS NO EXERCÍCIO (E+F)          | R\$ | 59.124,94 |

(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.



| 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\$ 31.057,66           |                         | R\$ 31.057,66           | R\$ 31.057,66                 |                         |
| Impostos   |                         |                         |                         |                               |                         |
| Serviços de Terceiros                              |                         |                         |                         |                               |                         |
| Locações diversas                                  |                         |                         |                         |                               |                         |
| Utilidades Públicas (7)                            |                         |                         |                         |                               |                         |
| Combustível  |                         |                         |                         |                               |                         |
| Bens e materias permanentes                        |                         |                         |                         |                               |                         |
| Obras  |                         |                         |                         |                               |                         |
| Depesas Bancárias                                  | R\$ 61,90               |                         | R\$ 61,90               | R\$ 61,90                     |                         |
| Bloqueio Judicial                                  | R\$ 93,68               |                         | R\$ 93,68               | R\$ 93,68                     |                         |
| <b>TOTAL</b>                                       | <b>R\$ 31.213,24</b>    | <b>R\$ -</b>            | <b>R\$ 31.213,24</b>    | <b>R\$ 31.213,24</b>          | <b>R\$ -</b>            |

(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

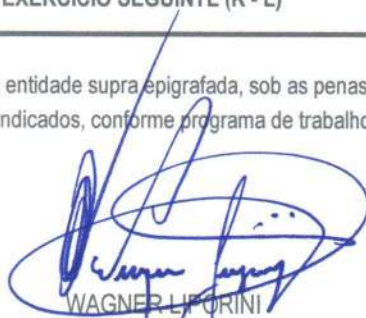
R. Ananias da Costa Freitas, 753 - Centro

CEP: 14180-000 - Pontal/SP

Fone: (16) 3953-9100

| DEMONSTRATIVO DO SALDO FINANCEIRO DO EXERCÍCIO                    |     |           |
|---|-----|-----------|
| (G) TOTAL DE RECURSOS DISPONÍVEIS NO EXERCÍCIO                    | R\$ | 59.124,94 |
| (J) DESPESAS PAGAS NO EXERCÍCIO (H+I)                             | R\$ | 31.213,24 |
| (K) RECURSOS PÚBLICO NÃO APLICADO [E - (J - F)]                   | R\$ | 27.911,70 |
| (L) VALOR DEVOLVIDO AO ÓRGÃO PÚBLICO                              |     |           |
| (M) VALOR AUTORIZADO PARA APLICAÇÃO NO EXERCÍCIO SEGUINTE (K - L) | R\$ | 27.911,70 |

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 L. PORINI  
Interventor

Pontal, 15 de julho de 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

**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: 01/06/2024 até 30/06/2024 (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 |
|-------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|---------------|-------------------|------------------------|----------------------|---------------------|
| <b>SERVICOS MÉDICOS</b> |                                   |                                      |                                   |               |                   |                        |                      |                     |
| 14/06/2024              | 30273                             | ABUD SERV RADIOLOGICOS LTDA          | SERVICOS MÉDICOS                  | R\$ 242,00    | 11,25             | R\$ 230,75             | 110114               | 20/06/2024          |
| 18/06/2024              | 3225                              | CLINICA DE CIRURGIA VASC DE STZ LTDA | SERVICOS MÉDICOS                  | R\$ 11.538,24 | 709,6             | R\$ 10.828,64          | 109712               | 20/06/2024          |
| 14/06/2024              | 1367                              | R SOATO CIR E ENDOSC DO AP DIGESTIVO | SERVICOS MÉDICOS                  | R\$ 719,80    | 58,67             | R\$ 661,13             | 108584               | 20/06/2024          |
| 14/06/2024              | 1368                              | R SOATO CIR E ENDOSC DO AP DIGESTIVO | SERVICOS MÉDICOS                  | R\$ 223,44    | 18,2              | R\$ 205,24             | 108253               | 20/06/2024          |
| 17/06/2024              | 89                                | MED SERV RP SERV MÉDICOS SS          | SERVICOS MÉDICOS                  | R\$ 67,96     | 4,18              | R\$ 63,78              | 109598               | 20/06/2024          |
| 17/06/2024              | 391                               | LILIAN CARLA CANTOLINI FERREIRA ME   | SERVICOS MÉDICOS                  | R\$ 63,00     | 1,27              | R\$ 61,73              | 109873               | 20/06/2024          |



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL

CNPJ: 55.110.753/0001-41

R. Ananias da Costa Freitas, 753 - Centro

CEP: 14180-000 - Pontal/SP

Fone: (16) 3953-9100

|                           |        |  |                  |              |        |               |           |            |
|---------------------------|--------|--|------------------|--------------|--------|---------------|-----------|------------|
| 14/06/2024                | 601    | CLINICA PEDIATRICA DR JOSE HIRONO          | SERVICOS MÈDICOS | R\$ 1.997.66 | 162.8  | R\$ 1.834.86  | 108881    | 20/06/2024 |
| 17/06/2024                | 201    | ESCULAPIO CLINICA DE ORTOPEDIA             | SERVICOS MÈDICOS | R\$ 1.087.26 | 66.87  | R\$ 1.020.39  | 108131    | 20/06/2024 |
| 14/06/2024                | 582    | CLINICA ORTOPEDICA MICHIELETO              | SERVICOS MÈDICOS | R\$ 1.416.83 | 115.47 | R\$ 1.301.36  | 108362    | 20/06/2024 |
| 16/06/2024                | 149    | N.A.M SERVICOS MÈDICOS LTDA                | SERVICOS MÈDICOS | R\$ 324.89   | 0      | R\$ 324.89    | 110046    | 20/06/2024 |
| 17/06/2024                | 1042   | UNICLINICAS SERTAOZINHO LTDA               | SERVICOS MÈDICOS | R\$ 50.00    | 3.08   | R\$ 46.92     | 107917    | 20/06/2024 |
| 17/06/2024                | 350    | GINECOLOGIA E OBST SERVICOS MÈDICOS        | SERVICOS MÈDICOS | R\$ 2.794.42 | 171.86 | R\$ 2.622.56  | 109212    | 20/06/2024 |
| 19/06/2024                | 2117   | INFANTE SAUDE OCUPACIONAL DE PONTAL        | SERVICOS MÈDICOS | R\$ 385.17   | 11.82  | R\$ 373.35    | 108457    | 20/06/2024 |
| 18/06/2024                | 171    | BRUNA SANTOS PACHECO E CIA LTDA            | SERVICOS MÈDICOS | R\$ 72.22    | 5.8    | R\$ 66.42     | 108982    | 20/06/2024 |
| 17/06/2024                | 1096   | INST DE PATOLOGIA E CITOLOGIA PROF PAULO B | SERVICOS MÈDICOS | R\$ 734.04   | 45.14  | R\$ 688.90    | 107451    | 20/06/2024 |
| 17/06/2024                | 415    | CLINICA BEM ESTAR SAUDE DA MULHER          | SERVICOS MÈDICOS | R\$ 395.52   | 26.31  | R\$ 369.21    | 108724    | 20/06/2024 |
| 19/06/2024                | 1651   | LAB DE ANALISES CLINICAS SANTA TEREZA      | SERVICOS MÈDICOS | R\$ 3.459.91 | 281.99 | R\$ 3.177.92  | 107763    | 20/06/2024 |
| 17/06/2024                | 122    | EL SHADAY CLINICA DE FISIOTERAPIA          | SERVICOS MÈDICOS | R\$ 499.69   | 33.23  | R\$ 466.46    | 988216345 | 20/06/2024 |
| 17/06/2024                | 314    | R3 CLINICA MÈDICA LTDA                     | SERVICOS MÈDICOS | R\$ 7.308.82 | 595.67 | R\$ 6.713.15  | 109965    | 20/06/2024 |
|                           |        |  |                  |              |        | R\$ 31.057.66 |           |            |
| <b>DESPESAS BANCARIAS</b> |        |  |                  |              |        |               |           |            |
| 20/06/2024                | TARIFA | TARIFA BANCARIA                            | TARIFA BANCARIA  | R\$ 6.90     | 0      | R\$ 6.90      | EXTRATO   | 20/06/2024 |
| 25/06/2024                | TARIFA | TARIFA BANCARIA                            | TARIFA BANCARIA  | R\$ 55.00    | 0      | R\$ 55.00     | EXTRATO   | 25/06/2024 |
|                           |        |  |                  |              |        | R\$ 61.90     |           |            |

R\$

31.119,56

Pontal, 15 de julho de 2024

AGNÈE LIPORINI  
Interventor

### Extrato por período

Cliente: IRM DA STA CASA DE MISER PONTAL

Conta: 3472 | 003 | 00000988-1

Data: 02/07/2024 - 09:10

Mês: Junho/2024

Período: 1 - 30

#### Extrato

| Data Mov.  | Nr. Doc. | Histórico      | Valor       | Saldo       |
|------------|----------|----------------|-------------|-------------|
|            | 000000   | SALDO ANTERIOR | 0,00        | 0,00        |
| 03/06/2024 | 000000   | DESBL.SALD     | 7.743,37 C  | 7.743,37 C  |
| 03/06/2024 | 000000   | DB VLR BLV     | 7.743,37 D  | 0,00 C      |
| 03/06/2024 | 000000   | SALDO DIA      |             | 0,00 C      |
| 04/06/2024 | 000000   | SALDO DIA      |             | 0,00 C      |
| 05/06/2024 | 000000   | SALDO DIA      |             | 0,00 C      |
| 06/06/2024 | 000000   | SALDO DIA      |             | 0,00 C      |
| 07/06/2024 | 000000   | DESBL.SALD     | 31.845,18 C | 31.845,18 C |
| 07/06/2024 | 000000   | BLOQ.SALDO     | 31.845,18 D | 0,00 C      |
| 07/06/2024 | 000000   | SALDO DIA      |             | 0,00 C      |
| 10/06/2024 | 000000   | SALDO DIA      |             | 0,00 C      |
| 11/06/2024 | 000000   | SALDO DIA      |             | 0,00 C      |
| 12/06/2024 | 000000   | SALDO DIA      |             | 0,00 C      |
| 13/06/2024 | 000000   | SALDO DIA      |             | 0,00 C      |
| 14/06/2024 | 000000   | SALDO DIA      |             | 0,00 C      |
| 17/06/2024 | 000000   | SALDO DIA      |             | 0,00 C      |
| 18/06/2024 | 000000   | SALDO DIA      |             | 0,00 C      |
| 19/06/2024 | 000000   | SALDO DIA      |             | 0,00 C      |
| 20/06/2024 | 207288   | APLICACAO      | 5.000,00 D  | 5.000,00 D  |
| 20/06/2024 | 201104   | CRED TEV       | 28.280,29 C | 23.280,29 C |
| 20/06/2024 | 201104   | CRED TEV       | 5.100,58 C  | 28.380,87 C |
| 20/06/2024 | 201402   | CRED TEV       | 2.777,37 C  | 31.158,24 C |
| 20/06/2024 | 107451   | ENVIO TED      | 688,90 D    | 30.469,34 C |
| 20/06/2024 | 107763   | ENVIO TED      | 3.177,92 D  | 27.291,42 C |
| 20/06/2024 | 107917   | ENVIO TED      | 46,92 D     | 27.244,50 C |
| 20/06/2024 | 108131   | ENVIO TED      | 1.020,39 D  | 26.224,11 C |
| 20/06/2024 | 108253   | ENVIO TED      | 205,24 D    | 26.018,87 C |
| 20/06/2024 | 108362   | ENVIO TED      | 1.301,36 D  | 24.717,51 C |

|            |        |            |             |             |
|------------|--------|------------|-------------|-------------|
| 20/06/2024 | 108457 | ENVIO TED  | 373,35 D    | 24.344,16 C |
| 20/06/2024 | 108584 | ENVIO TED  | 661,13 D    | 23.683,03 C |
| 20/06/2024 | 108724 | ENVIO TED  | 369,21 D    | 23.313,82 C |
| 20/06/2024 | 108881 | ENVIO TED  | 1.834,86 D  | 21.478,96 C |
| 20/06/2024 | 108982 | ENVIO TED  | 66,42 D     | 21.412,54 C |
| 20/06/2024 | 109212 | ENVIO TED  | 2.622,56 D  | 18.789,98 C |
| 20/06/2024 | 109598 | ENVIO TED  | 63,78 D     | 18.726,20 C |
| 20/06/2024 | 109712 | ENVIO TED  | 10.828,64 D | 7.897,56 C  |
| 20/06/2024 | 109873 | ENVIO TED  | 61,73 D     | 7.835,83 C  |
| 20/06/2024 | 109965 | ENVIO TED  | 6.713,15 D  | 1.122,68 C  |
| 20/06/2024 | 110046 | ENVIO TED  | 324,89 D    | 797,79 C    |
| 20/06/2024 | 110114 | ENVIO TED  | 230,75 D    | 567,04 C    |
| 20/06/2024 | 201323 | ENVIO TEV  | 466,46 D    | 100,58 C    |
| 20/06/2024 | 000138 | TAR TEV AG | 6,90 D      | 93,68 C     |
| 20/06/2024 | 000000 | SALDO DIA  |             | 93,68 C     |
| 21/06/2024 | 000000 | BLOQ.SALDO | 93,68 D     | 0,00 C      |
| 21/06/2024 | 000000 | SALDO DIA  |             | 0,00 C      |
| 24/06/2024 | 000000 | SALDO DIA  |             | 0,00 C      |
| 25/06/2024 | 000000 | MANUT CTA  | 55,00 D     | 55,00 D     |
| 25/06/2024 | 727220 | RESG AUTOM | 55,00 C     | 0,00 C      |
| 25/06/2024 | 000000 | SALDO DIA  |             | 0,00 C      |
| 26/06/2024 | 000000 | SALDO DIA  |             | 0,00 C      |
| 27/06/2024 | 000000 | SALDO DIA  |             | 0,00 C      |
| 28/06/2024 | 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<br>PONTAL, SP | Código<br>3472 | Operação<br>5970 | Emissão<br>02/07/2024 |
|-------------------------------|----------------|------------------|-----------------------|

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

**Rentabilidade do Fundo**

|                     |                     |                                    |                                   |                                   |
|---------------------|---------------------|------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| No Mês(%)<br>0,8188 | No Ano(%)<br>5,4416 | Nos Últimos 12 Meses(%)<br>12,5766 | Cota em: 31/05/2024<br>2,35891900 | Cota em: 28/06/2024<br>2,37823400 |
|---------------------|---------------------|------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|

**Administradora**

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

**Cliente**

|   |                                |                                       |                    |                |
|---|--------------------------------|---------------------------------------|--------------------|----------------|
| Nome<br>IRM DA STA CASA DE MISER PONTAL | CPF/CNPJ<br>55.110.753/0001-41 | Conta Corrente<br>0003.000000000988-1 | Mês/Ano<br>06/2024 | Folha<br>01/01 |
| Análise do Perfil do Investidor         |                                | Data da Avaliação                     |                    |                |

**Resumo da Movimentação**

| Histórico                  | Valor em R\$ | Qtde de Cotas |
|----------------------------|--------------|---------------|
| Saldo Anterior             | 22.768,87C   | 9.652,245900  |
| Aplicações                 | 5.000,00C    | 2.107,224873  |
| Resgates                   | 55,00D       | 23,152988     |
| Rendimento Bruto no Mês    | 197,83C      |               |
| IRRF                       | 0,00         |               |
| IOF                        | 0,00         |               |
| Taxa de Saída              | 0,00         |               |
| Saldo Bruto*               | 27.911,70C   | 11.736,317785 |
| Resgate Bruto em Trânsito* | 0,00         |               |

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

**Movimentação Detalhada**

| Data    | Histórico | Valor R\$ | Qtde de Cotas |
|---------|-----------|-----------|---------------|
| 20 / 06 | APLICACAO | 5.000,00C | 2.107,224873  |
| 25 / 06 | RESGATE   | 55,00D    | 23,152988     |
|         | IRRF      | 0,00      |               |
|         | IOF       | 0,00      |               |

**Dados de Tributação**

**Rendimento Base**

**IRRF**

0,00

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



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

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

|                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| <b>Banco:</b>                     | 756 - BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A. - 02038232 |
| <b>Tipo de conta:</b>             | 01 - Conta Corrente                               |
| <b>Conta destino:</b>             | 4277 / 00000020129-4                              |
| <b>Tipo de pessoa:</b>            | JURÍDICA  |
| <b>Nome:</b>                      | MED SERV RP SERVICOS MEDICOS SS                   |
| <b>CPF/CNPJ:</b>                  | 12.563.132/0001-00                                |
| <b>Valor:</b>                     | R\$ 63,78   |
| <b>Valor da tarifa:</b>           | R\$ 0,00  |
| <b>Finalidade:</b>                | 05 - Pagamento de Fornecedores                    |
| <b>Identificação da operação:</b> |   |
| <b>Histórico:</b>                 |   |

|                                 |                     |
|---------------------------------|---------------------|
| <b>Data de débito:</b>          | 20/06/2024          |
| <b>Data / Hora da operação:</b> | 20/06/2024 13:11:26 |

|                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| <b>Código da operação:</b> | 00109598         |
| <b>Chave de segurança:</b> | A5H12PUXJ1T40H85 |

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  
89



|                        |                     |                          |           |                       |             |
|------------------------|---------------------|--------------------------|-----------|-----------------------|-------------|
| Data e Hora da Emissão | 17/06/2024 13:57:39 | Competência              | 17/6/2024 | Código de Verificação | EGNWG7IM1   |
| 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 MEDICOS PRESTADOS NA SANTA CASA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR SUS  
CONFORME CONVENIO COM O MUNICIPIO DE PONTAL  
TA N° 008/2024 AO CONV N° 001/2022  
REFERENTE O MES DE MAIO/2024

*fúria*

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\$) | 0,44 | COFINS (R\$) | 2,04 | IR (R\$) | 1,02 | INSS (R\$) |  | CSLL (R\$) | 0,68 |
|-----------|------|--------------|------|----------|------|------------|--|------------|------|

| Detalhamento de Valores - Prestador do Serviço |           | Outras Informações         |  | Cálculo do ISSQN devido no Município |                 |
|--|-----------|----------------------------|--|--------------------------------------|-----------------|
| Valor do Serviço                               | R\$ 67,96 | Natureza Operação          |  | Valor do Serviço                     | R\$ 67,96       |
| (-) 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                         | 4,18      | 0-Nenhum                   |  | Base de Cálculo                      | 67,96           |
| (-) 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\$ 63,78 | Incentivador Cultural      |  | (=) Valor do ISSQN                   | R\$ 1,36        |
|  |           | 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.

**TEV Enviada**

Via Internet Banking CAIXA

|                       |                         |
|-----------------------|-------------------------|
| <b>Conta origem:</b>  | 3472 / 003 / 00000988-1 |
| <b>Conta destino:</b> | 3472 / 003 / 00000737-4 |

|                             |                                  |
|-----------------------------|----------------------------------|
| <b>Nome destinatário:</b>   | EL SHADAY CLINICA DE FISIOTERAPI |
| <b>Quantidade de vezes:</b> |                                  |
| <b>Valor:</b>               | R\$ 466,46                       |

|                               |                     |
|-------------------------------|---------------------|
| <b>Data de débito:</b>        | 20/06/2024          |
| <b>Data/hora da operação:</b> | 20/06/2024 13:23:28 |

|                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| <b>Código da operação:</b> | 988216345        |
| <b>Chave de segurança:</b> | TTJFRW629K7MMFPN |

**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  
122  
Código de Verificação de Autenticidade  
WW1XZN58K  
Data e Hora de Emissão da NFS-e  
17/06/2024 às 14:12:46  
Chave de Acesso  
74070691DY4DG26R8UPO52ILIRSXYXN

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<br>Exigível    | Número do Processo          | Município de Incidência do ISS<br>PONTAL-SP  | Local da Prestação<br>PONTAL - SP |
| Número do RPS                       | Série do RPS                | Tipo do RPS  | Data do RPS<br>17/06/2024         |
| Optante Simples Nacional<br>2 - Não | Incentivo Fiscal<br>2 - Não | Regime Especial Tributação<br>Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP) 03 - Sobre Faturamento | Tipo ISS                          |

## PRESTADOR DE SERVIÇOS

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

## TOMADOR DE SERVIÇOS

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

## 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 MAIO/2024, CONFORME CONVENIO COM O MUNICÍPIO DE PONTAL TA N°008/2024 AO CONV N°001/2022. | 499,69        | R\$ 499,69 |

*Justica*

## Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS

|  |                                     |                                      |                               |                          |                                   |
|--|-------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|
| LC 116/2003: 04.08                                 | Aliquota<br>2,00%                   | Atividade Município<br>0000040000008 | Código CNAE<br>8650004        | Construção Civil         |                                   |
| Terapia ocupacional, fisioterapia e fonoaudiologia |                                     |                                      |                               | Código da Obra           | Código ART                        |
| Valor Total dos Serviços<br>R\$ 499,69             | Desconto Incondicionado<br>R\$ 0,00 | Deduções Base Cálculo<br>R\$ 0,00    | Base de Cálculo<br>R\$ 499,69 | Total do ISS<br>R\$ 9,99 | ISS Retido<br>1 - Sim             |
|  |                                     |                                      |                               |                          | Desconto Condicionado<br>R\$ 0,00 |

## Retenções de Impostos

|                                  |                                      |                  |                  |                                   |                              |
|----------------------------------|--------------------------------------|------------------|------------------|-----------------------------------|------------------------------|
| PIS (499,69 x 0,65%)<br>R\$ 3,25 | COFINS (499,69 x 3,00%)<br>R\$ 14,99 | INSS<br>R\$ 0,00 | IRRF<br>R\$ 0,00 | CSLL (499,69 x 1,00%)<br>R\$ 5,00 | Outras Retenções<br>R\$ 0,00 |
|----------------------------------|--------------------------------------|------------------|------------------|-----------------------------------|------------------------------|

Valor Líquido da NFS-e: R\$ 466,46

Val. Aprox. Tributos:

## Informações Complementares

RECEBI(EMOS) DE EL SHADAY CLÍNICA DE FISIOTERAPIA LTDA. - ME. O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO 122 E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO WW1XZN58K.

Data

CPF/RG

Assinatura

## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

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

|                                   |                                       |
|-----------------------------------|---------------------------------------|
| <b>Banco:</b>                     | 033 - BANCO SANTANDER S.A. - 90400888 |
| <b>Tipo de conta:</b>             | 01 - Conta Corrente                   |
| <b>Conta destino:</b>             | 0767 / 00013002723-8                  |
| <b>Tipo de pessoa:</b>            | JURÍDICA                              |
| <b>Nome:</b>                      | N A M SERVICOS MEDICOS LTDA           |
| <b>CPF/CNPJ:</b>                  | 42.152.681/0001-53                    |
| <b>Valor:</b>                     | R\$ 324,89                            |
| <b>Valor da tarifa:</b>           | R\$ 0,00                              |
| <b>Finalidade:</b>                | 05 - Pagamento de Fornecedores        |
| <b>Identificação da operação:</b> |                                       |
| <b>Histórico:</b>                 |                                       |

*Jesus*

|                                 |                     |
|---------------------------------|---------------------|
| <b>Data de débito:</b>          | 20/06/2024          |
| <b>Data / Hora da operação:</b> | 20/06/2024 13:20:26 |

|                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| <b>Código da operação:</b> | 00110046         |
| <b>Chave de segurança:</b> | 87Y0L1667XAQ9KUW |

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  
149**Dados do Prestador de Serviço****N. A. M. Servicos Medicos Ltda**Rua Doutor Elias Boainain, 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

**16/06/2024 20:44:09**

Data de Competência/Emissão

**16/06/2024**

Cód. de Autenticidade

**E4D3D5E8E**

Responsável pela Retenção

**Identificação da Nota Fiscal Eletrônica**

|  |  |              |                        |
|--|--|--------------|------------------------|
| Natureza da Operação<br>Exigível                 | Número do RPS                                      | Série do RPS | Data de Emissão do RPS |
| Local dos Serviços<br>Ribeirão Preto - São Paulo | Município Incidência<br>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 : <a href="mailto:contasmedicas@iscmpontal.com.br">contasmedicas@iscmpontal.com.br</a> |

**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 MAIO/2024, POR DRA NAYARA ALVES MENDES, CRM/SP 167.837. CONFORME CONVÊNIO COM O MUNICÍPIO DE PONTAL, TA N 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\$ 54,25. FEDERAL 13,45%; MUNICIPAL 3,25% - FONTE: IBPT."

*finica***Detalhamento dos Tributos**

|  |                                     |                                   |                               |                            |                              |                                   |   |
|--|-------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|----------------------------|------------------------------|-----------------------------------|---|
| Atividade do Município<br>40101 - Medicina - | Alíquota<br><b>2,01</b>             | Item da LC116/2003<br>401         | Cód. NBS                      | Cód. CNAE<br>8630503       |                              |                                   |   |
| VI. Total dos Serviços<br><b>R\$ 324,89</b>  | Desconto Incondicionado<br>R\$ 0,00 | Deduções Base Cálculo<br>R\$ 0,00 | Base de Cálculo<br>R\$ 324,89 | Total do ISSQN<br>R\$ 6,53 | ISSQN Retido<br>Não          | Desconto Condicionado<br>R\$ 0,00 |   |
| PIS<br>R\$ 0,00                              | COFINS<br>R\$ 0,00                  | INSS<br>R\$ 0,00                  | IRRF<br>R\$ 0,00              | CSLL<br>R\$ 0,00           | Outras Retenções<br>R\$ 0,00 | VI. ISSQN Retido<br>R\$ 0,00      | VI. Líquido da Nota Fiscal<br><b>R\$ 324,89</b> |

**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

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

|                                   |                                     |
|-----------------------------------|-------------------------------------|
| <b>Banco:</b>                     | 237 - BANCO BRADESCO S/A - 60746948 |
| <b>Tipo de conta:</b>             | 01 - Conta Corrente                 |
| <b>Conta destino:</b>             | 2829 / 00000010063-3                |
| <b>Tipo de pessoa:</b>            | FÍSICA                              |
| <b>Nome:</b>                      | BRUNA SANTOS PACHECO & CIA LTDA EPP |
| <b>CPF/CNPJ:</b>                  | 329.460.028-37                      |
| <b>Valor:</b>                     | R\$ 66,42                           |
| <b>Valor da tarifa:</b>           | R\$ 0,00                            |
| <b>Finalidade:</b>                | 05 - Pagamento de Fornecedores      |
| <b>Identificação da operação:</b> |                                     |
| <b>Histórico:</b>                 |                                     |

|                                 |                     |
|---------------------------------|---------------------|
| <b>Data de débito:</b>          | 20/06/2024          |
| <b>Data / Hora da operação:</b> | 20/06/2024 12:59:28 |

|                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| <b>Código da operação:</b> | 00108982         |
| <b>Chave de segurança:</b> | VZH97MCQWW1AW5KP |

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

|  |   |  |
|--|---|--|
|  <b>Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto - SP</b><br>Secretaria Municipal da Fazenda<br>Fone: (16) - <a href="https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/">https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/</a> |  | Série do Documento<br>Nota Fiscal de Serviço<br>Eletrônica - NFS-e |
|  |   | Número da Nota Fiscal<br>171                                       |

|   |  |   |
|---|--|---|
| <b>Dados do Prestador de Serviço</b>  |  |   |
| <b>Bruna Santos Pacheco &amp; Cia Ltda - EPP</b><br>Rua Barão do Amazonas,002139 BLOCO: B1 - Jardim Sumaré<br>CEP 14025-110 - Fone: (16)99436-6556 - Ribeirão Preto/ SP<br>fenixcon@convex.com.br<br>Inscrição Municipal 20107468 - CPF/CNPJ 21.992.446/0001-10 | Data de Geração da NFS-e<br><b>18/06/2024 17:06:08</b> |  |
|   | Data de Competência/Emissão<br><b>18/06/2024</b>       |   |
|   | Cód. de Autenticidade<br><b>D6130BB61</b>              |   |
|   | Responsável pela Retenção                              |   |

|  |               |  |                        |
|--|---------------|--|------------------------|
| <b>Identificação da Nota Fiscal Eletrônica</b>   |               |  |                        |
| Natureza da Operação<br>Exigível                 | Número do RPS | Série do RPS                                       | Data de Emissão do RPS |
| Local dos Serviços<br>Ribeirão Preto - São Paulo |               | Município Incidência<br>Ribeirão Preto - São Paulo |                        |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <b>Dados do Tomador de Serviços</b>                              |  |  |  |
| 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 |  |  |

|   |                     |              |
|---|---------------------|--------------|
| <b>Dados do Intermediário de Serviços</b> |                     |              |
| CNPJ                                      | Inscrição Municipal | Razão Social |

|   |
|---|
| <b>Descrição dos Serviços</b>   |
| SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS NA SANTA CASA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR SUS CONFORME CONVENIO COM MUNICIPIO DE PONTAL<br>TA N° 008/2024<br>CONVENIO N° 001/2022<br>REFERENTE MES DE MAIO/2024 |
| <i>física</i>   |

|  |                                     |                                   |                              |                            |                              |                                   |   |
|--|-------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|----------------------------|------------------------------|-----------------------------------|---|
| <b>Detalhamento dos Tributos</b>             |                                     |                                   |                              |                            |                              |                                   |   |
| Atividade do Município<br>40101 - Medicina - |                                     |                                   |                              | Aliquota<br><b>2,00</b>    | Item da LC116/2003<br>401    | Cód. NBS                          | Cód. CNAE<br>8630503                    |
| VI. Total dos Serviços<br><b>R\$ 72,22</b>   | Desconto Incondicionado<br>R\$ 0,00 | Deduções Base Cálculo<br>R\$ 0,00 | Base de Cálculo<br>R\$ 72,22 | Total do ISSQN<br>R\$ 1,44 | ISSQN Retido<br>Não          | Desconto Condicionado<br>R\$ 0,00 |   |
| PIS<br>R\$ 0,47                              | COFINS<br>R\$ 2,17                  | INSS<br>R\$ 0,00                  | IRRF<br>R\$ 1,08             | CSLL<br>R\$ 2,08           | Outras Retenções<br>R\$ 0,00 | VI. ISSQN Retido<br>R\$ 0,00      | VI. Líquido da Nota Fiscal<br>R\$ 66,42 |
| <b>Construção Civil</b>                      |                                     |                                   | Cód. Obra : <b>0,72</b>      | Art. :                     |                              |                                   |   |

|                               |
|-------------------------------|
| <b>Informações Adicionais</b> |
| .                             |

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

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

|                                   |                                       |
|-----------------------------------|---------------------------------------|
| <b>Banco:</b>                     | 033 - BANCO SANTANDER S.A. - 90400888 |
| <b>Tipo de conta:</b>             | 01 - Conta Corrente                   |
| <b>Conta destino:</b>             | 0711 / 00013000192-9                  |
| <b>Tipo de pessoa:</b>            | JURÍDICA                              |
| <b>Nome:</b>                      | ESCULAPIO CLINICA ORTOPEDICA LTDA     |
| <b>CPF/CNPJ:</b>                  | 06.324.647/0001-55                    |
| <b>Valor:</b>                     | R\$ 1.020,39                          |
| <b>Valor da tarifa:</b>           | R\$ 0,00                              |
| <b>Finalidade:</b>                | 05 - Pagamento de Fornecedores        |
| <b>Identificação da operação:</b> |                                       |
| <b>Histórico:</b>                 |                                       |

|                                 |                     |
|---------------------------------|---------------------|
| <b>Data de débito:</b>          | 20/06/2024          |
| <b>Data / Hora da operação:</b> | 20/06/2024 12:42:55 |

|                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| <b>Código da operação:</b> | 00108131         |
| <b>Chave de segurança:</b> | R21CVH53RSWKGZ5R |

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  
201**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

**17/06/2024 13:14:07**

Data de Competência/Emissão

**17/06/2024**

Cód. de Autenticidade

**FDF7FB518**

Responsável pela Retenção

**Identificação da Nota Fiscal Eletrônica**

|  |  |              |                        |
|--|--|--------------|------------------------|
| Natureza da Operação<br>Exigível                 | Número do RPS                                      | Série do RPS | Data de Emissão do RPS |
| Local dos Serviços<br>Ribeirão Preto - São Paulo | Município Incidência<br>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 MAIO/2024.CONFORME CONVENIO COM O MUNICIPIO DE PONTAL  
TA N°008/2024 AO CONV N°001/2022*física***Detalhamento dos Tributos**

|   |                                     |                                   |                                 |   |
|---|-------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|---|
| Atividade do Município<br>40101 - Medicina -  | Alíquota<br><b>2,00</b>             | Item da LC116/2003<br>401         | Cód. NBS                        | Cód. CNAE<br>8630503                      |
| VI. Total dos Serviços<br><b>R\$ 1.087,26</b> | Desconto Incondicionado<br>R\$ 0,00 | Deduções Base Cálculo<br>R\$ 0,00 | Base de Cálculo<br>R\$ 1.087,26 | Total do ISSQN<br>R\$ 21,75               |
| PIS<br>R\$ 7,07                               | COFINS<br>R\$ 32,62                 | INSS<br>R\$ 0,00                  | IRRF<br>R\$ 16,31               | CSLL<br>R\$ 10,87                         |
| Construção Civil                              |                                     | Cód. Obra :                       | Art. :                          |   |
|   |                                     | Outras Retenções<br>R\$ 0,00      |                                 | VI. ISSQN Retido<br>R\$ 0,00              |
|   |                                     |                                   |                                 | Desconto Condicionado<br>R\$ 0,00         |
|   |                                     |                                   |                                 | VI. Líquido da Nota Fisca<br>R\$ 1.020,39 |

**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

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

|                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| <b>Banco:</b>                     | 756 - BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A. - 02038232 |
| <b>Tipo de conta:</b>             | 01 - Conta Corrente                               |
| <b>Conta destino:</b>             | 3214 / 00000063263-5                              |
| <b>Tipo de pessoa:</b>            | JURÍDICA  |
| <b>Nome:</b>                      | R4 CLINICA MEDICA LTDA                            |
| <b>CPF/CNPJ:</b>                  | 34.129.327/0001-80                                |
| <b>Valor:</b>                     | R\$ 6.713,15                                      |
| <b>Valor da tarifa:</b>           | R\$ 0,00  |
| <b>Finalidade:</b>                | 05 - Pagamento de Fornecedores                    |
| <b>Identificação da operação:</b> |   |
| <b>Histórico:</b>                 |   |

|                                 |                     |
|---------------------------------|---------------------|
| <b>Data de débito:</b>          | 20/06/2024          |
| <b>Data / Hora da operação:</b> | 20/06/2024 13:18:38 |

|                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| <b>Código da operação:</b> | 00109965         |
| <b>Chave de segurança:</b> | 4MYNSXEYH2K2P0T8 |

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  
314  
Código de Verificação de Autenticidade  
VWUR272LR  
Data e Hora de Emissão da NFS-e  
17/06/2024 às 15:41:40  
Chave de Acesso  
740746MIUU4XQVJWBQ1NZE79CNQORLF0

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<br>17/06/2024          |
| Optante Simples Nacional<br>2 - Não | Incentivo Fiscal<br>2 - Não | Regime Especial Tributação<br>Não Possui | Tipo ISS<br>03 - Sobre Faturamento |

## PRESTADOR DE SERVIÇOS

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

## TOMADOR DE SERVIÇOS

|   |                            |                      |   |
|---|----------------------------|----------------------|---|
| CPF/CNPJ/Documento<br>55.110.753/0001-41          | RG/Inscrição Estadual      | Inscrição Municipal  | Nome/Razão Social<br>IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL |
| Logradouro<br>RUA ANANIAS COSTA FREITAS, 753, 000 |                            |                      | Complemento<br>CENTRO   |
| CEP/Cod.Postal<br>14180-000                       | Cidade/Pais<br>PONTAL - SP | Cod. IBGE<br>3540200 | Telefone<br>E-mail<br>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<br>REF MES DE MAIO/2024, CONFORME CONVENIO COM O MUNICIPIO DE PONTAL TA N°006/2024 AO CONV N°001/2022 | 7.308,82      | R\$ 7.308,82 |

*Jússica*

## Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS

|  |                         |                       |                 |                |                                   |
|--|-------------------------|-----------------------|-----------------|----------------|-----------------------------------|
| LC 116/2003: 04.03   | Aliquota                | 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                        |
| R\$ 7.308,82   | R\$ 0,00                | R\$ 0,00              | R\$ 7.308,82    | R\$ 146,18     | 1 - Sim                           |
|  |                         |                       |                 |                | Desconto Condicionado<br>R\$ 0,00 |

## Retenções de Impostos

|                        |                           |          |                         |                         |                  |
|------------------------|---------------------------|----------|-------------------------|-------------------------|------------------|
| PIS (7.308,82 x 0,65%) | COFINS (7.308,82 x 3,00%) | INSS     | IRRF (7.308,82 x 1,50%) | CSLL (7.308,82 x 1,00%) | Outras Retenções |
| R\$ 47,51              | R\$ 219,26                | R\$ 0,00 | R\$ 109,63              | R\$ 73,09               | R\$ 0,00         |

Valor Líquido da NFS-e: R\$ 6.713,15

Val. Aprox. Tributos:

## Informações Complementares

RECEBI(EMOS) DE R3 CLÍNICA MÉDICA LTDA O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO 314 E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO VWUR272LR.

Data

CPF/RG

Assinatura

## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

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

|                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| <b>Banco:</b>                     | 756 - BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A. - 02038232 |
| <b>Tipo de conta:</b>             | 01 - Conta Corrente                               |
| <b>Conta destino:</b>             | 3214 / 00000070440-7                              |
| <b>Tipo de pessoa:</b>            | JURÍDICA  |
| <b>Nome:</b>                      | GINECOLOGIA E OBSTETRICIA SERV MEDICOS S          |
| <b>CPF/CNPJ:</b>                  | 14.860.259/0001-17                                |
| <b>Valor:</b>                     | R\$ 2.622,56                                      |
| <b>Valor da tarifa:</b>           | R\$ 0,00  |
| <b>Finalidade:</b>                | 05 - Pagamento de Fornecedores                    |
| <b>Identificação da operação:</b> |   |
| <b>Histórico:</b>                 |   |

|                                 |                     |
|---------------------------------|---------------------|
| <b>Data de débito:</b>          | 20/06/2024          |
| <b>Data / Hora da operação:</b> | 20/06/2024 13:03:22 |

|                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| <b>Código da operação:</b> | 00109212         |
| <b>Chave de segurança:</b> | 2FGZTYUMKKTN1NM8 |

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  
350

**Dados do Prestador de Serviço**

**Ginecologia e Obstetria 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  
**17/06/2024 14:31:52**  
Data de Competência/Emissão  
**17/06/2024**  
Cód. de Autenticidade  
**96A59301A**  
Responsável pela Retenção



**Identificação da Nota Fiscal Eletrônica**

|  |  |              |                        |
|--|--|--------------|------------------------|
| Natureza da Operação<br>Exigível         | Número do RPS                                      | Série do RPS | Data de Emissão do RPS |
| Local dos Serviços<br>Pontal - São Paulo | Município Incidência<br>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 MAIO/2024, CONFORME CONVENIO COM O MUNICIPIO DE PONTAL TA N°008/2024 AO CONV N°001/2022

*física*

**Detalhamento dos Tributos**

|  |                                     |                                   |                                 |                             |                              |                                   |  |
|--|-------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------------|--|
| Atividade do Município<br>40101 - Medicina -         | Alíquota<br><b>2,00</b>             | Item da LC116/2003<br>403         | Cód. NBS                        | Cód. CNAE<br>8610102        |                              |                                   |  |
| <b>VI. Total dos Serviços</b><br><b>R\$ 2.794,42</b> | Desconto Incondicionado<br>R\$ 0,00 | Deduções Base Cálculo<br>R\$ 0,00 | Base de Cálculo<br>R\$ 2.794,42 | Total do ISSQN<br>R\$ 55,89 | ISSQN Retido<br>Não          | Desconto Condicionado<br>R\$ 0,00 |  |
| PIS<br>R\$ 18,16                                     | COFINS<br>R\$ 83,83                 | INSS<br>R\$ 0,00                  | IRRF<br>R\$ 41,92               | CSLL<br>R\$ 27,95           | Outras Retenções<br>R\$ 0,00 | VI. ISSQN Retido<br>R\$ 0,00      | <b>VI. Líquido da Nota Fiscal</b><br><b>R\$ 2.622,56</b> |
| <b>Construção Civil</b>                              | <b>Cód. Obra :</b>                  | <b>Art. :</b>                     |                                 |                             |                              |                                   |  |

**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

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

|                                   |                                       |
|-----------------------------------|---------------------------------------|
| <b>Banco:</b>                     | 033 - BANCO SANTANDER S.A. - 90400888 |
| <b>Tipo de conta:</b>             | 01 - Conta Corrente                   |
| <b>Conta destino:</b>             | 0711 / 00013000384-2                  |
| <b>Tipo de pessoa:</b>            | JURÍDICA                              |
| <b>Nome:</b>                      | LILIAN CARLA CANTOLINI FERREIRA ME    |
| <b>CPF/CNPJ:</b>                  | 20.739.189/0001-46                    |
| <b>Valor:</b>                     | R\$ 61,73                             |
| <b>Valor da tarifa:</b>           | R\$ 0,00                              |
| <b>Finalidade:</b>                | 05 - Pagamento de Fornecedores        |
| <b>Identificação da operação:</b> |                                       |
| <b>Histórico:</b>                 |                                       |

|                                 |                     |
|---------------------------------|---------------------|
| <b>Data de débito:</b>          | 20/06/2024          |
| <b>Data / Hora da operação:</b> | 20/06/2024 13:16:43 |

|                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| <b>Código da operação:</b> | 00109873         |
| <b>Chave de segurança:</b> | 9UE6PUZAF4ZA3KX9 |

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  
391  
Código de Verificação de Autenticidade  
0XJW2FF1D  
Data e Hora de Emissão da NFS-e  
17/06/2024 às 17:10:34  
Chave de Acesso  
740801UR8XGFO6GGY3Q5AQR6VNZ40AVV

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<br>Exigível    | Número do Processo          | Município de Incidência do ISS<br>PONTAL-SP  | Local da Prestação<br>PONTAL - SP |
| Número do RPS                       | Série do RPS                | Tipo do RPS  | Data do RPS<br>17/06/2024         |
| Optante Simples Nacional<br>1 - Sim | Incentivo Fiscal<br>2 - Não | Regime Especial Tributação<br>Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP) 03 - Sobre Faturamento | Tipo ISS                          |

## PRESTADOR DE SERVIÇOS

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

## TOMADOR DE SERVIÇOS

|   |                             |                            |   |
|---|-----------------------------|----------------------------|---|
| CPF/CNPJ/Documento<br>55.110.753/0001-41          | RG/Inscrição Estadual       | Inscrição Municipal        | Nome/Razão Social<br>IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL |
| Logradouro<br>RUA ANANIAS COSTA FREITAS, 753, 000 | CEP/Cod.Postal<br>14180-000 | Cidade/País<br>PONTAL - SP | Complemento<br>CENTRO   |
|   |                             |                            | Cod. IBGE<br>3540200  |
|   |                             |                            | Telefone<br>E-mail<br>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(FONAUDIOLOGIA) REF MAIO/2024, CONFORME CONVENIO COM O MUNICÍPIO DE PONTAL TA N°008/2024 AO CONV N°001/2022 | 63,00         | R\$ 63,00 |

*Júlia*

## Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS

| Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS  |                         |                       |                 | Construção Civil |            |                       |
|--|-------------------------|-----------------------|-----------------|------------------|------------|-----------------------|
| LC 116/2003: 04.08                                 | Alíquota                | Atividade Município   | Código CNAE     | Código da Obra   | Código ART |                       |
| Terapia ocupacional, fisioterapia e fonoaudiologia | 2,01%                   | 0000040000008         | 8650006         |                  |            |                       |
| Valor Total dos Serviços                           | Desconto Incondicionado | Deduções Base Cálculo | Base de Cálculo | Total do ISS     | ISS Retido | Desconto Condicionado |
| R\$ 63,00  | R\$ 0,00                | R\$ 0,00              | R\$ 63,00       | R\$ 1,27         | 1 - Sim    | 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\$ 61,73

Val. Aprox. Tributos:

## Informações Complementares

RECEBI(EMOS) DE LILIAN CARLA CANTOLINI FERREIRA - ME. O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO 391 E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO 0XJW2FF1D.

Data

CPF/RG

Assinatura



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

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

|                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| <b>Banco:</b>                     | 756 - BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A. - 02038232 |
| <b>Tipo de conta:</b>             | 01 - Conta Corrente                               |
| <b>Conta destino:</b>             | 3214 / 00000036610-2                              |
| <b>Tipo de pessoa:</b>            | JURÍDICA  |
| <b>Nome:</b>                      | CLINICA BEM ESTAR SAUDE DA MULHER LTDA            |
| <b>CPF/CNPJ:</b>                  | 21.667.568/0001-30                                |
| <b>Valor:</b>                     | R\$ 369,21  |
| <b>Valor da tarifa:</b>           | R\$ 0,00  |
| <b>Finalidade:</b>                | 05 - Pagamento de Fornecedores                    |
| <b>Identificação da operação:</b> |   |
| <b>Histórico:</b>                 |   |

|                                 |                     |
|---------------------------------|---------------------|
| <b>Data de débito:</b>          | 20/06/2024          |
| <b>Data / Hora da operação:</b> | 20/06/2024 12:54:51 |

|                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| <b>Código da operação:</b> | 00108724         |
| <b>Chave de segurança:</b> | 8NT0PXLPRLPX3EWC |

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**  
**415**  
**Código de Verificação de Autenticidade**  
**BEE0ZU31G**  
**Data e Hora de Emissão da NFS-e**  
**17/06/2024 às 14:49:28**  
**Chave de Acesso**  
**740720P5THYZL7BPA2HYWXMQDE4KMK**

**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<br><b>17/06/2024</b>   |
| Optante Simples Nacional<br>2 - Não | Incentivo Fiscal<br>2 - Não | Regime Especial Tributação<br>Não Possui | Tipo ISS<br>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<br><b>21.667.568/0001-30</b>           | RG/Inscrição Estadual<br><b>ISENTA</b> | Inscrição Municipal<br><b>000008550</b> | Cadastro<br><b>000030651</b>    | Nome/Razão Social<br><b>CLINICA BEM ESTAR SAUDE DA MULHER LTDA</b> |
| Logradouro<br><b>RUA APRÍGIO DE ARAUJO, 290</b> | Complemento                            | Bairro<br><b>CENTRO</b>                 | Telefone<br><b>16-3953-1565</b> | E-mail<br><b>cdcarolo@yahoo.com.br</b>                             |
| CEP<br><b>14180-000</b>                         | Cidade<br><b>PONTAL-SP</b>             |   |                                 |  |

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

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

**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 MAIO/2024, CONFORME CONVENIO COM O MUNICIPIO DE PONTAL TA N°008/2024 AO CONV N°001/2022 | 395,52        | R\$ 395,52 |

*física*

**Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS**

|   |  |   |                                      |                                 |  |
|---|--|---|--------------------------------------|---------------------------------|--|
| LC 116/2003: <b>04.01</b>                     | Alíquota<br><b>2,00%</b>                   | Atividade Município<br><b>0000040000001</b> | Código CNAE<br><b>8630503</b>        | <b>Construção Civil</b>         |  |
| Medicina e biomedicina                        |  |   |                                      | Código da Obra                  | Código ART                               |
| Valor Total dos Serviços<br><b>R\$ 395,52</b> | Desconto Incondicionado<br><b>R\$ 0,00</b> | Deduções Base Cálculo<br><b>R\$ 0,00</b>    | Base de Cálculo<br><b>R\$ 395,52</b> | Total do ISS<br><b>R\$ 7,91</b> | ISS Retido<br><b>1 - Sim</b>             |
|   |  |   |                                      |                                 | Desconto Condicionado<br><b>R\$ 0,00</b> |

**Retenções de Impostos**

|   |   |                         |                         |  |                                     |
|---|---|-------------------------|-------------------------|--|-------------------------------------|
| PIS (395,52 x 0,65%)<br><b>R\$ 2,57</b> | COFINS (395,52 x 3,00%)<br><b>R\$ 11,87</b> | INSS<br><b>R\$ 0,00</b> | IRRF<br><b>R\$ 0,00</b> | CSLL (395,52 x 1,00%)<br><b>R\$ 3,96</b> | Outras Retenções<br><b>R\$ 0,00</b> |
|---|---|-------------------------|-------------------------|--|-------------------------------------|

**Valor Líquido da NFS-e: R\$ 369,21**

Val. Aprox. Tributos: Federal (13,45%) R\$53,20 Estadual (0,00%) R\$0,00 Municipal (2,31%) R\$9,14

**Informações Complementares**

RECEBI(EMOS) DE **CLINICA BEM ESTAR SAUDE DA MULHER LTDA** O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO **415** E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO **BEE0ZU31G**.

Data

CPF/RG

Assinatura

## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

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

|                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| <b>Banco:</b>                     | 756 - BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A. - 02038232 |
| <b>Tipo de conta:</b>             | 01 - Conta Corrente                               |
| <b>Conta destino:</b>             | 3214 / 00000036984-5                              |
| <b>Tipo de pessoa:</b>            | JURÍDICA  |
| <b>Nome:</b>                      | CLINIUCA OROTOPEDICA MICHIELETO                   |
| <b>CPF/CNPJ:</b>                  | 22.182.151/0001-40                                |
| <b>Valor:</b>                     | R\$ 1.301,36                                      |
| <b>Valor da tarifa:</b>           | R\$ 0,00  |
| <b>Finalidade:</b>                | 05 - Pagamento de Fornecedores                    |
| <b>Identificação da operação:</b> |   |
| <b>Histórico:</b>                 |   |

|                                 |                     |
|---------------------------------|---------------------|
| <b>Data de débito:</b>          | 20/06/2024          |
| <b>Data / Hora da operação:</b> | 20/06/2024 12:48:06 |

|                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| <b>Código da operação:</b> | 00108362         |
| <b>Chave de segurança:</b> | AJS1GM5GUJVV4HHC |

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  
**582**  
Código de Verificação de Autenticidade  
**IR7F16AUL**  
Data e Hora de Emissão da NFS-e  
**14/06/2024 às 15:18:40**  
Chave de Acesso  
740361A8DDWGPJN8HJT0FRVUJK44O27F

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<br>Exigível    | Número do Processo          | Município de Incidência do ISS<br>PONTAL-SP | Local da Prestação<br>PONTAL - SP  |
| Número do RPS                       | Série do RPS                | Tipo do RPS                                 | Data do RPS                        |
|                                     |                             |   | Competência<br><b>14/06/2024</b>   |
| Optante Simples Nacional<br>2 - Não | Incentivo Fiscal<br>2 - Não | Regime Especial Tributação<br>Não Possui    | Tipo ISS<br>03 - Sobre Faturamento |

### PRESTADOR DE SERVIÇOS

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

### TOMADOR DE SERVIÇOS

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

### 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 ABRIL/2024, CONFORME CONVENIO COM O MUNICIPIO DE PONTAL TA N°008/2024 AO CONV N° 001/2022 | 1.416,83      | R\$ 1.416,83 |

*Jessica*

### Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS

| LC 116/2003: 04.01       | Aliquota                | 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            |
| R\$ 1.416,83             | R\$ 0,00                | R\$ 0,00              | R\$ 1.416,83    | R\$ 28,34      | 1 - Sim               |
|                          |                         |                       |                 |                | Desconto Condicionado |
|                          |                         |                       |                 |                | R\$ 0,00              |

### Retenções de Impostos

|                        |                           |          |                         |                         |                  |
|------------------------|---------------------------|----------|-------------------------|-------------------------|------------------|
| PIS (1.416,83 x 0,65%) | COFINS (1.416,83 x 3,00%) | INSS     | IRRF (1.416,83 x 1,50%) | CSLL (1.416,83 x 1,00%) | Outras Retenções |
| R\$ 9,21               | R\$ 42,50                 | R\$ 0,00 | R\$ 21,25               | R\$ 14,17               | R\$ 0,00         |

Valor Líquido da NFS-e: R\$ 1.301,36

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 582 E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO IR7F16AUL.

Data

CPF/RG

Assinatura

## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

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

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| <b>Banco:</b>                     | 033 - BANCO SANTANDER S.A. - 90400888    |
| <b>Tipo de conta:</b>             | 01 - Conta Corrente                      |
| <b>Conta destino:</b>             | 0711 / 00001300425-2                     |
| <b>Tipo de pessoa:</b>            | JURÍDICA                                 |
| <b>Nome:</b>                      | CLIN PEDIATRICA DR JOSE CARLOS HIRONO SS |
| <b>CPF/CNPJ:</b>                  | 02.243.424/0001-02                       |
| <b>Valor:</b>                     | R\$ 1.834,86                             |
| <b>Valor da tarifa:</b>           | R\$ 0,00                                 |
| <b>Finalidade:</b>                | 05 - Pagamento de Fornecedores           |
| <b>Identificação da operação:</b> |  |
| <b>Histórico:</b>                 |  |

|                                 |                     |
|---------------------------------|---------------------|
| <b>Data de débito:</b>          | 20/06/2024          |
| <b>Data / Hora da operação:</b> | 20/06/2024 12:57:33 |

|                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| <b>Código da operação:</b> | 00108881         |
| <b>Chave de segurança:</b> | TAUS32NS8LGN7GG1 |

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

601

Código de Verificação de Autenticidade

JYTQ31V68

Data e Hora de Emissão da NFS-e

14/06/2024 às 13:16:54

Chave de Acesso

7402331KEZMPD0DZP9X1XNHJVZXGQ7XC

Informações Fiscais

|                                     |                             |  |                                   |
|-------------------------------------|-----------------------------|--|-----------------------------------|
| Exigibilidade do ISS<br>Exigível    | Número do Processo          | Município de Incidência do ISS<br>PONTAL-SP  | Local da Prestação<br>PONTAL - SP |
| Número do RPS                       | Série do RPS                | Tipo do RPS  | Data do RPS<br>14/06/2024         |
| Optante Simples Nacional<br>2 - Não | Incentivo Fiscal<br>2 - Não | Regime Especial Tributação<br>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<br>02.243.424/0001-02         | RG/Inscrição Estadual<br>ISENTO        | Inscrição Municipal<br>4568 | Cadastro<br>000027233 | Nome/Razão Social<br>CLÍNICA PEDIÁTRICA DR. JOSÉ CARLOS HIRONO S/S. - EPP. |
| Logradouro<br>RUA GUILHERME SILVA, 619 | Complemento                            | Bairro<br>CENTRO            | CEP<br>14180-000      | Cidade<br>PONTAL-SP  |
| Telefone<br>16-3953-5503               | E-mail<br>uniacontabil2008@hotmail.com |                             |                       |  |

TOMADOR DE SERVIÇOS

|   |                       |                     |   |
|---|-----------------------|---------------------|---|
| CPF/CNPJ/Documento<br>55.110.753/0001-41          | RG/Inscrição Estadual | Inscrição Municipal | Nome/Razão Social<br>IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL |
| Logradouro<br>RUA ANANIAS COSTA FREITAS, 753, 000 | Complemento           | Bairro<br>CENTRO    | CEP/Cod.Postal<br>14180-000   |
| Cidade/País<br>PONTAL - SP                        | Cod. IBGE<br>3540200  | Telefone            | E-mail<br>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 ABRIL/2024, CONFORME CONVENIO COM O MUNICIPIO DE PONTAL TA N° 008/2024 AO CONV N°001/2022 | 1.997,66      | R\$ 1.997,66 |

*Júlia*

Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS

| LC 116/2003: 04,03   | Aliquota                | Atividade Município   | Código CNAE     | Código da Obra | Código ART            |
|--|-------------------------|-----------------------|-----------------|----------------|-----------------------|
| Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, am... | 2,00%                   | 0000040000003         | 8630599         |                |                       |
| Valor Total dos Serviços   | Desconto Incondicionado | Deduções Base Cálculo | Base de Cálculo | Total do ISS   | ISS Retido            |
| R\$ 1.997,66   | R\$ 0,00                | R\$ 0,00              | R\$ 1.997,66    | R\$ 39,95      | 1 - Sim               |
|  |                         |                       |                 |                | Desconto Condicionado |
|  |                         |                       |                 |                | R\$ 0,00              |

Retenções de Impostos

| PIS (1.997,66 x 0,65%)               | COFINS (1.997,66 x 3,00%) | INSS     | IRRF (1.997,66 x 1,50%)  | CSLL (1.997,66 x 1,00%) | Outras Retenções |
|--------------------------------------|---------------------------|----------|--|-------------------------|------------------|
| R\$ 12,98                            | R\$ 59,93                 | R\$ 0,00 | R\$ 29,96  | R\$ 19,98               | R\$ 0,00         |
| Valor Líquido da NFS-e: R\$ 1.834,86 |                           |          | Val. Aprox. Tributos: Federal (13,45%) R\$268,69 Estadual (0,00%) R\$0,00 Municipal (2,69%) R\$53,74 |                         |                  |

Informações Complementares

RECEB(EMOS) DE CLÍNICA PEDIÁTRICA DR. JOSÉ CARLOS HIRONO S/S. - EPP. O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO 601 E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO JYTQ31V68.

Data

CPF/RG

Assinatura

## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

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

|                                   |                                       |
|-----------------------------------|---------------------------------------|
| <b>Banco:</b>                     | 033 - BANCO SANTANDER S.A. - 90400888 |
| <b>Tipo de conta:</b>             | 01 - Conta Corrente                   |
| <b>Conta destino:</b>             | 2129 / 00013000286-8                  |
| <b>Tipo de pessoa:</b>            | JURÍDICA                              |
| <b>Nome:</b>                      | UNICLINICAS SERTAOZINHO LTDA          |
| <b>CPF/CNPJ:</b>                  | 02.026.997/0001-84                    |
| <b>Valor:</b>                     | R\$ 46,92                             |
| <b>Valor da tarifa:</b>           | R\$ 0,00                              |
| <b>Finalidade:</b>                | 05 - Pagamento de Fornecedores        |
| <b>Identificação da operação:</b> |                                       |
| <b>Histórico:</b>                 |                                       |

|                                 |                     |
|---------------------------------|---------------------|
| <b>Data de débito:</b>          | 20/06/2024          |
| <b>Data / Hora da operação:</b> | 20/06/2024 12:38:46 |

|                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| <b>Código da operação:</b> | 00107917         |
| <b>Chave de segurança:</b> | LF8PXT88LQVHLSC4 |

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

### UNICLINICAS SERTÃOZINHO LTDA

Número Nota Fiscal:

1042

Data Emissão:

17/06/2024

Chave:

LLFA-JMSD

#### 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

Competência: 06/2024

Exigibilidade: Exigível

Retenção de ISS: SEM RETENÇÃO

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

Local de Incidência do Serviço: Sertãozinho

Simple Nacional: Não

#### 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<br>REF MAIO/2024, CONFORME CONVENIO COM O MUNICÍPIO DE PONTAL | 50,00          | 50,00       |

#### INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Aliquota Imp. Aprox. : 0,00

*física*

#### RETENÇÕES

|     |      |      |      |     |      |        |      |      |      |      |      |        |      |
|-----|------|------|------|-----|------|--------|------|------|------|------|------|--------|------|
| ISS | 0,00 | IRRF | 0,75 | PIS | 0,33 | COFINS | 1,50 | CSLL | 0,50 | INSS | 0,00 | OUTROS | 0,00 |
|-----|------|------|------|-----|------|--------|------|------|------|------|------|--------|------|

#### DESCONTOS

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

| VALOR SERVIÇO | VALORES DA NFS-e |                 |          |                  |      | TOTAL LIQUIDO |
|---------------|------------------|-----------------|----------|------------------|------|---------------|
| 50,00         | Repassse/Dedução | Base de Cálculo | Aliquota | Retenção         | ISS  | 46,92         |
|               | 0,00             | 50,00           | 2,00 %   | ISS SEM RETENÇÃO | 1,00 |               |

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

Recortar Aqui

|              |            |   |
|--------------|------------|---|
| Data Emissão | 17/06/2024 | RECEBI DA EMPRESA UNICLINICAS SERTAOZINHO LTDA<br>OS SERVIÇOS CONSTANTES DESTA NOTA FISCAL ELETRÔNICA |
| Número da NF | 1042       |   |
| Chave        | LLFA-JMSD  |   |
|              |            | Local / Data  |
|              |            | Assinatura  |



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

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

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| <b>Banco:</b>                     | 033 - BANCO SANTANDER S.A. - 90400888    |
| <b>Tipo de conta:</b>             | 01 - Conta Corrente                      |
| <b>Conta destino:</b>             | 2129 / 00013000074-9                     |
| <b>Tipo de pessoa:</b>            | JURÍDICA                                 |
| <b>Nome:</b>                      | INST DE PAT E CITOLOGIA P DR PAULO BECKE |
| <b>CPF/CNPJ:</b>                  | 01.593.157/0001-30                       |
| <b>Valor:</b>                     | R\$ 688,90                               |
| <b>Valor da tarifa:</b>           | R\$ 0,00                                 |
| <b>Finalidade:</b>                | 05 - Pagamento de Fornecedores           |
| <b>Identificação da operação:</b> |  |
| <b>Histórico:</b>                 |  |

|                                 |                     |
|---------------------------------|---------------------|
| <b>Data de débito:</b>          | 20/06/2024          |
| <b>Data / Hora da operação:</b> | 20/06/2024 12:29:41 |

|                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| <b>Código da operação:</b> | 00107451         |
| <b>Chave de segurança:</b> | 3GQAXYPPMS2EXRJC |

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:

**1096**

Data Emissão:

**17/06/2024**

Chave:

**OMPL-AOMW****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: 06/2024

Simples 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 Maio/2024, conforme convênio com o município de Pontal TA n° 008/2024 ao conv. n° 001/2022 | 734,04         | 734,04      |

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

Imp. Aprox.: 122,58 Aliquota Imp. Aprox.: 16,70 Fonte Imp. Aprox.: IPBT

*Jessica***RETENÇÕES**

|     |      |      |       |     |      |        |       |      |      |      |      |        |      |
|-----|------|------|-------|-----|------|--------|-------|------|------|------|------|--------|------|
| ISS | 0,00 | IRRF | 11,01 | PIS | 4,77 | COFINS | 22,02 | CSLL | 7,34 | INSS | 0,00 | OUTROS | 0,00 |
|-----|------|------|-------|-----|------|--------|-------|------|------|------|------|--------|------|

**DESCONTOS**

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

**VALOR SERVIÇO****734,04****VALORES DA NFS-e**

|                 |      |                 |        |          |        |                           |       |
|-----------------|------|-----------------|--------|----------|--------|---------------------------|-------|
| Repasse/Dedução | 0,00 | Base de Cálculo | 734,04 | Aliquota | 2,00 % | Retenção ISS SEM RETENÇÃO | 14,68 |
|-----------------|------|-----------------|--------|----------|--------|---------------------------|-------|

**TOTAL LIQUIDO****688,90**A validação dessa nota pode ser realizada no endereço: <https://pmsertaozinho.smarapd.com.br/tb/>

Recortar Aqui

|              |                   |  |            |
|--------------|-------------------|--|------------|
| Data Emissão | <b>17/06/2024</b> | RECEBI DA EMPRESA INSTITUTO DE PATOLOGIA E CITOLOGIA PROF. DR. PAULO F. L. BECKER S/S LTDA.<br>OS SERVIÇOS CONSTANTES DESTA NOTA FISCAL ELETRÔNICA |            |
| Número da NF | <b>1096</b>       |  |            |
| Chave        | <b>OMPL-AOMW</b>  |  |            |
|              |                   | Local / Data   | Assinatura |

## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

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

|                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| <b>Banco:</b>                     | 756 - BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A. - 02038232 |
| <b>Tipo de conta:</b>             | 01 - Conta Corrente                               |
| <b>Conta destino:</b>             | 3214 / 00000052686-0                              |
| <b>Tipo de pessoa:</b>            | JURÍDICA  |
| <b>Nome:</b>                      | R SOATO CIR E END DO APARELHO DIGESTIVO           |
| <b>CPF/CNPJ:</b>                  | 06.307.803/0001-70                                |
| <b>Valor:</b>                     | R\$ 661,13  |
| <b>Valor da tarifa:</b>           | R\$ 0,00  |
| <b>Finalidade:</b>                | 05 - Pagamento de Fornecedores                    |
| <b>Identificação da operação:</b> |   |
| <b>Histórico:</b>                 |   |

|                                 |                     |
|---------------------------------|---------------------|
| <b>Data de débito:</b>          | 20/06/2024          |
| <b>Data / Hora da operação:</b> | 20/06/2024 12:52:15 |

|                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| <b>Código da operação:</b> | 00108584         |
| <b>Chave de segurança:</b> | 41YMCKRKZF59KJJ1 |

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  
**1367**  
Código de Verificação de Autenticidade  
**22CKI1DBL**  
Data e Hora de Emissão da NFS-e  
**14/06/2024 às 15:17:12**  
Chave de Acesso  
740356W45L290Z0L6TQJZ18ZN029XCZK

### Informações Fiscais

|                                     |                             |   |                                    |
|-------------------------------------|-----------------------------|---|------------------------------------|
| Exigibilidade do ISS Exigível       | Número do Processo          | Município de Incidência do ISS<br>PONTAL-SP                                       | Local da Prestação<br>PONTAL - SP  |
| Número do RPS                       | Série do RPS                | Tipo do RPS   | Data do RPS<br>14/06/2024          |
| Optante Simples Nacional<br>2 - Não | Incentivo Fiscal<br>2 - Não | Regime Especial Tributação<br>Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP) | Tipo ISS<br>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<br>06.307.803/0001-70            | RG/Inscrição Estadual<br>ISENTO | Inscrição Municipal<br>5976 | Cadastro<br>000019932    | Nome/Razão Social<br>R.SOATO CIRURGIA E ENDOSCOPIA DO APARELHO DIGESTIVO S/S. |
| Logradouro<br>RUA JOSÉ LEONEL PUPO, 00367 |                                 |                             | Complemento<br>SALA 02   | Bairro<br>CENTRO  |
| CEP<br>14180-000                          | Cidade<br>PONTAL-SP             |                             | Telefone<br>16-3953-1148 | E-mail<br>rodrigosoato@gmail.com  |

### TOMADOR DE SERVIÇOS

|   |                            |                      |   |
|---|----------------------------|----------------------|---|
| CPF/CNPJ/Documento<br>55.110.753/0001-41          | RG/Inscrição Estadual      | Inscrição Municipal  | Nome/Razão Social<br>IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL |
| Logradouro<br>RUA ANANIAS COSTA FREITAS, 753, 000 |                            |                      | Complemento<br>CENTRO   |
| CEP/Cod.Postal<br>14180-000                       | Cidade/País<br>PONTAL - SP | Cod. IBGE<br>3540200 | Telefone<br>E-mail<br>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 MAIO/2024 DR RAFAEL | 719,80        | R\$ 719,80 |

*física*

### 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            |
| R\$ 719,80               | R\$ 0,00                | R\$ 0,00              | R\$ 719,80      | R\$ 14,40      | 1 - Sim               |
|                          |                         |                       |                 |                | Desconto Condicionado |
|                          |                         |                       |                 |                | R\$ 0,00              |

### Retenções de Impostos

|                      |                         |          |                       |                       |                  |
|----------------------|-------------------------|----------|-----------------------|-----------------------|------------------|
| PIS (719,80 x 0,65%) | COFINS (719,80 x 3,00%) | INSS     | IRRF (719,80 x 1,50%) | CSLL (719,80 x 1,00%) | Outras Retenções |
| R\$ 4,68             | R\$ 21,59               | R\$ 0,00 | R\$ 10,80             | R\$ 7,20              | R\$ 0,00         |

Valor Líquido da NFS-e: R\$ 661,13

Val. Aprox. Tributos: Federal (13,45%) R\$96,81 Estadual (0,00%) R\$0,00 Municipal (2,18%) R\$15,69 - 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 1367 E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO

Data

CPF/RG

Assinatura

**2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Gerenciador Financeiro CAIXA

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

|                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| <b>Banco:</b>                     | 756 - BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A. - 02038232 |
| <b>Tipo de conta:</b>             | 01 - Conta Corrente                               |
| <b>Conta destino:</b>             | 3214 / 00000052686-0                              |
| <b>Tipo de pessoa:</b>            | JURÍDICA  |
| <b>Nome:</b>                      | R SOATO CIR E END DO APARELHO DIGESTIVO           |
| <b>CPF/CNPJ:</b>                  | 06.307.803/0001-70                                |
| <b>Valor:</b>                     | R\$ 205,24  |
| <b>Valor da tarifa:</b>           | R\$ 0,00  |
| <b>Finalidade:</b>                | 05 - Pagamento de Fornecedores                    |
| <b>Identificação da operação:</b> |   |
| <b>Histórico:</b>                 |   |

|                                 |                     |
|---------------------------------|---------------------|
| <b>Data de débito:</b>          | 20/06/2024          |
| <b>Data / Hora da operação:</b> | 20/06/2024 12:45:50 |

|                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| <b>Código da operação:</b> | 00108253         |
| <b>Chave de segurança:</b> | H7H9EJ6K3PNRR1AX |

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  
**1368**  
Código de Verificação de Autenticidade  
**3R05U43RD**  
Data e Hora de Emissão da NFS-e  
**14/06/2024 às 15:18:27**  
Chave de Acesso  
740359BVNWB7W0DQLD87MNU3FVU4ECM

### Informações Fiscais

|                                     |                             |  |                                   |
|-------------------------------------|-----------------------------|--|-----------------------------------|
| Exigibilidade do ISS Exigível       | Número do Processo          | Município de Incidência do ISS<br>PONTAL-SP  | Local da Prestação<br>PONTAL - SP |
| Número do RPS                       | Série do RPS                | Tipo do RPS  | Data do RPS                       |
|                                     |                             |  | Competência<br><b>14/06/2024</b>  |
| Optante Simples Nacional<br>2 - Não | Incentivo Fiscal<br>2 - Não | Regime Especial Tributação<br>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<br><b>06.307.803/0001-70</b>            | RG/Inscrição Estadual<br><b>ISENTO</b> | Inscrição Municipal<br><b>5976</b> | Cadastro<br><b>000019932</b>    | Nome/Razão Social<br><b>R.SOATO CIRURGIA E ENDOSCOPIA DO APARELHO DIGESTIVO S/S.</b> |
| Logradouro<br><b>RUA JOSÉ LEONEL PUPO, 00367</b> | CEP<br><b>14180-000</b>                | Cidade<br><b>PONTAL-SP</b>         | Complemento<br><b>SALA 02</b>   | Bairro<br><b>CENTRO</b>  |
|  |  |                                    | Telefone<br><b>16-3953-1148</b> | E-mail<br><b>rodrigosoato@gmail.com</b>  |

### TOMADOR DE SERVIÇOS

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

### 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 MAIO/2024 DR RODRIGO | 223,44        | R\$ 223,44 |

*Júlia*

### Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS

| LC 116/2003:             | Alíquota                | Atividade Município   | Código CNAE       | Código da Obra  | Código ART                               |
|--------------------------|-------------------------|-----------------------|-------------------|-----------------|--|
| <b>04.01</b>             | <b>2,00%</b>            | <b>0000040000001</b>  | <b>8630503</b>    |                 |  |
| Medicina e biomedicina   |                         |                       |                   |                 |  |
| Valor Total dos Serviços | Desconto Incondicionado | Deduções Base Cálculo | Base de Cálculo   | Total do ISS    | ISS Retido                               |
| <b>R\$ 223,44</b>        | <b>R\$ 0,00</b>         | <b>R\$ 0,00</b>       | <b>R\$ 223,44</b> | <b>R\$ 4,47</b> | <b>1 - Sim</b>                           |
|                          |                         |                       |                   |                 | Desconto Condicionado<br><b>R\$ 0,00</b> |

### Retenções de Impostos

| PIS (223,44 x 0,65%) | COFINS (223,44 x 3,00%) | INSS            | IRRF (223,44 x 1,50%) | CSLL (223,44 x 1,00%) | Outras Retenções |
|----------------------|-------------------------|-----------------|-----------------------|-----------------------|------------------|
| <b>R\$ 1,45</b>      | <b>R\$ 6,70</b>         | <b>R\$ 0,00</b> | <b>R\$ 3,35</b>       | <b>R\$ 2,23</b>       | <b>R\$ 0,00</b>  |

Valor Líquido da NFS-e: **R\$ 205,24**

Val. Aprox. Tributos: Federal (13,45%) R\$30,05 Estadual (0,00%) R\$0,00 Municipal (2,18%) R\$4,87 - 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 1368 E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO

Data

CPF/RG

Assinatura

**2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Gerenciador Financeiro CAIXA

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

|                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| <b>Banco:</b>                     | 756 - BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A. - 02038232 |
| <b>Tipo de conta:</b>             | 01 - Conta Corrente                               |
| <b>Conta destino:</b>             | 3214 / 00000032121-4                              |
| <b>Tipo de pessoa:</b>            | JURÍDICA  |
| <b>Nome:</b>                      | LAB DE ANALISES CLINICAS STA TEREZA SS L          |
| <b>CPF/CNPJ:</b>                  | 55.108.831/0001-73                                |
| <b>Valor:</b>                     | R\$ 3.177,92                                      |
| <b>Valor da tarifa:</b>           | R\$ 0,00  |
| <b>Finalidade:</b>                | 05 - Pagamento de Fornecedores                    |
| <b>Identificação da operação:</b> |   |
| <b>Histórico:</b>                 |   |

|                                 |                     |
|---------------------------------|---------------------|
| <b>Data de débito:</b>          | 20/06/2024          |
| <b>Data / Hora da operação:</b> | 20/06/2024 12:35:26 |

|                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| <b>Código da operação:</b> | 00107763         |
| <b>Chave de segurança:</b> | 5ER168TPEY32WKCQ |

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  
1651  
Código de Verificação de Autenticidade  
LBL4VO1MT  
Data e Hora de Emissão da NFS-e  
19/06/2024 às 15:15:18  
Chave de Acesso  
741160SH7BQ7U28GW8GDJD3DRECURON

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<br>Exigível    | Número do Processo          | Município de Incidência do ISS<br>PONTAL-SP  | Local da Prestação<br>PONTAL - SP |
| Número do RPS                       | Série do RPS                | Tipo do RPS  | Data do RPS<br>19/06/2024         |
| Optante Simples Nacional<br>2 - Não | Incentivo Fiscal<br>2 - Não | Regime Especial Tributação<br>Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP) 03 - Sobre Faturamento | Tipo ISS                          |

## PRESTADOR DE SERVIÇOS

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

## TOMADOR DE SERVIÇOS

|   |                             |                            |   |
|---|-----------------------------|----------------------------|---|
| CPF/CNPJ/Documento<br>55.110.753/0001-41          | RG/Inscrição Estadual       | Inscrição Municipal        | Nome/Razão Social<br>IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL                                   |
| Logradouro<br>RUA ANANIAS COSTA FREITAS, 753, 000 | CEP/Cod.Postal<br>14180-000 | Cidade/País<br>PONTAL - SP | Complemento<br>Bairro<br>CENTRO<br>Cod. IBGE<br>3540200<br>Telefone<br>E-mail<br>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 MAIO/2024, CONFORME CONVENIO COM O MUNICIPIO DE PONTAL N°008/2024 AO CONV. N°001/2022 | 3.459,91      | R\$ 3.459,91 |

*Jessica*

## 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         |                 |                |                       |
| 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\$ 3.459,91   | R\$ 0,00                | R\$ 0,00              | R\$ 3.459,91    | R\$ 69,20      | 1 - Sim               |
|  |                         |                       |                 |                | Desconto Condicionado |
|  |                         |                       |                 |                | R\$ 0,00              |

## Retenções de Impostos

| PIS (3.459,91 x 0,65%)   | COFINS (3.459,91 x 3,00%) | INSS     | IRRF (3.459,91 x 1,50%) | CSLL (3.459,91 x 1,00%) | Outras Retenções |
|--|---------------------------|----------|-------------------------|-------------------------|------------------|
| R\$ 22,49  | R\$ 103,80                | R\$ 0,00 | R\$ 51,90               | R\$ 34,60               | R\$ 0,00         |
| Valor Líquido da NFS-e: R\$ 3.177,92   |                           |          |                         |                         |                  |
| 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 1651 E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO LBL4VO1MT.

Data

CPF/RG

Assinatura



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

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

|                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| <b>Banco:</b>                     | 237 - BANCO BRADESCO S/A - 60746948     |
| <b>Tipo de conta:</b>             | 01 - Conta Corrente                     |
| <b>Conta destino:</b>             | 2324 / 00000038457-7                    |
| <b>Tipo de pessoa:</b>            | JURÍDICA                                |
| <b>Nome:</b>                      | INFANTE SAUDE OCUPAC DE PONTAL LTDA EPP |
| <b>CPF/CNPJ:</b>                  | 06.184.079/0001-34                      |
| <b>Valor:</b>                     | R\$ 373,35                              |
| <b>Valor da tarifa:</b>           | R\$ 0,00                                |
| <b>Finalidade:</b>                | 05 - Pagamento de Fornecedores          |
| <b>Identificação da operação:</b> |   |
| <b>Histórico:</b>                 |   |

|                                 |                     |
|---------------------------------|---------------------|
| <b>Data de débito:</b>          | 20/06/2024          |
| <b>Data / Hora da operação:</b> | 20/06/2024 12:49:55 |

|                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| <b>Código da operação:</b> | 00108457         |
| <b>Chave de segurança:</b> | PPYPQ597XR8T4XA2 |

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  
2117  
Código de Verificação de Autenticidade  
51KTQ8ICX  
Data e Hora de Emissão da NFS-e  
19/06/2024 às 10:11:04  
Chave de Acesso  
741086YIUNJ3SDT71FMJ13ELP6XWSRRK

### Informações Fiscais

|                                     |                             |   |                                    |
|-------------------------------------|-----------------------------|---|------------------------------------|
| Exigibilidade do ISS Exigível       | Número do Processo          | Município de Incidência do ISS<br>PONTAL-SP                                       | Local da Prestação<br>PONTAL - SP  |
| Número do RPS                       | Série do RPS                | Tipo do RPS   | Data do RPS<br>19/06/2024          |
| Optante Simples Nacional<br>1 - Sim | Incentivo Fiscal<br>2 - Não | Regime Especial Tributação<br>Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP) | Tipo ISS<br>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<br>06.184.079/0001-34            | RG/Inscrição Estadual<br>ISENTO        | Inscrição Municipal<br>5767 | Cadastro<br>000012686                      | Nome/Razão Social<br>INFANTE SAÚDE OCUPACIONAL DE PONTAL LTDA. - EPP. |
| Logradouro<br>RUA JOSÉ LEONEL PUPO, 00367 | CEP<br>14180-000                       | Cidade<br>PONTAL-SP         | Complemento<br>RUA JOSÉ LEONEL PUPO, 00367 | Bairro<br>CENTRO  |
| Telefone<br>16-3953-6931                  | E-mail<br>luizfernando@contabil.com.br |                             |  |   |

### TOMADOR DE SERVIÇOS

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

### Discriminação dos Serviços

| Qtde.  | Un. Medida | Descrição   | Vlr. Unitário | Total      |
|--------|------------|---|---------------|------------|
| 1,0000 | UN         | SERVIÇOS MEDICOS PRESTADOS NA SANTA CASA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR SUS REF MAIO/2024,CONFORME CONVENIO COM O MUNICIPIO DE PONTAL. ATA N°008/2024 AO CONV N° 001/2022 | 385,17        | R\$ 385,17 |

*Justica*

### Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS

| LC 116/2003:             | Alíquota                | Atividade Município   | Código CNAE     | Código da Obra | Código ART            |
|--------------------------|-------------------------|-----------------------|-----------------|----------------|-----------------------|
| 04.01                    | 3,07%                   | 0000040000001         | 8650099         |                |                       |
| Medicina e biomedicina   |                         |                       |                 |                |                       |
| Valor Total dos Serviços | Desconto Incondicionado | Deduções Base Cálculo | Base de Cálculo | Total do ISS   | ISS Retido            |
| R\$ 385,17               | R\$ 0,00                | R\$ 0,00              | R\$ 385,17      | R\$ 11,82      | 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\$ 373,35

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 SICOOB AG. 3214 – C/C 54.421-3  
OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL,DISPENSADO DA RETENÇÃO IR CORFORME IN765/2007 PARAGRAFO III.

RECEBI(EMOS) DE INFANTE SAÚDE OCUPACIONAL DE PONTAL LTDA. - EPP. O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO 2117 E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO 51KTQ8ICX.

Data

CPF/RG

Assinatura

## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

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

|                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| <b>Banco:</b>                     | 756 - BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A. - 02038232 |
| <b>Tipo de conta:</b>             | 01 - Conta Corrente                               |
| <b>Conta destino:</b>             | 3214 / 00000476196                                |
| <b>Tipo de pessoa:</b>            | JURÍDICA  |
| <b>Nome:</b>                      | CLINICA DE CIRURGIA VASCULAR                      |
| <b>CPF/CNPJ:</b>                  | 01.439.325/0001-38                                |
| <b>Valor:</b>                     | R\$ 10.828,64                                     |
| <b>Valor da tarifa:</b>           | R\$ 0,00  |
| <b>Finalidade:</b>                | 05 - Pagamento de Fornecedores                    |
| <b>Identificação da operação:</b> |   |
| <b>Histórico:</b>                 |   |

|                                 |                     |
|---------------------------------|---------------------|
| <b>Data de débito:</b>          | 20/06/2024          |
| <b>Data / Hora da operação:</b> | 20/06/2024 13:13:33 |

|                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| <b>Código da operação:</b> | 00109712         |
| <b>Chave de segurança:</b> | AEWTK5R8W014LNPF |

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:           |
|  | <b>3225</b>         | <b>18/06/2024</b>           | <b>LQSB-XORQ</b> |
| <b>CLINICA DE CIRURGIA VASCULAR DE</b>                                     |                     |                             |                  |
| 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: 06/2024   | 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 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 Unitário | Valor Total |
| 1                          |    | SERVIÇOS MEDICOS PRESTADOS NA SANTA CASA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR SUS REF MAIO/2024, CONFORME CONVENIO COM O MUNICÍPIO DE PONTAL | 11.538,24      | 11.538,24   |

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

*física*

| RETENÇÕES        |                 |                  |          |                  |        | DESCONTOS |                  |                |
|------------------|-----------------|------------------|----------|------------------|--------|-----------|------------------|----------------|
| ISS              | IRRF            | PIS              | COFINS   | CSLL             | INSS   | OUTROS    | Condicionado     | Incondicionado |
| 0,00             | 173,07          | 75,00            | 346,15   | 115,38           | 0,00   | 0,00      | 0,00             | 0,00           |
| VALOR SERVIÇO    |                 | VALORES DA NFS-e |          |                  |        |           |                  | TOTAL LIQUIDO  |
| <b>11.538,24</b> | Repasse/Dedução | Base de Cálculo  | Aliquota | Retenção         | ISS    |           | <b>10.828,64</b> |                |
|                  | 0,00            | 11.538,24        | 2.00 %   | ISS SEM RETENÇÃO | 230,76 |           |                  |                |

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

Recortar Aqui

|              |                   |  |
|--------------|-------------------|--|
| Data Emissão | <b>18/06/2024</b> | RECEBI DA EMPRESA CLINICA DE CIRURGIA VASCULAR DE SERTAOZINHO S/S LTDA OS SERVIÇOS CONSTANTES DESTA NOTA FISCAL ELETRÔNICA |
| Número da NF | <b>3225</b>       |  |
| Chave        | <b>LQSB-XORQ</b>  |  |
|              | Local / Data      | Assinatura   |

## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

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

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

|                                 |                     |
|---------------------------------|---------------------|
| <b>Data de débito:</b>          | 20/06/2024          |
| <b>Data / Hora da operação:</b> | 20/06/2024 13:22:05 |

|                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| <b>Código da operação:</b> | 00110114         |
| <b>Chave de segurança:</b> | 3250LZ4NM7CNUU19 |

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

988-1



|                                     |                                    |                            |
|-------------------------------------|------------------------------------|----------------------------|
| Número Nota Fiscal:<br><b>30273</b> | Data Emissão:<br><b>14/06/2024</b> | Chave:<br><b>XSGW-PYBI</b> |
|-------------------------------------|------------------------------------|----------------------------|

### 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: 06/2024

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 MISERICORDIA 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: rafaella.carlatavares@bol.com.br

Telefone:

Endereço Cobrança: O MESMO

### DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

| Qtd | Un | Discriminação dos Serviços  | Valor Unitário | Valor Total |
|-----|----|---|----------------|-------------|
| 1   |    | Serviços prestados no mês de maio/2024.<br>TA 008/2024 AO CONVÊNIO 001/2022 | 242,00         | 242,00      |

### INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Imp. Aprox.: 39.47

Aliquota Imp. Aprox. : 16.31

*física*

| 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 |
| <b>VALOR SERVIÇO</b> |      | <b>VALORES DA NFS-e</b> |      |                 |        |          |           |          |                  |      |      | <b>TOTAL LIQUIDO</b> |      |              |      |                |      |
| <b>242,00</b>        |      | Repasse/Dedução         | 0,00 | Base de Cálculo | 242,00 | Aliquota | 2,00 %    | Retenção | ISS SEM RETENÇÃO | ISS  | 4,84 | <b>230,75</b>        |      |              |      |                |      |

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

Recortar Aqui

|                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| Data Emissão<br><b>14/06/2024</b> | RECEBI DA EMPRESA ABUD SERVICOS RADIOLOGICOS LTDA.<br>OS SERVIÇOS CONSTANTES DESTA NOTA FISCAL ELETRÔNICA |
| Número da NF<br><b>30273</b>      |   |
| Chave<br><b>XSGW-PYBI</b>         |   |
| Local / Data                      |   |
| Assinatura                        |   |