



**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 - TERMO DE CONVÊNIO 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:** ROGER FELIPE GOMES OLIVEIRA  
**CPF:** 469.253.738-80  
**OBJETO:** TABELA SUS PAULISTA  
**EXERCÍCIO:** 01/08/2025 até 31/08/2025 (577518119-7)  
**ORIGEM DO RECURSO :** FONTE TABELA SUS PAULISTA

| 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                 | 01/01/2023 | 31/03/2024 | R\$ 1.679.240,19 |
| Aditamento nº 007/2024                 | 01/04/2023 | 31/05/2024 | R\$ 1.679.240,19 |
| Aditamento nº 008/2024                 | 01/04/2023 | 31/07/2024 | R\$ 1.679.240,19 |
| Aditamento nº 009/2024                 | 01/08/2024 | 31/12/2024 | R\$ 1.679.240,19 |
| Aditamento nº 10/2025                  | 31/12/2024 | 31/01/2025 | R\$ 559.746,73   |
| Aditamento nº 11/2025                  | 01/02/2025 | 31/07/2025 | R\$ 4.060.060,38 |
|                                        |            |            |                  |
|                                        |            |            |                  |
|                                        |            |            |                  |

**DEMONSTRATIVO DOS RECURSOS DISPONÍVEIS NO EXERCÍCIO**

| DATA PREVISTA PARA<br>O REPASSE (2) | VALORES PREVISTOS (R\$) | DATA DO REPASSE | NÚMERO DO<br>DOCUMENTO DE<br>CRÉDITO | VALORES<br>REPASSADOS<br>(R\$) |
|-------------------------------------|-------------------------|-----------------|--------------------------------------|--------------------------------|
|                                     |                         |                 |                                      |                                |
|                                     |                         |                 |                                      |                                |
|                                     |                         |                 |                                      |                                |
|                                     |                         |                 |                                      |                                |
|                                     |                         |                 |                                      | R\$ -                          |

**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

|                                                               |     |            |
|---------------------------------------------------------------|-----|------------|
| (A) SALDO DO EXERCÍCIO ANTERIOR                               | R\$ | 424.643,51 |
| (B) REPASSE PÚBLICO NO EXERCÍCIO                              | R\$ | -          |
| (C) RECEITAS COM APLICAÇÕES FINANCEIRAS DOS REPASSES PÚBLICOS | R\$ | 4.482,11   |
| (D) OUTRAS RECEITAS DECORRENTES DA EXECUÇÃO DO AJUSTE (3)     |     |            |
| (E) TOTAL DE RECURSOS PÚBLICOS (A+B+C+D)                      | R\$ | 429.125,62 |
|                                                               | R\$ | -          |
| (F) RECURSOS PRÓPRIOS DA ENTIDADE BENEFICIÁRIA                |     |            |
| (G) TOTAL DE RECURSOS DISPONÍVEIS NO EXERCÍCIO (E+F)          | R\$ | 429.125,62 |

(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 MAIO/2023 bem como as despesas a pagar no exercício seguinte.

| DEMONSTRATIVO DAS DESPESAS INCORRIDAS NO EXERCÍCIO |                                                        |                                                                                                      |                                                                                          |                                                                |                                                                                             |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| ORIGEM DOS RECURSOS : FEDERAL                      |                                                        |                                                                                                      |                                                                                          |                                                                |                                                                                             |
| CATEGORIA OU<br>FINALIDADE DA<br>DESPESA (8)       | DESPESAS<br>CONTABILIZADAS<br>NESTE EXERCÍCIO<br>(R\$) | DESPESAS<br>CONTABILIZADAS<br>EM EXERCÍCIOS<br>ANTERIORES E<br>PAGAS NESTE<br>EXERCÍCIO<br>(R\$) (H) | DESPESAS<br>CONTABILIZADAS<br>NESTE EXERCÍCIO E<br>PAGAS NESTE<br>EXERCÍCIO<br>(R\$) (I) | TOTAL DE DESPESAS<br>PAGAS NESTE<br>EXERCÍCIO<br>(R\$) (J=H+I) | DESPESAS<br>CONTABILIZADAS<br>NESTE EXERCÍCIO A<br>PAGAR EM<br>EXERCÍCIOS<br>SEGUINTE (R\$) |
| Recursos Humanos                                   |                                                        |                                                                                                      |                                                                                          |                                                                |                                                                                             |
| Salários (5)                                       |                                                        |                                                                                                      |                                                                                          |                                                                |                                                                                             |
| Recursos Humanos                                   |                                                        |                                                                                                      |                                                                                          |                                                                |                                                                                             |
| Férias(6)                                          |                                                        |                                                                                                      |                                                                                          |                                                                |                                                                                             |
| Medicamentos                                       |                                                        |                                                                                                      |                                                                                          |                                                                |                                                                                             |
| Material Hospitalar                                | R\$ 761,38                                             |                                                                                                      | R\$ 761,38                                                                               | R\$ 761,38                                                     |                                                                                             |
| Gênero Alimentícios                                |                                                        |                                                                                                      |                                                                                          |                                                                |                                                                                             |
| Insumos                                            |                                                        |                                                                                                      |                                                                                          |                                                                |                                                                                             |
| Produtos                                           |                                                        |                                                                                                      |                                                                                          |                                                                |                                                                                             |
| Limp./Lavanderia                                   |                                                        |                                                                                                      |                                                                                          |                                                                |                                                                                             |
| Serviços Médicos                                   | R\$ 225.915,81                                         |                                                                                                      | R\$ 225.915,81                                                                           | R\$ 225.915,81                                                 |                                                                                             |
| Impostos                                           | R\$ 6.516,05                                           |                                                                                                      | R\$ 6.516,05                                                                             | R\$ 6.516,05                                                   |                                                                                             |
| Serviços de Terceiros                              |                                                        |                                                                                                      |                                                                                          |                                                                |                                                                                             |
| Locações diversas                                  |                                                        |                                                                                                      |                                                                                          |                                                                |                                                                                             |
| Utilidades Públicas (7)                            |                                                        |                                                                                                      |                                                                                          |                                                                |                                                                                             |
| Combustível                                        |                                                        |                                                                                                      |                                                                                          |                                                                |                                                                                             |



**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

|                             |                |       |                |                |       |
|-----------------------------|----------------|-------|----------------|----------------|-------|
| Bens e materias permanentes |                |       |                |                |       |
| Obras                       |                |       |                |                |       |
| Depesas Bancárias           |                |       |                |                |       |
| Bloqueio Judicial           |                |       |                |                |       |
| TOTAL                       | R\$ 233.193,24 | R\$ - | R\$ 233.193,24 | R\$ 233.193,24 | R\$ - |

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

(5) Salários, encargos e benefícios.

(6) Autônomo e pessoa jurídica.

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

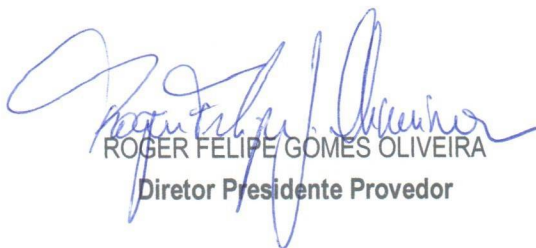
(8) No rol exemplificativo incluir também as aquisições e os compromissos assumidos que não são classificados contabilmente como DESPESAS, como, por exemplo, aquisição de bens permanentes.

(9) Quando a diferença entre a Coluna DESPESAS CONTABILIZADAS NESTE EXERCÍCIO e a Coluna DESPESAS CONTABILIZADAS NESTE EXERCÍCIO E PAGAS NESTE EXERCÍCIO for decorrente de descontos obtidos ou pagamento de multa por atraso, o resultado não deve aparecer na coluna DESPESAS CONTABILIZADAS NESTE EXERCÍCIO A PAGAR EM EXERCÍCIOS SEGUINTE, 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 parqa entidades da área da Saúde.

| DEMONSTRATIVO DO SALDO FINANCEIRO DO EXERCÍCIO                    |                |
|-------------------------------------------------------------------|----------------|
| (G) TOTAL DE RECURSOS DISPONÍVEIS NO EXERCÍCIO                    | R\$ 429.125,62 |
| (J) DESPESAS PAGAS NO EXERCÍCIO (H+I)                             | R\$ 233.193,24 |
| (K) RECURSOS PÚBLICO NÃO APLICADO [E - (J - F)]                   | R\$ 195.932,38 |
| (L) VALOR DEVOLVIDO AO ÓRGÃO PÚBLICO                              |                |
| (M) VALOR AUTORIZADO PARA APLICAÇÃO NO EXERCÍCIO SEGUINTE (K - L) | R\$ 195.932,38 |

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.

  
ROGER FELIPE GOMES OLIVEIRA  
Diretor Presidente Provedor

Pontal, 17 de setembro de 2025

rfgo/tgr

**IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PONTAL**

CNPJ: 55.110.753/0001-41

R. Ananias da Costa Freitas, 753 - Centro

CEP: 14180-000 - Pontal/SP

Fone: (16) 3953-9100

**REPASSE AO TERCEIRO SETOR****RELAÇÃO DE GASTOS**

CONTRATANTE:

**PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTAL**

CONTRATADO:

**IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PONTAL**

CNPJ:

**55.110.753/0001-41**

ENDEREÇO E CEP:

**RUA: ANANIAS COSTA FREITAS - CENTRO - Nº 753- 14.180-000 - PONTAL - SP**

RESPONSÁVEL PELA ORG. SOCIAL:

**ROGER FELIPE GOMES OLIVEIRA**

CPF:

**469.253.738-80**

OBJETO DO CONVÊNIO:

**TABELA SUS PAULISTA**

EXERCÍCIO:

**01/08/2025 até 31/08/2025 (577518119-7)**

| DOCUMENTO                              | DATA       | VIGÊNCIA   | VALOR            |
|----------------------------------------|------------|------------|------------------|
| 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                 | 01/01/2023 | 31/03/2024 | R\$ 1.679.240,19 |
| Aditamento nº 007/2024                 | 01/04/2023 | 31/05/2024 | R\$ 1.679.240,19 |
| Aditamento nº 008/2024                 | 01/04/2023 | 31/07/2024 | R\$ 1.679.240,19 |
| Aditamento nº 009/2024                 | 01/08/2024 | 31/12/2024 | R\$ 1.679.240,19 |
| Aditamento nº 10/2025                  | 31/12/2024 | 31/01/2025 | R\$ 559.746,73   |
| Aditamento nº 11/2025                  | 01/02/2025 | 31/07/2025 | R\$ 4.060.060,38 |

| 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>SERVIÇOS MÉDICOS</b> |                                   |                                           |                                   |               |                   |                        |                      |                     |
| 22/08/2025              | 2827                              | CLINICA M M KINSUI LTDA                   | SERVIÇOS MÉDICOS                  | R\$ 4.900,00  | R\$ -             | R\$ 4.900,00           | 50971541             | 26/08/2025          |
| 15/08/2025              | 1496                              | R. SOATO CIR E ENDOSCOPIA DO AP DIGESTIVO | SERVIÇOS MÉDICOS                  | R\$ 10.322,58 | R\$ 841,30        | R\$ 9.481,28           | 50202471             | 26/08/2025          |
| 20/08/2025              | 167                               | CANMINARE CLIN MED LTDA                   | SERVIÇOS MÉDICOS                  | R\$ 32.600,00 | R\$ 2.656,90      | R\$ 29.943,10          | 50669358             | 26/08/2025          |
| 19/08/2025              | 2323                              | INFANTE SAUDE OCUPACIONAL DE PONTA LTDA   | SERVIÇOS MÉDICOS                  | R\$ 6.451,62  | R\$ 172,90        | R\$ 6.278,72           | 50506625             | 26/08/2025          |
| 20/08/2025              | 665                               | CLIN ORTOPEDICA MICHIELETO                | SERVIÇOS MÉDICOS                  | R\$ 10.000,00 | R\$ 815,00        | R\$ 9.185,00           | 50445506             | 26/08/2025          |





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

|            |       |                                           |                  |               |              |                |          |            |
|------------|-------|-------------------------------------------|------------------|---------------|--------------|----------------|----------|------------|
| 20/08/2025 | 241   | M FURLAN CARNEIRO SERV MED EIRELI         | SERVIÇOS MÉDICOS | R\$ 6.451,61  | R\$ 396,78   | R\$ 6.054,83   | 50327655 | 26/08/2025 |
| 19/08/2025 | 268   | ESCULAPIO CLIN ORTOPEDIA LTDA             | SERVIÇOS MÉDICOS | R\$ 10.000,00 | R\$ 615,00   | R\$ 9.385,00   | 50393551 | 26/08/2025 |
| 20/08/2025 | 476   | GINECOLOGIA E OBSTETRICIA SERV MED S/S    | SERVIÇOS MÉDICOS | R\$ 8.709,68  | R\$ 535,65   | R\$ 8.174,03   | 50570009 | 26/08/2025 |
| 13/08/2025 | 662   | CLIN MED DRA MARIANA TEIXEIRA D EIRELI    | SERVIÇOS MÉDICOS | R\$ 1.369,03  | R\$ 84,20    | R\$ 1.284,83   | 463733   | 26/08/2025 |
| 14/08/2025 | 1492  | R. SOATO CIR E ENDOSCOPIA DO AP DIGESTIVO | SERVIÇOS MÉDICOS | R\$ 1.825,62  | R\$ 148,79   | R\$ 1.676,83   | 51508327 | 26/08/2025 |
| 14/08/2025 | 1491  | R. SOATO CIR E ENDOSCOPIA DO AP DIGESTIVO | SERVIÇOS MÉDICOS | R\$ 512,82    | R\$ 41,79    | R\$ 471,03     | 51559193 | 26/08/2025 |
| 14/08/2025 | 223   | NAM SERV MED LTDA                         | SERVIÇOS MÉDICOS | R\$ 1.479,89  | R\$ -        | R\$ 1.479,89   | 51610061 | 26/08/2025 |
| 13/08/2025 | 23    | M. MASTRANGE SERV MED LTDA                | SERVIÇOS MÉDICOS | R\$ 4.291,57  | R\$ -        | R\$ 4.291,57   | 51711672 | 26/08/2025 |
| 18/08/2025 | 223   | BRUNA SANTOS PACHECO E CIA LTDA           | SERVIÇOS MÉDICOS | R\$ 786,18    | R\$ -        | R\$ 786,18     | 51754531 | 26/08/2025 |
| 18/08/2025 | 240   | M FURLAN CARNEIRO SERV MED EIRELI         | SERVIÇOS MÉDICOS | R\$ 129,66    | R\$ -        | R\$ 129,66     | 51805758 | 26/08/2025 |
| 13/08/2025 | 257   | MED-SERV RP SERV MED SS LTDA              | SERVIÇOS MÉDICOS | R\$ 83,91     | R\$ 5,17     | R\$ 78,74      | 51665076 | 26/08/2025 |
| 20/08/2025 | 482   | CLIN BEM ESTAR SAUDE DA MULHER LTDA       | SERVIÇOS MÉDICOS | R\$ 4.838,70  | R\$ 394,35   | R\$ 4.444,35   | 50620284 | 26/08/2025 |
| 15/07/2025 | 476   | CLIN BEM ESTAR SAUDE DA MULHER LTDA       | SERVIÇOS MÉDICOS | R\$ 3.999,90  | R\$ 326,00   | R\$ 3.673,90   | 35208953 | 08/08/2025 |
| 14/08/2025 | 479   | CLIN BEM ESTAR SAUDE DA MULHER LTDA       | SERVIÇOS MÉDICOS | R\$ 5.465,78  | R\$ 445,47   | R\$ 5.020,31   | 5022589  | 26/08/2025 |
| 14/08/2025 | 2321  | INFANTE SAUDE OCUPACIONAL DE PONTA LTDA   | SERVIÇOS MÉDICOS | R\$ 5.105,60  | R\$ -        | R\$ 5.105,60   | 51071447 | 26/08/2025 |
| 14/08/2025 | 3970  | CLIN DE CIR VASCULAR DE SERTAOZINHO       | SERVIÇOS MÉDICOS | R\$ 53.129,34 | R\$ 3.267,45 | R\$ 49.861,89  | 51120593 | 26/08/2025 |
| 13/08/2025 | 1182  | UNICLINICAS SERTAOZINHO LTDA              | SERVIÇOS MÉDICOS | R\$ 1.113,59  | R\$ 68,49    | R\$ 1.045,10   | 51169975 | 26/08/2025 |
| 13/08/2025 | 265   | ESCULAPIO CLIN ORTOPEDIA LTDA             | SERVIÇOS MÉDICOS | R\$ 4.414,11  | R\$ 271,46   | R\$ 4.142,65   | 51227120 | 26/08/2025 |
| 14/08/2025 | 662   | CLIN ORTOPEDICA MICHIELETO                | SERVIÇOS MÉDICOS | R\$ 7.355,99  | R\$ 599,51   | R\$ 6.756,48   | 51271142 | 26/08/2025 |
| 14/08/2025 | 163   | CANMINARE CLIN MED LTDA                   | SERVIÇOS MÉDICOS | R\$ 35.457,57 | R\$ 2.889,79 | R\$ 32.567,78  | 320351   | 26/08/2025 |
| 14/08/2025 | 473   | GINECOLOGIA E OBSTETRICIA SERV MED S/S    | SERVIÇOS MÉDICOS | R\$ 13.477,62 | R\$ 828,87   | R\$ 12.648,75  | 363358   | 26/08/2025 |
| 13/08/2025 | 586   | TOTAL HEALTH CLIN MED S/S                 | SERVIÇOS MÉDICOS | R\$ 2.486,38  | R\$ 152,91   | R\$ 2.333,47   | 413979   | 26/08/2025 |
| 15/08/2025 | 35371 | ABUD SERV RADIOLOGICOS LTDA               | SERVIÇOS MÉDICOS | R\$ 1.798,00  | R\$ 110,58   | R\$ 1.687,42   | 50924683 | 26/08/2025 |
| 18/08/2025 | 262   | MED-SERV RP SERV MED SS LTDA              | SERVIÇOS MÉDICOS | R\$ 3.225,81  | R\$ 198,39   | R\$ 3.027,42   | 50277565 | 26/08/2025 |
|            |       |                                           |                  |               |              | R\$ 225.915,81 |          |            |



**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

| MATERIAL HOSPITALAR |      |                                   |                     |     |        |     |   |     |        |             |            |
|---------------------|------|-----------------------------------|---------------------|-----|--------|-----|---|-----|--------|-------------|------------|
| 13/08/2025          | 9831 | BIOREGEN COM E DIST PROD MED LTDA | MATERIAL HOSPITALAR | R\$ | 761,38 | R\$ | - | R\$ | 761,38 | 51685871593 | 26/08/2025 |
|                     |      |                                   |                     |     |        |     |   | R\$ | 761,38 |             |            |

| IMPOSTOS RETIDOS |      |                                 |                  |     |          |     |   |                     |             |            |
|------------------|------|---------------------------------|------------------|-----|----------|-----|---|---------------------|-------------|------------|
| 11/08/2025       | GUIA | GUIA PARA RECOLHIMENTO DE ISSQN | IMPOSTOS RETIDOS | R\$ | 1.231,27 | R\$ | - | R\$ 1.231,27        | 35230625    | 11/08/2025 |
| 14/08/2025       | GUIA | DARF IRRF                       | IMPOSTOS RETIDOS | R\$ | 5.284,78 | R\$ | - | R\$ 5.284,78        | 51415486201 | 20/08/2025 |
|                  |      |                                 |                  |     |          |     |   | <b>R\$ 6.516,05</b> |             |            |

**R\$ 233.193,24**

Pontal, 17 de setembro de 2025

ROGER FELIPE GOMES OLIVEIRA

**Diretor Presidente Provedor**

Roger Felipe Gomes Oliveira

**Provedor**

Irmandade da Santa Casa de  
Misericórdia de Pontal

rfgo/tgr



Extrato por período

Cliente: IRMANDADE SANTA CASA DE PONTAL

Conta: 3472 | 1292 | 000577518119-7

Data: 15/09/2025 - 10:33

Mês: Agosto/2025

Período: 1 - 31

Extrato

| Data Mov.  | Nr. Doc. | Histórico      | Valor       | Saldo        |
|------------|----------|----------------|-------------|--------------|
|            | 000000   | SALDO ANTERIOR | 0,00        | 0,00 C       |
| 08/08/2025 | 208953   | ENVIO TED      | 3.673,90 D  | 3.673,90 D   |
| 08/08/2025 | 000000   | RESG AUT       | 3.673,90 C  | 0,00 C       |
| 08/08/2025 | 000000   | SALDO DIA      | 0,00 C      | 0,00 C       |
| 11/08/2025 | 111634   | PG PREFEIT     | 1.231,27 D  | 1.231,27 D   |
| 11/08/2025 | 000000   | RESG AUT       | 1.231,27 C  | 0,00 C       |
| 11/08/2025 | 000000   | SALDO DIA      | 0,00 C      | 0,00 C       |
| 20/08/2025 | 201543   | ENVIO PIX      | 5.284,78 D  | 5.284,78 D   |
| 20/08/2025 | 000000   | RESG AUT       | 5.284,78 C  | 0,00 C       |
| 20/08/2025 | 000000   | SALDO DIA      | 0,00 C      | 0,00 C       |
| 26/08/2025 | 202471   | ENVIO TED      | 9.481,28 D  | 9.481,28 D   |
| 26/08/2025 | 277565   | ENVIO TED      | 3.027,42 D  | 12.508,70 D  |
| 26/08/2025 | 327655   | ENVIO TED      | 6.054,83 D  | 18.563,53 D  |
| 26/08/2025 | 393551   | ENVIO TED      | 9.385,00 D  | 27.948,53 D  |
| 26/08/2025 | 445506   | ENVIO TED      | 9.185,00 D  | 37.133,53 D  |
| 26/08/2025 | 506625   | ENVIO TED      | 6.278,72 D  | 43.412,25 D  |
| 26/08/2025 | 570009   | ENVIO TED      | 8.174,03 D  | 51.586,28 D  |
| 26/08/2025 | 620284   | ENVIO TED      | 4.444,35 D  | 56.030,63 D  |
| 26/08/2025 | 669358   | ENVIO TED      | 29.943,10 D | 85.973,73 D  |
| 26/08/2025 | 924683   | ENVIO TED      | 1.687,42 D  | 87.661,15 D  |
| 26/08/2025 | 971541   | ENVIO TED      | 4.900,00 D  | 92.561,15 D  |
| 26/08/2025 | 022589   | ENVIO TED      | 5.020,31 D  | 97.581,46 D  |
| 26/08/2025 | 071447   | ENVIO TED      | 5.105,60 D  | 102.687,06 D |
| 26/08/2025 | 120593   | ENVIO TED      | 49.861,89 D | 152.548,95 D |
| 26/08/2025 | 169975   | ENVIO TED      | 1.045,10 D  | 153.594,05 D |
| 26/08/2025 | 227120   | ENVIO TED      | 4.142,65 D  | 157.736,70 D |
| 26/08/2025 | 271142   | ENVIO TED      | 6.756,48 D  | 164.493,18 D |
| 26/08/2025 | 320351   | ENVIO TED      | 32.567,78 D | 197.060,96 D |
| 26/08/2025 | 363358   | ENVIO TED      | 12.648,75 D | 209.709,71 D |
| 26/08/2025 | 413979   | ENVIO TED      | 2.333,47 D  | 212.043,18 D |
| 26/08/2025 | 463733   | ENVIO TED      | 1.284,83 D  | 213.328,01 D |
| 26/08/2025 | 508327   | ENVIO TED      | 1.676,83 D  | 215.004,84 D |
| 26/08/2025 | 559193   | ENVIO TED      | 471,03 D    | 215.475,87 D |
| 26/08/2025 | 610061   | ENVIO TED      | 1.479,89 D  | 216.955,76 D |
| 26/08/2025 | 665076   | ENVIO TED      | 78,74 D     | 217.034,50 D |
| 26/08/2025 | 711672   | ENVIO TED      | 4.291,57 D  | 221.326,07 D |

|            |        |            |              |              |
|------------|--------|------------|--------------|--------------|
| 26/08/2025 | 754531 | ENVIO TED  | 786,18 D     | 222.112,25 D |
| 26/08/2025 | 805758 | ENVIO TED  | 129,66 D     | 222.241,91 D |
| 26/08/2025 | 261422 | PAG BOLETO | 761,38 D     | 223.003,29 D |
| 26/08/2025 | 000000 | RESG AUT   | 223.003,29 C | 0,00 C       |
| 26/08/2025 | 000000 | SALDO DIA  | 0,00 C       | 0,00 C       |

\* 661 - Os lançamentos de extrato não estão disponíveis.

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



|                               |                |                  |                       |
|-------------------------------|----------------|------------------|-----------------------|
| Nome da Agência<br>PONTAL, SP | Código<br>3472 | Operação<br>5970 | Emissão<br>15/09/2025 |
|-------------------------------|----------------|------------------|-----------------------|

|                                        |                                     |                                              |
|----------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------|
| 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(%) | No Ano(%) | Nos Últimos 12 Meses(%) | Cota em: 31/07/2025 | Cota em: 29/08/2025 |
| 1,1567    | 9,1577    | 12,8259                 | 2,70276700          | 2,73403000          |

**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>IRMANDADE SANTA CASA DE PONTAL | CPF/CNPJ<br>55.110.753/0001-41 | Conta Corrente<br>1292.000577518119-7 | Mês/Ano<br>08/2025 | Folha<br>01/01 |
| Análise do Perfil do Investidor        |                                | Data da Avaliação                     |                    |                |

**Resumo da Movimentação**

| Histórico                                                    | Valor em R\$ | Qtde de Cotas  |
|--------------------------------------------------------------|--------------|----------------|
| Saldo Anterior                                               | 424.643,51C  | 157.114,358420 |
| Aplicações                                                   | 0,00         | 0,000000       |
| Resgates                                                     | 233.193,24D  | 85.450,048346  |
| Rendimento Bruto no Mês                                      | 4.482,11C    |                |
| IRRF                                                         | 0,00         |                |
| IOF                                                          | 0,00         |                |
| Taxa de Saída                                                | 0,00         |                |
| Saldo Bruto*                                                 | 195.932,38C  | 71.664,310074  |
| Resgate Bruto em Trânsito*                                   | 0,00         |                |
| (*) Valor sujeito à tributação, conforme legislação em vigor |              |                |

**Movimentação Detalhada**

| Data    | Histórico | Valor R\$   | Qtde de Cotas |
|---------|-----------|-------------|---------------|
| 08 / 08 | RESGATE   | 3.673,90D   | 1.354,830605  |
|         | IRRF      | 0,00        |               |
|         | IOF       | 0,00        |               |
| 11 / 08 | RESGATE   | 1.231,27D   | 453,805265    |
|         | IRRF      | 0,00        |               |
|         | IOF       | 0,00        |               |
| 20 / 08 | RESGATE   | 5.284,78D   | 1.940,441819  |
|         | IRRF      | 0,00        |               |
|         | IOF       | 0,00        |               |
| 26 / 08 | RESGATE   | 223.003,29D | 81.700,970655 |
|         | IRRF      | 0,00        |               |
|         | IOF       | 0,00        |               |

|                            |                        |             |
|----------------------------|------------------------|-------------|
| <b>Dados de Tributação</b> | <b>Rendimento Base</b> | <b>IRRF</b> |
|                            | 0,00                   | 0,00        |

**Informações ao Cotista**

Prestadores de serviços essenciais do Fundo, nos termos da RESOLUÇÃO CVM Nº 175  
Administrador: CAIXA ECONÔMICA FEDERAL - 00.360.305/0001-04  
Gestor: CAIXA DISTRIBUIDORA DE TÍTULOS E VALORES MOBILIÁRIOS S/A - 42.040.639/0001-40

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> |                                                                                                                                                                 |

IMPRIMIR

RETORNAR

FECHAR



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

|                 |                                |
|-----------------|--------------------------------|
| Tipo de TED:    | TED para terceiros             |
| Conta origem:   | 03472 / 1292 / 000577518119-7  |
| Tipo de conta:  | Não foi possível recuperar     |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA                       |
| Nome:           | IRMANDADE SANTA CASA DE PONTAL |
| CPF/CNPJ:       | 55.110.753/0001-41             |

|                            |                                                   |
|----------------------------|---------------------------------------------------|
| Banco:                     | 756 - BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A. - 02038232 |
| Tipo de conta:             | 01 - Conta Corrente                               |
| Conta destino:             | 3214 / 00000036610-2                              |
| Tipo de pessoa:            | JURÍDICA                                          |
| Nome:                      | CLINICA BEM ESTAR SAUDE DA MULHER LTDA            |
| CPF/CNPJ:                  | 21.667.568/0001-30                                |
| Valor:                     | R\$ 3.673,90                                      |
| Valor da tarifa:           | R\$ 0,00                                          |
| Finalidade:                | 10 - Crédito em Conta                             |
| Identificação da operação: | NF 476                                            |
| Histórico:                 |                                                   |

|                          |                     |
|--------------------------|---------------------|
| Data de débito:          | 08/08/2025          |
| Data / Hora da operação: | 08/08/2025 12:45:09 |

|                     |                  |
|---------------------|------------------|
| Código da operação: | 35208953         |
| Chave de segurança: | 19GUS07S36S65YVE |

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

476

Código de Verificação de Autenticidade

RN46WRD2G

Data e Hora de Emissão da NFS-e

15/07/2025 às 08:15:41

Chave de Acesso

855506PXEAB8BXM2K66FBJ3Q917FWQD5

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           | Número do Processo     |
| Exigível                       |                        |
| Município de Incidência do ISS | Local da Prestação     |
| PONTAL-SP                      | PONTAL - SP            |
| Número do RPS                  | Série do RPS           |
|                                |                        |
| Optante Simples Nacional       | Incentivo Fiscal       |
| 2 - Não                        | 2 - Não                |
| Regime Especial Tributação     | Tipo ISS               |
| Não Possui                     | 03 - Sobre Faturamento |
| Competência                    |                        |
| 15/07/2025                     |                        |

PRESTADOR DE SERVIÇOS

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

TOMADOR DE SERVIÇOS

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

| Discriminação dos Serviços |            |                                                                                                                                                                                         |  |  | Vir. Unitário | Total        |
|----------------------------|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|---------------|--------------|
| Qtde.                      | Un. Medida | Descrição                                                                                                                                                                               |  |  |               |              |
| 1,00                       | UN         | SERVIÇOS MEDICOS PRESTADOS NA SANTA CASA DE RETAGUARDA DE GINECOLOGIA E OBSTETRICIA REF MES DE JUNHO/2025, CONFORME CONVENIO COM O MUNICIPIO DE PONTAL TA N°011/2025 AO CONV N°001/2022 |  |  | 3.999,90      | R\$ 3.999,90 |

|                                                   |                           |                       |                                                                                                      |                         |                  |                       |
|---------------------------------------------------|---------------------------|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|------------------|-----------------------|
| Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS |                           |                       |                                                                                                      |                         | Construção Civil |                       |
| LC 116/2003: 04.01                                | Alíquota                  | Atividade Município   | Código CNAE                                                                                          | Código da Obra          | Código ART       |                       |
| Medicina e biomedicina                            | 2,00%                     | 0000040000001         | 8630503                                                                                              |                         |                  |                       |
| Valor Total dos Serviços                          | Desconto Incondicionado   | Deduções Base Cálculo | Base de Cálculo                                                                                      | Total do ISS            | ISS Retido       | Desconto Condicionado |
| R\$ 3.999,90                                      | R\$ 0,00                  | R\$ 0,00              | R\$ 3.999,90                                                                                         | R\$ 80,00               | 1 - Sim          | R\$ 0,00              |
| Retenções de Impostos                             |                           |                       |                                                                                                      |                         |                  |                       |
| PIS (3.999,90 x 0,65%)                            | COFINS (3.999,90 x 3,00%) | INSS                  | IRRF (3.999,90 x 1,50%)                                                                              | CSLL (3.999,90 x 1,00%) | Outras Retenções |                       |
| R\$ 26,00                                         | R\$ 120,00                | R\$ 0,00              | R\$ 60,00                                                                                            | R\$ 40,00               | R\$ 0,00         |                       |
| Valor Líquido da NFS-e: R\$ 3.673,90              |                           |                       | Val. Aprox. Tributos: Federal (13,45%) R\$537,99 Estadual (0,00%) R\$0,00 Municipal (2,31%) R\$92,40 |                         |                  |                       |
| Informações Complementares                        |                           |                       |                                                                                                      |                         |                  |                       |
|                                                   |                           |                       |                                                                                                      |                         |                  |                       |

|                                                                                                                                      |        |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|------------|
| RECEBI(EMOS) DE CLINICA BEM ESTAR SAUDE DA MULHER LTDA O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO 476 E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO RN46WRD2G. |        |            |
| Data                                                                                                                                 | CPF/RG | Assinatura |
| ____/____/____                                                                                                                       | _____  | _____      |

Dr. Leonardo Vendramin  
CRM 209.354

## ESCALA DE RETAGUARDA GINECOLOGIA/ OBSTETRÍCIA –

JUNHO/2025

| SEGUNDA                | TERÇA                                     | QUARTA                | QUINTA                | SEXTA                                      | SÁBADO                | DOMINGO               |
|------------------------|-------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|
|                        |                                           |                       |                       |                                            |                       | 01- <b>G</b><br>7H-7H |
| 02- <b>G</b><br>7H-7H  | 03- <b>G</b> 7H-19H<br><b>S</b> 19H-7H    | 04- <b>S</b><br>7H-7H | 05- <b>C</b><br>7H-7H | 06- <b>G</b><br>7H-7H                      | 07- <b>G</b><br>7H-7H | 08- <b>G</b><br>7H-7H |
| 09- <b>G</b><br>7H-7H  | 10- <b>G</b><br>7H-19H<br><b>S</b> 19H-7H | 11- <b>S</b><br>7H-7H | 12- <b>C</b><br>7H-7H | 13- <b>G</b><br>7H-7H                      | 14- <b>C</b><br>7H-7H | 15- <b>C</b><br>7H-7H |
| 16- <b>G</b><br>7H-7H  | 17- <b>G</b> 7H-19H<br><b>S</b> 19H-7H    | 18- <b>S</b><br>7H-7H | 19- <b>C</b><br>7H-7H | 20- <b>G</b><br>7H-7H                      | 21- <b>G</b><br>7H-7H | 22- <b>G</b><br>7H-7H |
| 23- <b>G</b><br>7H-7H  | 24- <b>G</b> 7H-19H<br><b>S</b> 19H-7H    | 25- <b>S</b><br>7H-7H | 26- <b>C</b><br>7H-7H | 27- <b>G</b> 7H-<br>19H<br><b>S</b> 19H-7H | 28- <b>S</b> 7H-7H    | 29- <b>S</b> 7H-7H    |
| 30- <b>G</b> 7H-<br>7H |                                           |                       |                       |                                            |                       |                       |

VALOR FIXO MENSAL= R\$ 20.000,00

R\$ DIVIDIDO POR 30 DIAS = R\$ POR PLANTÃO

DR. GUSTAVO NARDOTO- ( 15.5 ) PLANTÕES X 666,66 = R\$ 10.333,20)

DR SIDNEY INFANTE – ( 8.5 )PLANTÕES X 666,66= R\$ 5.666,90 )

DRA CAROLINA DAMIÃO CAROLO ( 6 PLANTÕES X 666,66 = R\$ 3.999,90)

2ª Via - Comprovante de pagamento de tributos do governo

Via Internet Banking CAIXA

|                                             |                                |              |              |
|---------------------------------------------|--------------------------------|--------------|--------------|
| Nome:                                       | IRMANDADE SANTA CASA DE PONTAL |              |              |
| Conta de débito:                            | 3472 / 1292 / 000577518119-7   |              |              |
| Representação numérica do código de barras: |                                |              |              |
| 816400000120                                | 312734072027                   | 508110212208 | 006902600078 |
| Convênio:                                   | PM DE PONTAL-SP                |              |              |
| Valor:                                      | 1.231,27                       |              |              |
| Identificação da operação:                  | ISSQN                          |              |              |
| Data de débito:                             | 11/08/2025                     |              |              |
| Data/hora da operação:                      | 11/08/2025                     |              |              |
| Código da operação: 35230625                |                                |              |              |
| Chave de segurança: X9J8M6ZYSQRSNTST        |                                |              |              |

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

RUA GUILHERME SILVA, 337 - CENTRO

45.352.267/0001-86

### GUIA PARA RECOLHIMENTO DE ISSQN - 2025

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

|                 |            |                |            |                    |                 |
|-----------------|------------|----------------|------------|--------------------|-----------------|
| Base de Cálculo | Qtde Notas | Vencimento     | Referência | Tipo da Declaração | Valor Creditado |
| R\$ 59.466,70   | 5          | 11/08/2025     | 7/2025     | Declaração Tomador | 0,00            |
| Código de Baixa | Cadastro   | Módulo         |            | Receita Principal  |                 |
| 2-690260-12-7   | 000003715  | 2 - Mobiliário |            | 12 - ISS Tomador   |                 |
| Valor Original  | Correção   | Multa          | Juros      | Valor Documento    |                 |
| R\$ 1.231,27    | R\$ 0,00   | R\$ 0,00       | R\$ 0,00   | R\$ 1.231,27       |                 |

Autenticação Mecânica

Impresso em: 11/08/2025 08:34:21 por: IRMANDADE SANTA CASA

|                                                         |                                                                                           |                        |                |                   |
|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|----------------|-------------------|
|                                                         | <b>Prefeitura Municipal de Pontal</b><br><b>Município de Pontal</b><br>45.352.267/0001-86 | <b>Exercício: 2025</b> |                |                   |
| Contribuinte                                            | CPF/CNPJ                                                                                  |                        |                |                   |
| IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL       | 55.110.753/0001-41                                                                        |                        |                |                   |
| Logradouro                                              | Número                                                                                    | Complemento            |                |                   |
| RUA ANANIAS COSTA FREITAS                               | 00753                                                                                     |                        |                |                   |
| CEP                                                     | Bairro                                                                                    | Cidade                 |                |                   |
| 14180-000                                               | CENTRO                                                                                    | PONTAL-SP              |                |                   |
| Vencimento                                              | Código de Baixa                                                                           | Cadastro               | Módulo         | Receita Principal |
| 11/08/2025                                              | 2-690260-12-7                                                                             | 000003715              | 2 - Mobiliário | 12 - ISS Tomador  |
| Valor Original                                          | Correção                                                                                  | Multa                  | Juros          | Total Recebido    |
| R\$ 1.231,27                                            | R\$ 0,00                                                                                  | R\$ 0,00               | R\$ 0,00       | R\$ 1.231,27      |
| APÓS O VENCIMENTO COBRAR MULTA DE 2% E 1% JUROS AO MÊS. |                                                                                           |                        |                |                   |

Autenticação Mecânica

81640000012-0 31273407202-7 50811021220-8 00690260007-8



NOTAS FISCAIS

| Razão Social/Nome                                                     | CNPJ/CPF           | Número | Base Calculo  | Alíquota | Valor ISS    |
|-----------------------------------------------------------------------|--------------------|--------|---------------|----------|--------------|
| CANMINARE CLINICA MÉDICA LTDA                                         | 30.777.077/0001-33 | 161    | R\$ 29.800,00 | 2,00 %   | R\$ 596,00   |
| CLINICA BEM ESTAR SAUDE DA MULHER LTDA                                | 21.667.568/0001-30 | 476    | R\$ 3.999,90  | 2,00 %   | R\$ 80,00    |
| CLÍNICA ORTOPÉDICA MICHIELETO                                         | 22.182.151/0001-40 | 659    | R\$ 10.000,00 | 2,00 %   | R\$ 200,00   |
| R.SOATO CIRURGIA E ENDOSCOPIA DO APARELHO DIGESTIVO S/S. LTDA. - EPP. | 06.307.803/0001-70 | 1486   | R\$ 9.999,90  | 2,00 %   | R\$ 200,00   |
| INFANTE SAÚDE OCUPACIONAL DE PONTAL LTDA. - EPP.                      | 06.184.079/0001-34 | 2310   | R\$ 5.666,90  | 2,74 %   | R\$ 155,27   |
| Total de notas: 5                                                     |                    |        |               |          | R\$ 1.231,27 |

15/09/2025



## Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

### Detalhes do pagamento

**ID da transação:** E00360305202508201555f319778d4ee  
**Situação:** EFETIVADA      **Data e Hora:** 20/08/2025 às 15:43:30  
**Valor Original:** R\$ 5.284,78      **Valor Atualizado:** R\$ 5.284,78

### Origem

**Nome:** IRMANDADE SANTA CASA DE PONTAL  
**CNPJ:** 55.110.753/0001-41  
**Instituição:** CAIXA ECONOMICA FEDERAL

### Destino

**Nome:** RECEITA FEDERAL  
**CNPJ:** 00.394.460/0058-87  
**Instituição:** BANCO DO BRASIL S.A.  
**Chave Pix:** 4ebab128-53ba-4afa-ac0e-8b54725fld73

**Código da operação:** 51415486201  
**Chave de segurança:** JTV6X3P1HJ577E2K

Caso tenha dúvidas ou não reconheça esta transação, entre em contato com o Alô CAIXA e informe o ID Transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)  
SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492



119.7



Documento de Arrecadação  
de Receitas Federais

CNPJ  
55.110.753/0001-41

Razão Social  
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL

Período de Apuração  
Julho/2025

Data de Vencimento  
20/08/2025

Número do Documento  
07.16.25226.6936451-0

Pagar este documento até  
20/08/2025

Observações  
Nº Recibo Declaração: 50000371981122

Valor Total do Documento  
5.284,78

| Composição do Documento de Arrecadação |                                                  |           |       |       |
|----------------------------------------|--------------------------------------------------|-----------|-------|-------|
| Código                                 | Denominação                                      | Principal | Multa | Juros |
| 1708                                   | IRRF - REMUNER SERV PRESTADOS POR PJ             | 1.288,97  |       |       |
|                                        | 06 IRRF - REMUNER SERV PRESTADOS POR PJ          |           |       |       |
|                                        | PA:07/2025 Vencimento:20/08/2025                 |           |       |       |
| 5952                                   | RET DE CONTRIBUICOES PAGT PJ A PJ DE DIR PRIV    | 3.995,81  |       |       |
|                                        | 07 RET DE CONTRIBUICOES PAGT PJ A PJ DE DIR PRIV |           |       |       |
|                                        | PA:07/2025 Vencimento:20/08/2025                 |           |       |       |
| Totais                                 |                                                  | 5.284,78  |       |       |

Documento de Arrecadação de Receitas Federais

85830000052 1

84780385252 2

32071625226 4

69364510080 1

CNPJ: 55.110.753/0001-41  
Número: 07.16.25226.6936451-0  
Pagar até: 20/08/2025  
Valor: 5.284,78

Pague com o PIX



| RETENÇÕES DE IMPOSTOS - PONTAL-SP - JULHO/2025 |                                                                       |               |                        |                 |               |
|------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------|------------------------|-----------------|---------------|
| NF                                             | RAZÃO SOCIAL                                                          | VALOR BRUTO   | IMPOSTOS RETIDOS NA NF |                 | VALOR LÍQUIDO |
|                                                |                                                                       |               | IRFF                   | PIS/COFINS/CSLL |               |
| 659                                            | CLÍNICA ORTOPÉDICA MICHIELETO                                         | R\$ 10.000,00 | R\$ 150,00             | R\$ 465,00      | R\$ 9.185,00  |
| 466                                            | GINECOLOGIA E OBSTETRICIA SERVIÇOS MEDICOS S/A                        | R\$ 10.333,20 | R\$ 155,00             | R\$ 480,50      | R\$ 9.697,70  |
| 264                                            | ESCULAPIO - CLINICA DE ORTOPEDIA LTDA                                 | R\$ 10.000,00 | R\$ 150,00             | R\$ 465,00      | R\$ 9.385,00  |
| 1486                                           | R.SOATO CIRURGIA E ENDOSCOPIA DO APARELHO DIGESTIVO S/S. LTDA. - EPP. | R\$ 9.999,90  | R\$ 150,00             | R\$ 465,00      | R\$ 9.184,90  |
| 246                                            | MED SERV RP SERVIÇOS MEDICOS SS                                       | R\$ 3.333,40  | R\$ 50,00              | R\$ 155,00      | R\$ 3.128,40  |
| 34986                                          | ABUD SERVIÇOS RADIOLOGICOS LTDA                                       | R\$ 1.798,00  | R\$ 26,97              | R\$ 83,61       | R\$ 1.687,42  |
| 2310                                           | INFANTE SAÚDE OCUPACIONAL DE PONTAL LTDA. - EPP.                      | R\$ 5.666,90  |                        |                 | R\$ 5.511,63  |
| 234                                            | M. FURLAN CARNEIRO SERVIÇOS MÉDICOS EIRELI                            | R\$ 6.666,70  | R\$ 100,00             | R\$ 310,00      | R\$ 6.256,70  |
| 161                                            | CANMINARE CLINICA MÉDICA LTDA                                         | R\$ 29.800,00 | R\$ 447,00             | R\$ 1.385,70    | R\$ 27.371,30 |
| 476                                            | CLINICA BEM ESTAR DA MULHER LTDA                                      | R\$ 3.999,90  | R\$ 60,00              | R\$ 186,00      | R\$ 3.673,90  |
|                                                |                                                                       |               | R\$ -                  | R\$ -           | R\$ -         |
|                                                |                                                                       |               | R\$ -                  | R\$ -           | R\$ -         |
| VALOR DA GUIA A SER GERADA DO MÊS              |                                                                       |               | R\$ 1.288,97           | R\$ 3.995,81    |               |

R\$ 5.284,78

2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boletô

Via Internet Banking CAIXA

|                         |                                |
|-------------------------|--------------------------------|
| Banco Receptor:         | CAIXA ECONÔMICA FEDERAL        |
| Pagador Final / Efetivo |                                |
| CPF/CNPJ:               | 55.110.753/0001-41             |
| Nome:                   | IRMANDADE SANTA CASA DE PONTAL |
| Conta de débito:        | 03472   1292   000577518119-7  |

|                                             |                                                        |
|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| Representação numérica do código de barras: | 23790.37902 90379.000129 67001.572600 9 12170000076138 |
| Instituição Emissora - Nome do Banco:       | BANCO BRADESCO S/A                                     |
| Código do Banco:                            | 237                                                    |
| Código do ISPB:                             | 60746948                                               |
| Beneficiário original / Cedente             |                                                        |
| Nome Fantasia:                              | BIOREGEN                                               |
| Nome/Razão Social:                          | BIOREGEN                                               |
| CPF/CNPJ:                                   | 40.658.980/0001-39                                     |
| Pagador Sacado                              |                                                        |
| Nome/Razão Social:                          | HOSP.SANTA CASA DE PONTAL                              |
| CPF/CNPJ:                                   | 55.110.753/0001-41                                     |
| Pagador Final - Correntista                 |                                                        |
| Nome/Razão Social:                          | IRMANDADE SANTA CASA DE PONTAL                         |
| CPF/CNPJ:                                   | 55.110.753/0001-41                                     |

|                                   |            |
|-----------------------------------|------------|
| Data do Vencimento:               | 27/09/2025 |
| Data de Efetivação / Agendamento: | 26/08/2025 |
| Valor Nominal do Boletô:          | 761,38     |
| Juros (R\$):                      | 0,00       |
| IOF (R\$):                        | 0,00       |
| Multa (R\$):                      | 0,00       |
| Desconto (R\$):                   | 0,00       |
| Abatimento (R\$):                 | 0,00       |
| Valor Calculado (R\$):            | 761,38     |
| Valor Pago (R\$):                 | 761,38     |

|                        |                     |
|------------------------|---------------------|
| Data/hora da operação: | 26/08/2025 10:37:28 |
|------------------------|---------------------|

|                     |                  |
|---------------------|------------------|
| Código da operação: | 51685871593      |
| Chave de segurança: | G6M2XQ7YJASLM8J4 |

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



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                  |                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <p>IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE</p>  <p><b>BIOREGEN COMÉRCIO E DISTRIBUIÇÃO DE PRODUTOS MÉDICOS LTDA</b><br/> Rua Coronel Joaquim José de Lima, 424 - Centro - CEP 14700-450<br/> Bebedouro/SP - CNPJ: 40.658.980/0001-39 - IE: 210.182.993.112</p> |  | <p><b>DANFE</b><br/> DOCUMENTO<br/> AUXILIAR DA<br/> NOTA FISCAL<br/> ELETRÔNICA</p> <p>0-ENTRADA<br/> 1-SAÍDA</p> <p><b>9.831</b><br/> <b>SÉRIE 1</b><br/> <b>FOLHA 1/1</b></p> |                                                                                          |  <p>CHAVE DE ACESSO<br/> 3525 0840 6589 8000 0139 5500 1000 0098 3110 1278 0377</p> <p>Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e<br/> <a href="http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal">www.nfe.fazenda.gov.br/portal</a><br/> ou no site da Sefaz Autorizadora</p> |  |
| <p>NATUREZA DA OPERAÇÃO</p> <p><b>VENDA DE MERC.REM.ANTER. EM CONSIGNACAO</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                  | <p>PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO</p> <p><b>135252300032612 13/08/2025 13:50:57</b></p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |
| <p>INSCRIÇÃO ESTADUAL</p> <p><b>210.182.993.112</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | <p>INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.</p>                                                                                                                                      |                                                                                          | <p>CNPJ/CPF</p> <p><b>40.658.980/0001-39</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |



[237-2]

## Recibo do Pagador

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                               |                |                      |                                                 |                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------|----------------|----------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------|
| Local de Pagamento<br>Pagavel Preferencialmente na Rede Bradesco ou no Bradesco Expresso.                                                                                                                                                                                                                    |  |                               |                |                      | Vencimento<br>27/09/2025                        |                                     |
| Beneficiário<br>BIOREGEN COMERCIO E DISTRIBUICAO DE PRODUTOS MEDICOS LTDA 40.658.980/0001-39<br>Rua Coronel Joaquim Jose de Lima, 424 - Centro - Bebedouro/SP                                                                                                                                                |  |                               |                |                      | Agência/Código Beneficiário<br>0379-4/0015726-0 |                                     |
| Data do Documento<br>13/08/2025                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | No. do Documento<br>009831/01 |                | Espécie Doc.<br>DM   | Aceite<br>N                                     | Data do Processamento<br>13/08/2025 |
| Uso do Banco                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | CIP                           | Carteira<br>09 | Espécie Moeda<br>R\$ | Quantidade                                      | Valor<br>X                          |
| Instruções (Todas as informações deste bloqueto são de exclusiva responsabilidade do Beneficiário)<br>Pagavel Preferencialmente nas Agencias Bradesco<br>**VALORES EXPRESSOS EM REAIS**<br>JUROS R\$ 0,25 POR DIA DE ATRASO<br>APOS O VENCIMENTO MULTA R\$ 30,45<br><br>VIMAN Sistemas - www.vimansca.com.br |  |                               |                |                      | (=) Valor do Documento<br>761,38                |                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                               |                |                      | (-) Desconto                                    |                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                               |                |                      | (-) Outras Deduções/Abatimento                  |                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                               |                |                      | (+) Mora/Multa/Juros                            |                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                               |                |                      | (+) Outros Acréscimos                           |                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                               |                |                      | (=) Valor Cobrado                               |                                     |
| Pagador<br>HOSP.SANTA CASA DE PONTAL<br>RUA ANANIAS DA COSTA FREITAS 753<br>CENTRO 14180-000 PONTAL/SP<br>Sacador/Avalista                                                                                                                                                                                   |  |                               |                |                      | 00508 - 055.110.753/0001-41                     |                                     |

Autenticação Mecânica



[237-2]

23790.37902 90379.000129 67001.572600 9 12170000076138

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                               |                      |                    |                                                 |                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------|----------------------|--------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------|
| Local de Pagamento<br>Pagavel Preferencialmente na Rede Bradesco ou no Bradesco Expresso.                                                                                                                                                                                                                    |  |                               |                      |                    | Vencimento<br>27/09/2025                        |                                     |
| Beneficiário<br>BIOREGEN COMERCIO E DISTRIBUICAO DE PRODUTOS MEDICOS LTDA 40.658.980/0001-39<br>Rua Coronel Joaquim Jose de Lima, 424 - Centro - Bebedouro/SP                                                                                                                                                |  |                               |                      |                    | Agência/Código Beneficiário<br>0379-4/0015726-0 |                                     |
| Data do Documento<br>13/08/2025                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | No. do Documento<br>009831/01 |                      | Espécie Doc.<br>DM | Aceite<br>N                                     | Data do Processamento<br>13/08/2025 |
| Uso do Banco                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | Carteira<br>09                | Espécie Moeda<br>R\$ | Quantidade         | Valor<br>X                                      | (=) Valor do Documento<br>761,38    |
| Instruções (Todas as informações deste bloqueto são de exclusiva responsabilidade do Beneficiário)<br>Pagavel Preferencialmente nas Agencias Bradesco<br>**VALORES EXPRESSOS EM REAIS**<br>JUROS R\$ 0,25 POR DIA DE ATRASO<br>APOS O VENCIMENTO MULTA R\$ 30,45<br><br>VIMAN Sistemas - www.vimansca.com.br |  |                               |                      |                    | (-) Desconto                                    |                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                               |                      |                    | (-) Outras Deduções/Abatimento                  |                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                               |                      |                    | (+) Mora/Multa/Juros                            |                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                               |                      |                    | (+) Outros Acréscimos                           |                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                               |                      |                    | (=) Valor Cobrado                               |                                     |
| Pagador<br>HOSP.SANTA CASA DE PONTAL<br>RUA ANANIAS DA COSTA FREITAS 753<br>CENTRO 14180-000 PONTAL/SP<br>Sacador/Avalista                                                                                                                                                                                   |  |                               |                      |                    | 00508 - 055.110.753/0001-41                     |                                     |

Autenticação Mecânica/Ficha de Compensação



| PROFISSIONAL     | AIH    | CÓDIGO | SIGTAP | TABELA PAULISTA |
|------------------|--------|--------|--------|-----------------|
| BIOREGEN         |        |        |        |                 |
| 3525121402320    |        |        |        |                 |
| 702031348        |        |        |        |                 |
| NOTA FISCAL=7807 |        |        |        |                 |
| VALOR=29,41      | TOTAL= |        |        | R\$ 32,82       |
|                  |        |        |        |                 |
| 3525121402330    |        |        |        |                 |
| 702031348        |        |        |        |                 |
| NOTA FISCAL=8105 |        |        |        |                 |
| VALOR=13,00      | TOTAL= |        |        | R\$ 16,41       |
|                  |        |        |        |                 |
| 352515121402594  |        |        |        |                 |
| 702031348        |        |        |        |                 |
| NOTA FISCAL=8143 |        |        |        |                 |
| VALOR=13,00      | TOTAL= |        |        | R\$ 16,41       |



| PROFISSIONAL | AIH | CÓDIGO | SIGTAP | TABELA PAULISTA |
|--------------|-----|--------|--------|-----------------|
|--------------|-----|--------|--------|-----------------|

**BIOREGEN**

3525117329943

702030830

NOTA FISCAL=7147

**VALOR=148,40****TOTAL=****R\$ 223,82**

3525117330647

702030996

NOTA FICAL=7556

**VALOR=275,48****TOTAL=****R\$ 148,52**

3525117330647

702031348

NOTA FISCAL=7556

**VALOR=13,00****TOTAL=****R\$ 16,41**

3525117330614

702031348

NOTA FISCAL=7534

**VALOR=13,00****TOTAL=****R\$ 16,41**

3525117330493

702030910

NOTA FISCAL=7499

**VALOR=296,13****TOTAL=****R\$ 290,58****CORTICAL**

3525117330614

702030414

NOTA FISCAL=1581728

**VALOR=561,66****TOTAL=****R\$ 606,93**

2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

|                 |                                |
|-----------------|--------------------------------|
| Tipo de TED:    | TED para terceiros             |
| Conta origem:   | 03472 / 1292 / 000577518119-7  |
| Tipo de conta:  | Não foi possível recuperar     |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA                       |
| Nome:           | IRMANDADE SANTA CASA DE PONTAL |
| CPF/CNPJ:       | 55.110.753/0001-41             |

|                            |                                                   |
|----------------------------|---------------------------------------------------|
| Banco:                     | 756 - BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A. - 02038232 |
| Tipo de conta:             | 01 - Conta Corrente                               |
| Conta destino:             | 3214 / 00000042986-4                              |
| Tipo de pessoa:            | JURÍDICA                                          |
| Nome:                      | M FURLAN CARNEIRO SERV MEDICOS EIRELI             |
| CPF/CNPJ:                  | 27.017.195/0001-39                                |
| Valor:                     | R\$ 129,66                                        |
| Valor da tarifa:           | R\$ 0,00                                          |
| Finalidade:                | 10 - Crédito em Conta                             |
| Identificação da operação: | NF 240                                            |
| Histórico:                 |                                                   |

|                          |                     |
|--------------------------|---------------------|
| Data de débito:          | 26/08/2025          |
| Data / Hora da operação: | 26/08/2025 14:21:57 |

|                     |                  |
|---------------------|------------------|
| Código da operação: | 51805758         |
| Chave de segurança: | NQAWPH9C3ZYAL6MJ |

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  
**240**  
Código de Verificação de Autenticidade  
**B39Z1AGWN**  
Data e Hora de Emissão da NFS-e  
**18/08/2025 às 11:26:34**  
Chave de Acesso  
866106XIFRIZUHRR6JZ6QZ9UX7RF9ROA

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>18/08/2025         |
| 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>27.017.195/0001-39    | RG/Inscrição Estadual<br>ISENTO | Inscrição Municipal<br>000009021 | Cadastro<br>000033457      | Nome/Razão Social<br>M. FURLAN CARNEIRO SERVIÇOS MÉDICOS EIRELI |
| Logradouro<br>RUA 9 DE JULHO, 163 | CEP<br>14180-000                | Cidade<br>PONTAL-SP              | Complemento<br>SALA 01     | Bairro<br>CENTRO                                                |
|                                   |                                 |                                  | Telefone<br>16-9-9237-4872 | E-mail<br>mariella_carneiro@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, 753 | CEP/Cod.Postal<br>14180-000 | Cidade/País<br>PONTAL - SP | Complemento<br>CENTRO                                               |
|                                                   |                             |                            | 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         | COMPLEMENTO TABELA SUS PAULISTA REFERENTE A MAIO/25 (CONV 001/2022 TA 011/2025). | 129,66        | R\$ 129,66 |
| Informações Bancárias: PJ<br>Banco: 756 - SICOOB COCRED<br>Agência: 3214-0<br>Conta Corrente: 42.986-4<br>M FURLAN CARNEIRO SERVIÇOS MEDICOS EIRELI -ME<br>CNPJ:27.017.195/0001-39 |            |                                                                                  |               |            |

**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\$ 129,66               | R\$ 0,00                | R\$ 0,00              | R\$ 129,66      | R\$ 2,59       | 2 - Não               |
|                          |                         |                       |                 |                | 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\$ 129,66

Val. Aprox. Tributos: Federal (13,45%) R\$17,44 Estadual (0,00%) R\$0,00 Municipal (3,25%) R\$4,21

**Informações Complementares**

RECEBI(EMOS) DE M. FURLAN CARNEIRO SERVIÇOS MÉDICOS EIRELI O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO 240 E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO B39Z1AGWN.

Data

CPF/RG

Assinatura



FATURAMENTO DE AIH TABELA PAULISTA REF:MAIO/25

100%

| PROFISSIONAL | AIH           | CÓDIGO     | SIGTAP    | TABELA PAULISTA |        |            |
|--------------|---------------|------------|-----------|-----------------|--------|------------|
| DR.MARIELLA  | 3525117330933 | 0303070129 | 15,25     | 45,75           |        |            |
|              | 3525121402088 | 0303070129 | 27,97     | 83,91           |        |            |
|              |               |            | R\$ 43,22 | R\$ 129,66      | TOTAL= | R\$ 129,66 |

2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

|                 |                                |
|-----------------|--------------------------------|
| Tipo de TED:    | TED para terceiros             |
| Conta origem:   | 03472 / 1292 / 000577518119-7  |
| Tipo de conta:  | Não foi possível recuperar     |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA                       |
| Nome:           | IRMANDADE SANTA CASA DE PONTAL |
| CPF/CNPJ:       | 55.110.753/0001-41             |

|                            |                                     |
|----------------------------|-------------------------------------|
| Banco:                     | 237 - BANCO BRADESCO S/A - 60746948 |
| Tipo de conta:             | 01 - Conta Corrente                 |
| Conta destino:             | 2829 / 00000021160-5                |
| Tipo de pessoa:            | JURÍDICA                            |
| Nome:                      | BRUNA SANTOS PACHECO CIA LTDA EPP   |
| CPF/CNPJ:                  | 21.992.446/0001-10                  |
| Valor:                     | R\$ 786,18                          |
| Valor da tarifa:           | R\$ 0,00                            |
| Finalidade:                | 10 - Crédito em Conta               |
| Identificação da operação: | NF 223                              |
| Histórico:                 |                                     |

|                          |                     |
|--------------------------|---------------------|
| Data de débito:          | 26/08/2025          |
| Data / Hora da operação: | 26/08/2025 14:21:32 |

|                     |                  |
|---------------------|------------------|
| Código da operação: | 51754531         |
| Chave de segurança: | R2AA57E0K2W8QTTC |

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

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <div><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></div> |  <div>Série do Documento<br/>Nota Fiscal de Serviço<br/>Eletrônica - NFS-e<br/>Número da Nota Fiscal<br/>223</div> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                        |                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Dados do Prestador de Serviço</b>                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                        |                                                                                     |
| <b>Bruna Santos Pacheco &amp; Cia Ltda - EPP</b><br>Rua Barão do Amazonas, 2139 BLOCO: B1 OURO VELHO; APT: 61; - 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>18/08/2025 16:01:35</b> |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | Data de Competência<br><b>18/08/2025</b>               |                                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | Cód. de Autenticidade<br><b>3B8E2329E</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 : 14180-039                                                  |  | Cidade/UF : Pontal/ SP                   |  |
| Telefone :                                                       |  | E-mail : contasmedicas@iscmpontal.com.br |  |

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

|                                                                                            |  |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| <b>Descrição dos Serviços</b>                                                              |  |  |  |
| COMPLEMENTO TABELA SUS PAULISTA REFERENTE A ABRIL/25 E MAIO/25 (CONV 001/2022 TA 011/2025) |  |  |  |

|                                              |                                     |                                   |                               |                             |                              |                                   |                                          |
|----------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------|
| <b>Detalhamento dos Tributos</b>             |                                     |                                   |                               |                             |                              |                                   |                                          |
| Atividade do Município<br>40101 - Medicina - |                                     |                                   |                               | Alíquota<br>2,00            | Item da LC116/2003<br>401    | Cód. NBS                          | Cód. CNAE<br>8630503                     |
| VI. Total dos Serviços<br>R\$ 786,18         | Desconto Incondicionado<br>R\$ 0,00 | Deduções Base Cálculo<br>R\$ 0,00 | Base de Cálculo<br>R\$ 786,18 | Total do ISSQN<br>R\$ 15,72 | 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>R\$ 786,18 |
| Construção Civil                             |                                     | Cód. Obra :                       |                               |                             | Art. :                       |                                   |                                          |

|                                                                                                   |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>Informações Adicionais</b>                                                                     |  |
| Chave de acesso no Ambiente de Dados Nacional: 3543402122199244600011000000000022325081755532896. |  |



| PROFISSIONAL | AIH | CÓDIGO                                         | SIGTAP            | TABELA PAULISTA   |                          |
|--------------|-----|------------------------------------------------|-------------------|-------------------|--------------------------|
| DR.BRUNA     |     | 3525117330361 0303010010 TRATAMENTO DE DENGUE  | 38,88             | 116,64            |                          |
|              |     | 3525117330670 0303060212 TRATAMENTO DE         | 13,39             | 40,17             |                          |
|              |     | 3525117330757 0304100021 TRATAMENTO CLÍNICO DE | 43,43             | 130,29            |                          |
|              |     | 3525117330780 0303010037 TRATAMENTO DE OUTRAS  | 24,07             | 72,21             |                          |
|              |     | 3525117330801 0305020013 TRATAMENTO DA         | 8,67              | 26,01             |                          |
|              |     | 3525117330812 0303140151 TRATAMENTO DE         | 52,23             | 156,69            |                          |
|              |     | 3525117330823 0303010010 TRATAMENTO DE DENGUE  | 29,16             | 87,48             |                          |
|              |     |                                                | <b>R\$ 209,83</b> | <b>R\$ 629,49</b> | <b>TOTAL= R\$ 629,49</b> |

| PROFISSIONAL | AIH           | CÓDIGO                   | SIGTAP    | TABELA PAULISTA |        |            |
|--------------|---------------|--------------------------|-----------|-----------------|--------|------------|
| DR.BRUNA     | 3525117330878 | 0303140151 TRATAMENTO DE | 52,23     | 156,69          |        |            |
|              |               |                          | R\$ 52,23 | R\$ 156,69      | TOTAL= | R\$ 156,69 |

2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

|                 |                                |
|-----------------|--------------------------------|
| Tipo de TED:    | TED para terceiros             |
| Conta origem:   | 03472 / 1292 / 000577518119-7  |
| Tipo de conta:  | Não foi possível recuperar     |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA                       |
| Nome:           | IRMANDADE SANTA CASA DE PONTAL |
| CPF/CNPJ:       | 55.110.753/0001-41             |

|                            |                                     |
|----------------------------|-------------------------------------|
| Banco:                     | 260 - NU PAGAMENTOS S.A. - 18236120 |
| Tipo de conta:             | 01 - Conta Corrente                 |
| Conta destino:             | 0001 / 00415489342-3                |
| Tipo de pessoa:            | JURÍDICA                            |
| Nome:                      | M MASTRANGE SERV MEDICOS LTDA       |
| CPF/CNPJ:                  | 59.143.350/0001-50                  |
| Valor:                     | R\$ 4.291,57                        |
| Valor da tarifa:           | R\$ 0,00                            |
| Finalidade:                | 10 - Crédito em Conta               |
| Identificação da operação: | NF 23                               |
| Histórico:                 |                                     |

|                          |                     |
|--------------------------|---------------------|
| Data de débito:          | 26/08/2025          |
| Data / Hora da operação: | 26/08/2025 14:21:03 |

|                     |                  |
|---------------------|------------------|
| Código da operação: | 51711672         |
| Chave de segurança: | CZ7CNS9XT9YF9E0A |

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

23

Código de Verificação de Autenticidade

WWWSDCSJ2

Data e Hora de Emissão da NFS-e

13/08/2025 às 13:50:32

Chave de Acesso

865173WBI4SGDI46SAMTQO1A2GNX2IP8

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                    |
| 13/08/2025                    |                    |                                                                            |                                |
| Competência                   |                    |                                                                            |                                |
| Optante Simples Nacional      | Incentivo Fiscal   | Regime Especial Tributação                                                 | Tipo ISS                       |
| 1 - Sim                       | 2 - Não            | Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP) 03 - Sobre Faturamento |                                |

PRESTADOR DE SERVIÇOS

|                         |                       |                     |           |                                   |
|-------------------------|-----------------------|---------------------|-----------|-----------------------------------|
| CPF/CNPJ                | RG/Inscrição Estadual | Inscrição Municipal | Cadastro  | Nome/Razão Social                 |
| 59.143.350/0001-50      |                       | 000011792           | 000044439 | M.MASTRANGE SERVIÇOS MEDICOS LTDA |
| Logradouro              |                       | Complemento         |           | Bairro                            |
| RUA ARMINIO PUPO, 00167 |                       |                     |           | RESIDÊNCIAL PRIMAVERA             |
| CEP                     | Cidade                | Telefone            |           | E-mail                            |
| 14180-000               | PONTAL-SP             |                     |           | ANCONTAB@TERRA.COM.BR             |

TOMADOR DE SERVIÇOS

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

| Discriminação dos Serviços |            |                                                                                            |  |  |               |              |
|----------------------------|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|---------------|--------------|
| Qtde.                      | Un. Medida | Descrição                                                                                  |  |  | Vlr. Unitário | Total        |
| 1,00                       | UN         | SERVIÇOS PRESTADOS NA SANTA CASA DE INTERNACAO HOSPITALR                                   |  |  | 4.291,57      | R\$ 4.291,57 |
|                            |            | COMPLEMENTO TABELA SUS PAULISTA REFERENTE A ABRIL/25 E MAIO/25 (CONV001/2022 TA 011/2025). |  |  |               |              |

Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS

LC 116/2003: 04.01

Medicina e biomedicina

Alíquota 2,00%

Atividade Município 0000040000001

Código CNAE 8630503

Código da Obra

Código ART

|                          |                         |                       |                 |              |            |                       |
|--------------------------|-------------------------|-----------------------|-----------------|--------------|------------|-----------------------|
| Valor Total dos Serviços | Desconto Incondicionado | Deduções Base Cálculo | Base de Cálculo | Total do ISS | ISS Retido | Desconto Condicionado |
| R\$ 4.291,57             | R\$ 0,00                | R\$ 0,00              | R\$ 4.291,57    | R\$ 85,83    | 2 - Não    | 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\$ 4.291,57

Val. Aprox. Tributos:

Informações Complementares

RECEBI(EMOS) DE M.MASTRANGE SERVIÇOS MEDICOS LTDA O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO 23 E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO WWWSDCSJ2.

Data

CPF/RG

Assinatura

## FATURAMENTO DE AIH TABELA PAULISTA REF:MAIO/25

100%

| PROFISSIONAL | AIH           | CÓDIGO                           | SIGTAP     | TABELA PAULISTA |        |              |
|--------------|---------------|----------------------------------|------------|-----------------|--------|--------------|
| DR.MAYARA    | 3525117330658 | 0310010039 PARTO NORMAL          | 55,20      | 124,24          |        |              |
|              | 3525117330955 | 0303010061 TRATAMENTO DE DOENÇAS | 26,33      | 78,99           |        |              |
|              | 3525117330966 | 0303140151 TRATAMENTO DE         | 52,23      | 156,69          |        |              |
|              | 3525117330999 | 0310010039 PARTO NORMAL          | 55,20      | 124,24          |        |              |
|              | 3525117331010 | 0411010034 PARTO CESARIANO       | 55,20      | 124,24          |        |              |
|              | 3525117331021 | 0411010034 PARTO CESARIANO       | 55,20      | 124,24          |        |              |
|              | 3525121402033 | 0303080094 TRATAMENTO DE OUTRAS  | 18,10      | 54,3            |        |              |
|              | 3525121402044 | 0411010042 PARTO CESARIANO C/    | 55,20      | 124,24          |        |              |
|              | 3525121402165 | 0411010034 PARTO CESARIANO       | 55,20      | 124,24          |        |              |
|              | 3525121402242 | 0303140151 TRATAMENTO DE         | 52,23      | 156,69          |        |              |
|              | 3525121402253 | 0303140151 TRATAMENTO DE         | 52,23      | 156,69          |        |              |
|              | 3525121402264 | 0303140151 TRATAMENTO DE         | 31,34      | 94,02           |        |              |
|              | 3525121402275 | 0310010039 PARTO NORMAL          | 55,20      | 124,24          |        |              |
|              | 3525121402429 | 0303140143 TRATAMENTO DE OUTRAS  | 11,78      | 35,34           |        |              |
|              | 3525121402517 | 0411010034 PARTO CESARIANO       | 55,20      | 124,24          |        |              |
|              | 3525121402528 | 0411010034 PARTO CESARIANO       | 55,20      | 124,24          |        |              |
|              | 3525121402539 | 0411010034 PARTO CESARIANO       | 55,20      | 124,24          |        |              |
|              | 3525121402540 | 0411010034 PARTO CESARIANO       | 55,20      | 124,24          |        |              |
|              | 3525121402550 | 0411010034 PARTO CESARIANO       | 55,20      | 124,24          |        |              |
|              | 3525121402561 | 0411010034 PARTO CESARIANO       | 55,20      | 124,24          |        |              |
|              |               |                                  | R\$ 961,86 | R\$ 2.347,84    | TOTAL= | R\$ 2.347,84 |



| PROFISSIONAL | AIH           | CÓDIGO                          | SIGTAP     | TABELA PAULISTA     |              |
|--------------|---------------|---------------------------------|------------|---------------------|--------------|
| DR.MAYARA    | 3525117329734 | 0303140143 TRATAMENTO DE OUTRAS | 17,67      | 53,01               |              |
|              | 3525117329745 | 0303140151 TRATAMENTO DE        | 52,23      | 156,69              |              |
|              | 3525117329756 | 0305020013 TRATAMENTO DA        | 8,67       | 26,01               |              |
|              | 3525117329767 | 0303030046 TRATAMENTO DE        | 17,63      | 52,89               |              |
|              | 3525117329778 | 0411010034 PARTO CESARIANO      | 55,20      | 124,24              |              |
|              | 3525117329789 | 0411010042 PARTO CESARIANO C/   | 55,20      | 124,24              |              |
|              | 3525117329790 | 0411010034 PARTO CESARIANO      | 55,20      | 124,24              |              |
|              | 3525117329844 | 0411010034 PARTO CESARIANO      | 55,20      | 124,24              |              |
|              | 3525117329866 | 0411010034 PARTO CESARIANO      | 55,20      | 124,24              |              |
|              | 3525117330340 | 0411010042 PARTO CESARIANO C/   | 55,20      | 124,24              |              |
|              | 3525117330405 | 0303140143 TRATAMENTO DE OUTRAS | 17,67      | 53,01               |              |
|              | 3525117330416 | 0303010126 TRATAMENTO DE        | 14,69      | 44,07               |              |
|              | 3525117330450 | 0303140151 TRATAMENTO DE        | 22,39      | 67,17               |              |
|              | 3525117330548 | 0411010034 PARTO CESARIANO      | 55,20      | 124,24              |              |
|              | 3525117330559 | 0411010034 PARTO CESARIANO      | 55,20      | 124,24              |              |
|              | 3525117330560 | 0411010034 PARTO CESARIANO      | 55,20      | 124,24              |              |
|              | 3525117330570 | 0411010042 PARTO CESARIANO C/   | 55,20      | 124,24              |              |
|              | 3525117330581 | 0411010034 PARTO CESARIANO      | 55,20      | 124,24              |              |
|              | 3525117330669 | 0310010039 PARTO NORMAL         | 55,20      | 124,24              |              |
|              |               |                                 | R\$ 813,35 | R\$ 1.943,73 TOTAL= | R\$ 1.943,73 |



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

|                 |                                |
|-----------------|--------------------------------|
| Tipo de TED:    | TED para terceiros             |
| Conta origem:   | 03472 / 1292 / 000577518119-7  |
| Tipo de conta:  | Não foi possível recuperar     |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA                       |
| Nome:           | IRMANDADE SANTA CASA DE PONTAL |
| CPF/CNPJ:       | 55.110.753/0001-41             |

|                            |                                                   |
|----------------------------|---------------------------------------------------|
| Banco:                     | 756 - BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A. - 02038232 |
| Tipo de conta:             | 01 - Conta Corrente                               |
| Conta destino:             | 4277 / 00000020129-4                              |
| Tipo de pessoa:            | JURÍDICA                                          |
| Nome:                      | MED SERV RP SERVICOS MEDICOS SS LTDA              |
| CPF/CNPJ:                  | 12.563.132/0001-00                                |
| Valor:                     | R\$ 78,74                                         |
| Valor da tarifa:           | R\$ 0,00                                          |
| Finalidade:                | 10 - Crédito em Conta                             |
| Identificação da operação: | NF 257                                            |
| Histórico:                 |                                                   |

|                          |                     |
|--------------------------|---------------------|
| Data de débito:          | 26/08/2025          |
| Data / Hora da operação: | 26/08/2025 14:20:22 |

|                     |                  |
|---------------------|------------------|
| Código da operação: | 51665076         |
| Chave de segurança: | 2C1JUQ9970MJV0GC |

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<br>SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA<br>NOTA FISCAL DE SERVIÇO ELETRÔNICA - NFS-e |           | NFS-e<br>257                         |  |
|                                                                                  |                                                                                                                     |           | Código de Verificação<br>3EK9UYS5H   |                                                                                     |
|                                                                                  |                                                                                                                     |           | Emissão da NFS-e<br>13/08/2025 18:10 |                                                                                     |
|                                                                                  | RPS                                                                                                                 | Série RPS | Tipo RPS                             |                                                                                     |
|                                                                                  |                                                                                                                     |           | NFS-e Substituída                    |                                                                                     |

|                                                         |  |                           |  |  |
|---------------------------------------------------------|--|---------------------------|--|--|
| Prestador de Serviço                                    |  |                           |  |  |
| CPF/CNPJ: 12.563.132/0001-00                            |  | Inscrição 131259          |  |  |
| Nome/Razão Social: MED-SERV RP SERVIÇOS MÉDICOS SS LTDA |  |                           |  |  |
| Endereço Antonio Alceu Bellodi                          |  | Número: 191               |  |  |
| Complemento:                                            |  | Bairro: Bourbon Residence |  |  |
| CEP: 14887-518 Município: JABOTICABAL                   |  | País: Brasil              |  |  |
| E-mail: deboian@yahoo.com.br                            |  | Telefone:                 |  |  |
|                                                         |  | UF: SP                    |  |  |

|                                                                      |  |                         |  |      |
|----------------------------------------------------------------------|--|-------------------------|--|------|
| Tomador de Serviço                                                   |  |                         |  |      |
| CPF/CNPJ: 55.110.753/0001-41                                         |  | Inscrição Municipal:    |  | NIF: |
| Nome/Razão Social: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL |  |                         |  |      |
| Endereço: Rua ANANIAS DA COSTA FREITAS                               |  | Número: 753             |  |      |
| Complemento:                                                         |  | Bairro: Centro          |  |      |
| CEP: 14180-000 Município: PONTAL                                     |  | País: Brasil            |  |      |
| E-mail: gerencia@iscmpontal.com.br                                   |  | Telefone: (16)3953-9100 |  |      |
|                                                                      |  | UF: SP                  |  |      |

|                                                                                                         |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Atividade Econômica                                                                                     |  |
| 4.03 / 8630501 - Atividade Médica Ambulatorial Com Recursos Para Realização De Procedimentos Cirúrgicos |  |

|                                                                                   |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--|
| Discriminação do Serviço                                                          |  |
| COMPLEMENTO TABELA SUS PAULISTA REFERENTE A ABRIL/25 (CONV 001/2022 TA 011/2025). |  |

|                         |        |      |      |      |                                   |          |           |       |
|-------------------------|--------|------|------|------|-----------------------------------|----------|-----------|-------|
| Tributos Federais (R\$) |        |      |      |      | Valor Aproximado dos Tributos (%) |          |           |       |
| PIS                     | COFINS | INSS | IR   | CSLL | Federal                           | Estadual | Municipal | Fonte |
| 0,55                    | 2,52   | 0,00 | 1,26 | 0,84 | 0,00%                             | 0,00%    | 0,00%     |       |

|                                     |                  |                               |       |
|-------------------------------------|------------------|-------------------------------|-------|
| Identificação Prestação de Serviços |                  | Detalhamento de Valores (R\$) |       |
| Código da Obra                      |                  | Valor do Serviço              | 83,91 |
| Código A.R.T.                       |                  | Desconto Incondicionado       | 0,00  |
| Exigibilidade ISSQN                 | 1-Exigível       | Desconto Condicionado         | 0,00  |
| Regime Especial de Tributação       | 0-Nenhum         | Retenções Federais            | 5,17  |
| Simples Nacional                    | ( ) Sim (X) Não  | Outras Retenções              | 0,00  |
| Incentivador Fiscal                 |                  | Deduções Previstas em Lei     | 0,00  |
| Competência                         | 08/2025          | Base de Cálculo               | 83,91 |
| Município Prestação                 | PONTAL - SP      | Alíquota                      | 2,00  |
| Município Incidência                | JABOTICABAL - SP | ISSQN                         | 1,68  |
| ISSQN a Reter                       | ( ) Sim (X) Não  | Valor Líquido                 | 78,74 |

|                    |
|--------------------|
| Outras Informações |
|--------------------|



| PROFISSIONAL | AIH           | CÓDIGO     | SIGTAP        | TABELA PAULISTA |                  |
|--------------|---------------|------------|---------------|-----------------|------------------|
| DR.SIRLEU    | 3525117330515 | 0303070129 | TRATAMENTO DE | 27,97           | 83,91            |
|              |               |            | R\$ 27,97     | R\$ 83,91       | TOTAL= R\$ 83,91 |



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

|                 |                                |
|-----------------|--------------------------------|
| Tipo de TED:    | TED para terceiros             |
| Conta origem:   | 03472 / 1292 / 000577518119-7  |
| Tipo de conta:  | Não foi possível recuperar     |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA                       |
| Nome:           | IRMANDADE SANTA CASA DE PONTAL |
| CPF/CNPJ:       | 55.110.753/0001-41             |

|                            |                                       |
|----------------------------|---------------------------------------|
| Banco:                     | 033 - BANCO SANTANDER S.A. - 90400888 |
| Tipo de conta:             | 01 - Conta Corrente                   |
| Conta destino:             | 0767 / 00013002723-8                  |
| Tipo de pessoa:            | JURÍDICA                              |
| Nome:                      | N A M SERV MEDICOS LTDA               |
| CPF/CNPJ:                  | 42.152.681/0001-53                    |
| Valor:                     | R\$ 1.479,89                          |
| Valor da tarifa:           | R\$ 0,00                              |
| Finalidade:                | 10 - Crédito em Conta                 |
| Identificação da operação: | NF 223                                |
| Histórico:                 |                                       |

|                          |                     |
|--------------------------|---------------------|
| Data de débito:          | 26/08/2025          |
| Data / Hora da operação: | 26/08/2025 14:20:06 |

|                     |                |
|---------------------|----------------|
| Código da operação: | 51610061       |
| Chave de segurança: | G9YK5493GA136X |

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  
223

**Dados do Prestador de Serviço****N. A. M. Servicos Medicos Ltda**

Rua Doutor Elias Boainain, 1020 QUADRA 28 - LOTE 23 - 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  
**14/08/2025 15:25:47**Data de Competência  
**14/08/2025**Cód. de Autenticidade  
**165ADB739**

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 : 14180-039                                                  | Cidade/UF : Pontal/ SP                   |
| Telefone :                                                       | E-mail : contasmedicas@iscmpontal.com.br |

**Dados do Intermediário de Serviços**

|          |                     |              |
|----------|---------------------|--------------|
| CNPJ/CPF | Inscrição Municipal | Razão Social |
|----------|---------------------|--------------|

**Descrição dos Serviços**

\*\*\*\*\*

COMPLEMENTO SUS PAULISTA REFERENTE AO MÊS DE ABRIL E MAIO DE 2025.  
CONV 001/2022 TA 011/2025)  
EMPRESA AE SIMPLES NACIONAL, DISPENSADO DA RETENÇÃO DE IR CONFORME IN 765/2007 PARAGRAFO III.  
"VALOR APROXIMADO DOS TRIBUTOS: R\$ 247,14. FEDERAL 13,45%; MUNICIPAL 3,25% - FONTE: IBPT".

**Detalhamento dos Tributos**

|                                              |                                     |                                   |                                 |                  |                              |                              |                                            |
|----------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------------------------|
| Atividade do Município<br>40101 - Medicina - |                                     |                                   |                                 | Alíquota<br>2,01 | Item da LC116/2003<br>401    | Cód. NBS                     | Cód. CNAE<br>8630503                       |
| VI. Total dos Serviços<br>R\$ 1.479,89       | Desconto Incondicionado<br>R\$ 0,00 | Deduções Base Cálculo<br>R\$ 0,00 | Base de Cálculo<br>R\$ 1.479,89 |                  | Total do ISSQN<br>R\$ 29,75  | 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>R\$ 1.479,89 |
| 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 FIS CAL DE IPI."

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

## FATURAMENTO DE AIH TABELA PAULISTA REF:MAIO/25

100%

| PROFISSIONAL | AIH           | CÓDIGO                           | SIGTAP     | TABELA PAULISTA |        |            |
|--------------|---------------|----------------------------------|------------|-----------------|--------|------------|
| DR.NAYARA    | 3525117330944 | 0304100021 TRATAMENTO CLÍNICO DE | 32,57      | 130,28          |        |            |
|              | 3525121402440 | 0303140046 TRATAMENTO DAS        | 11,43      | 34,29           |        |            |
|              | 3525121402638 | 0303140151 TRATAMENTO DE         | 39,18      | 117,54          |        |            |
|              | 3525121402649 | 0303140046 TRATAMENTO DAS        | 12,86      | 38,58           |        |            |
|              | 3525121402650 | 0303140046 TRATAMENTO DAS        | 11,02      | 33,06           |        |            |
|              | 3525121402660 | 0303140151 TRATAMENTO DE         | 44,77      | 134,31          |        |            |
|              | 3525121402671 | 0303140151 TRATAMENTO DE         | 52,23      | 156,69          |        |            |
|              | 3525121402682 | 0303140046 TRATAMENTO DAS        | 14,69      | 44,07           |        |            |
|              | 3525121402715 | 0303140046 TRATAMENTO DAS        | 12,86      | 38,58           |        |            |
|              | 3525121402748 | 0303060212 TRATAMENTO DE         | 18,26      | 54,78           |        |            |
|              |               |                                  | R\$ 249,86 | R\$ 782,18      | TOTAL= | R\$ 782,18 |



| PROFISSIONAL | AIH | CÓDIGO                                        | SIGTAP     | TABELA PAULISTA   |            |
|--------------|-----|-----------------------------------------------|------------|-------------------|------------|
| DR.NAYARA    |     | 3525117330350 0303140151 TRATAMENTO DE        | 39,18      | 117,54            |            |
|              |     | 3525117330372 0305020048 TRATAMENTO DE        | 8,33       | 24,99             |            |
|              |     | 3525117330504 0303030046 TRATAMENTO DE        | 15,67      | 47,01             |            |
|              |     | 3525117330680 0303140046 TRATAMENTO DAS       | 17,14      | 51,42             |            |
|              |     | 3525117330680 0303140046 TRATAMENTO DAS       | 8,57       | 25,71             |            |
|              |     | 3525117330713 0303140151 TRATAMENTO DE        | 34,82      | 104,46            |            |
|              |     | 3525117330724 0303010010 TRATAMENTO DE DENGUE | 38,88      | 116,64            |            |
|              |     | 3525117330735 0303010010 TRATAMENTO DE DENGUE | 34,99      | 104,97            |            |
|              |     | 3525117330779 0303010037 TRATAMENTO DE OUTRAS | 26,26      | 104,97            |            |
|              |     |                                               | R\$ 223,84 | R\$ 697,71 TOTAL= | R\$ 697,71 |

2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

|                 |                                |
|-----------------|--------------------------------|
| Tipo de TED:    | TED para terceiros             |
| Conta origem:   | 03472 / 1292 / 000577518119-7  |
| Tipo de conta:  | Não foi possível recuperar     |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA                       |
| Nome:           | IRMANDADE SANTA CASA DE PONTAL |
| CPF/CNPJ:       | 55.110.753/0001-41             |

|                            |                                                   |
|----------------------------|---------------------------------------------------|
| Banco:                     | 756 - BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A. - 02038232 |
| Tipo de conta:             | 01 - Conta Corrente                               |
| Conta destino:             | 3214 / 00000052686-0                              |
| Tipo de pessoa:            | JURÍDICA                                          |
| Nome:                      | R SOATO CIRURGIA E ENDOSCOPIA DO AP               |
| CPF/CNPJ:                  | 06.307.803/0001-70                                |
| Valor:                     | R\$ 471,03                                        |
| Valor da tarifa:           | R\$ 0,00                                          |
| Finalidade:                | 10 - Crédito em Conta                             |
| Identificação da operação: | NF 1491                                           |
| Histórico:                 |                                                   |

|                          |                     |
|--------------------------|---------------------|
| Data de débito:          | 26/08/2025          |
| Data / Hora da operação: | 26/08/2025 14:19:45 |

|                     |                  |
|---------------------|------------------|
| Código da operação: | 51559193         |
| Chave de segurança: | 0SN86U0PXCKQYXPL |

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 Pontal</b><br><b>Município de Pontal</b><br><b>NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e</b> |                        | <b>Número da NFS-e</b><br><b>1491</b><br><b>Código de Verificação de Autenticidade</b><br><b>906PGN3PQ</b><br><b>Data e Hora de Emissão da NFS-e</b><br><b>14/08/2025 às 08:01:40</b><br><b>Chave de Acesso</b><br>865335DUOZCLGLAR8BZ7XLI4I8VY2MPD<br><br><b>Para certificação da autenticidade acesse</b><br><b>http://45.71.128.162:5661/issweb, menu</b><br><b>consultas e informe os dados desta NFS-e.</b> |                                                                               |                  |                       |
| <b>Informações Fiscais</b>                                                                                        |                                                                                                                          |                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                               |                  |                       |
| 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>Competência<br>14/08/2025                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                               |                  |                       |
| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                               |                  |                       |
| <b>PRESTADOR DE SERVIÇOS</b>                                                                                      |                                                                                                                          |                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                               |                  |                       |
| 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                                                                         | CEP<br>14180-000                                                                                                         | Cidade<br>PONTAL-SP                                                                                      | Complemento<br>SALA 02                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Bairro<br>CENTRO                                                              |                  |                       |
|                                                                                                                   |                                                                                                                          |                                                                                                          | Telefone<br>16-3953-1148                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | E-mail<br>rodrigosoato@gmail.com                                              |                  |                       |
| <b>TOMADOR DE SERVIÇOS</b>                                                                                        |                                                                                                                          |                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                               |                  |                       |
| 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, 753                                                                 | CEP/Cod.Postal<br>14180-000                                                                                              | Cidade/País<br>PONTAL - SP                                                                               | Complemento<br>CENTRO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Bairro<br>CENTRO                                                              |                  |                       |
|                                                                                                                   |                                                                                                                          |                                                                                                          | Cod. IBGE<br>3540200                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | E-mail<br>rh@iscmpontal.com.br                                                |                  |                       |
| <b>Discriminação dos Serviços</b>                                                                                 |                                                                                                                          |                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                               |                  |                       |
| Qtde.                                                                                                             | Un. Medida                                                                                                               | Descrição                                                                                                | Vir. Unitário                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Total                                                                         |                  |                       |
| 1,00                                                                                                              | UN                                                                                                                       | COMPLEMENTO TABELA SUS PAULISTA REFERENTE A ABRIL/25 E MAIO/25 (CONV 001/2022 TA 011/2025).DR RODRIGO    | 512,82                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | R\$ 512,82                                                                    |                  |                       |
| <b>Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS</b>                                                          |                                                                                                                          |                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                               |                  |                       |
| LC 116/2003: 04.01                                                                                                | Alíquota                                                                                                                 | Atividade Município                                                                                      | Código CNAE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Código da Obra                                                                | Código ART       |                       |
| Medicina e biomedicina                                                                                            | 2,00%                                                                                                                    | 00000400000001                                                                                           | 8630501                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                               |                  |                       |
| Valor Total dos Serviços                                                                                          | Desconto Incondicionado                                                                                                  | Deduções Base Cálculo                                                                                    | Base de Cálculo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Total do ISS                                                                  | ISS Retido       | Desconto Condicionado |
| R\$ 512,82                                                                                                        | R\$ 0,00                                                                                                                 | R\$ 0,00                                                                                                 | R\$ 512,82                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | R\$ 10,26                                                                     | 1 - Sim          | R\$ 0,00              |
| <b>Retenções de Impostos</b>                                                                                      |                                                                                                                          |                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                               |                  |                       |
| PIS (512,82 x 0,65%)                                                                                              | COFINS (512,82 x 3,00%)                                                                                                  | INSS                                                                                                     | IRRF (512,82 x 1,50%)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | CSLL (512,82 x 1,00%)                                                         | Outras Retenções |                       |
| R\$ 3,33                                                                                                          | R\$ 15,38                                                                                                                | R\$ 0,00                                                                                                 | R\$ 7,69                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | R\$ 5,13                                                                      | R\$ 0,00         |                       |
| Valor Líquido da NFS-e: R\$ 471,03                                                                                |                                                                                                                          |                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                               |                  |                       |
| Val. Aprox. Tributos: Federal (13,45%) R\$68,97 Estadual (0,00%) R\$0,00 Municipal (2,18%) R\$11,18 - Fonte: IBPT |                                                                                                                          |                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                               |                  |                       |
| <b>Informações Complementares</b>                                                                                 |                                                                                                                          |                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                               |                  |                       |
|                                                                                                                   |                                                                                                                          |                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                               |                  |                       |

RECEBI(EMOS) DE **R.SOATO CIRURGIA E ENDOSCOPIA DO APARELHO DIGESTIVO S/S. LTDA. - EPP.** O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO **1491** E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO

Data

CPF/RG

Assinatura



## FATURAMENTO DE AIH TABELA PAULISTA REF:MAIO/25

100%

| PROFISSIONAL | AIH           | CÓDIGO                          | SIGTAP     | TABELA PAULISTA |        |            |
|--------------|---------------|---------------------------------|------------|-----------------|--------|------------|
| DR.RODRIGO   | 3525117330889 | 0303070129 TRATAMENTO DE        | 20,98      | 62,94           |        |            |
|              | 3525117330911 | 0303070102 TRATAMENTO DE OUTRAS | 33,49      | 100,47          |        |            |
|              | 3525121402430 | 0305020021 TRATAMENTO DE        | 14,87      | 44,61           |        |            |
|              | 3525121402462 | 0303070129 TRATAMENTO DE        | 20,98      | 62,94           |        |            |
|              | 3525121402473 | 0303070102 TRATAMENTO DE OUTRAS | 33,49      | 100,47          |        |            |
|              | 3525121402484 | 0303070099 TRATAMENTO DE        | 23,16      | 69,48           |        |            |
|              |               |                                 | R\$ 146,95 | R\$ 440,91      | TOTAL= | R\$ 440,91 |

| PROFISSIONAL | AIH           | CÓDIGO                   | SIGTAP             | TABELA PAULISTA           |           |
|--------------|---------------|--------------------------|--------------------|---------------------------|-----------|
| DR.RODRIGO   | 3525117330086 | 0303070129 TRATAMENTO DE | 23,97<br>R\$ 23,97 | 71,91<br>R\$ 71,91 TOTAL= | R\$ 71,91 |

2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

|                 |                                |
|-----------------|--------------------------------|
| Tipo de TED:    | TED para terceiros             |
| Conta origem:   | 03472 / 1292 / 000577518119-7  |
| Tipo de conta:  | Não foi possível recuperar     |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA                       |
| Nome:           | IRMANDADE SANTA CASA DE PONTAL |
| CPF/CNPJ:       | 55.110.753/0001-41             |

|                            |                                                   |
|----------------------------|---------------------------------------------------|
| Banco:                     | 756 - BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A. - 02038232 |
| Tipo de conta:             | 01 - Conta Corrente                               |
| Conta destino:             | 3214 / 00000052686-0                              |
| Tipo de pessoa:            | JURÍDICA                                          |
| Nome:                      | R SOATO CIRURGIA E ENDOSC DO AP                   |
| CPF/CNPJ:                  | 06.307.803/0001-70                                |
| Valor:                     | R\$ 1.676,83                                      |
| Valor da tarifa:           | R\$ 0,00                                          |
| Finalidade:                | 10 - Crédito em Conta                             |
| Identificação da operação: | NF 1492                                           |
| Histórico:                 |                                                   |

|                          |                     |
|--------------------------|---------------------|
| Data de débito:          | 26/08/2025          |
| Data / Hora da operação: | 26/08/2025 14:19:25 |

|                     |                  |
|---------------------|------------------|
| Código da operação: | 51508327         |
| Chave de segurança: | U89HJTSJ1P29U4JU |

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  
**1492**  
Código de Verificação de Autenticidade  
**WY3C4RETY**  
Data e Hora de Emissão da NFS-e  
**14/08/2025 às 08:03:11**  
Chave de Acesso  
865336MKASQ9328TCHD9H065BSXNYDIO

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><b>Exigível</b>    | Número do Processo                 | Município de Incidência do ISS<br><b>PONTAL-SP</b>                                                              | Local da Prestação<br><b>PONTAL - SP</b> |
| Número do RPS                              | Série do RPS                       | Tipo do RPS                                                                                                     | Data do RPS<br><b>14/08/2025</b>         |
| Optante Simples Nacional<br><b>2 - Não</b> | Incentivo Fiscal<br><b>2 - Não</b> | Regime Especial Tributação<br><b>Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP) 03 - Sobre Faturamento</b> | Tipo ISS                                 |

## 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> | Complemento<br><b>SALA 02</b>          | Bairro<br><b>CENTRO</b>            |                                         |                                                                                      |
| CEP<br><b>14180-000</b>                          | Cidade<br><b>PONTAL-SP</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, 753</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         | COMPLEMENTO TABELA SUS PAULISTA REFERENTE A ABRIL/25 E MAIO/25 (CONV 001/2022 TA 011/2025).DR RAFAEL | 1.825,62      | R\$ 1.825,62 |

## 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>8630501</b> | Construção Civil |                |                       |
| Medicina e biomedicina    |                          |                                             |                               | Código da Obra   | Código ART     |                       |
| Valor Total dos Serviços  | Desconto Incondicionado  | Deduções Base Cálculo                       | Base de Cálculo               | Total do ISS     | ISS Retido     | Desconto Condicionado |
| <b>R\$ 1.825,62</b>       | <b>R\$ 0,00</b>          | <b>R\$ 0,00</b>                             | <b>R\$ 1.825,62</b>           | <b>R\$ 36,51</b> | <b>1 - Sim</b> | <b>R\$ 0,00</b>       |

## Retenções de Impostos

|                        |                           |                 |                         |                         |                  |
|------------------------|---------------------------|-----------------|-------------------------|-------------------------|------------------|
| PIS (1.825,62 x 0,65%) | COFINS (1.825,62 x 3,00%) | INSS            | IRRF (1.825,62 x 1,50%) | CSLL (1.825,62 x 1,00%) | Outras Retenções |
| <b>R\$ 11,87</b>       | <b>R\$ 54,77</b>          | <b>R\$ 0,00</b> | <b>R\$ 27,38</b>        | <b>R\$ 18,26</b>        | <b>R\$ 0,00</b>  |

Valor Líquido da NFS-e: **R\$ 1.676,83**

Val. Aprox. Tributos: Federal (13,45%) R\$245,55 Estadual (0,00%) R\$0,00 Municipal (2,18%) R\$39,80 - Fonte: IBPT

## Informações Complementares

RECEBI(EMOS) DE **R.SOATO CIRURGIA E ENDOSCOPIA DO APARELHO DIGESTIVO S/S. LTDA. - EPP.** O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO **1492** E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO

Data

CPF/RG

Assinatura

## FATURAMENTO DE AIH TABELA PAULISTA REF:MAIO/25

100%

| PROFISSIONAL | AIH           | CÓDIGO     | SIGTAP                | TABELA PAULISTA |        |              |
|--------------|---------------|------------|-----------------------|-----------------|--------|--------------|
| DR.RAFael    | 3525117330867 | 0303010037 | TRATAMENTO DE OUTRAS  | 36,11           | 108,33 |              |
|              | 3525117330889 | 0303070129 | TRATAMENTO DE         | 15,73           | 47,19  |              |
|              | 3525117330890 | 0303140151 | TRATAMENTO DE         | 39,18           | 117,54 |              |
|              | 3525117330900 | 0303140151 | TRATAMENTO DE         | 39,18           | 117,54 |              |
|              | 3525117330922 | 0303040149 | TRATAMENTO DE         | 40,24           | 120,72 |              |
|              | 3525117331220 | 0303150050 | TRATAMENTO DE OUTRAS  | 15,34           | 46,02  |              |
|              | 3525117331230 | 0303060042 | TRATAMENTO DE         | 32,93           | 98,79  |              |
|              | 3525117331241 | 0303010126 | TRATAMENTO DE         | 31,82           | 95,46  |              |
|              | 3525121402055 | 0303040149 | TRATAMENTO DE         | 45,99           | 137,97 |              |
|              | 3525121402066 | 0303140151 | TRATAMENTO DE         | 62,68           | 188,04 |              |
|              | 3525121402077 | 0303140151 | TRATAMENTO DE         | 34,82           | 104,46 |              |
|              | 3525121402110 | 0303140151 | TRATAMENTO DE         | 39,18           | 117,54 |              |
|              | 3525121402121 | 0303040149 | TRATAMENTO DE         | 24,76           | 74,28  |              |
|              | 3525121402220 | 0305020056 | TRATAMENTO DE         | 30,54           | 91,62  |              |
|              | 3525121402231 | 0303070072 | TRATAMENTO DE DOENCAS | 34,11           | 102,33 |              |
|              | 3525121402462 | 0303070129 | TRATAMENTO DE         | 20,98           | 62,94  |              |
|              |               |            | R\$ 543,58            | R\$ 1.630,77    | TOTAL= | R\$ 1.630,77 |

| PROFISSIONAL | AIH | CÓDIGO                                  | SIGTAP           | TABELA PAULISTA   |               |                   |
|--------------|-----|-----------------------------------------|------------------|-------------------|---------------|-------------------|
| DR.RAFAEL    |     | 3525117330097 0305020013 TRATAMENTO DA  | 5,16             | 15,48             |               |                   |
|              |     | 3525117330383 0303140046 TRATAMENTO DAS | 14,69            | 44,07             |               |                   |
|              |     | 3525117330394 0303140046 TRATAMENTO DAS | 10,28            | 30,84             |               |                   |
|              |     | 3525117330702 0303140151 TRATAMENTO DE  | 34,82            | 104,46            |               |                   |
|              |     |                                         | <b>R\$ 64,96</b> | <b>R\$ 194,85</b> | <b>TOTAL=</b> | <b>R\$ 194,85</b> |



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

|                 |                                |
|-----------------|--------------------------------|
| Tipo de TED:    | TED para terceiros             |
| Conta origem:   | 03472 / 1292 / 000577518119-7  |
| Tipo de conta:  | Não foi possível recuperar     |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA                       |
| Nome:           | IRMANDADE SANTA CASA DE PONTAL |
| CPF/CNPJ:       | 55.110.753/0001-41             |

|                            |                                                   |
|----------------------------|---------------------------------------------------|
| Banco:                     | 756 - BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A. - 02038232 |
| Tipo de conta:             | 01 - Conta Corrente                               |
| Conta destino:             | 3214 / 00000036984-5                              |
| Tipo de pessoa:            | JURÍDICA                                          |
| Nome:                      | CLINICA ORTOPEDICA MICHIELETO                     |
| CPF/CNPJ:                  | 22.182.151/0001-40                                |
| Valor:                     | R\$ 6.756,48                                      |
| Valor da tarifa:           | R\$ 0,00                                          |
| Finalidade:                | 10 - Crédito em Conta                             |
| Identificação da operação: | NF 662                                            |
| Histórico:                 |                                                   |

|                          |                     |
|--------------------------|---------------------|
| Data de débito:          | 26/08/2025          |
| Data / Hora da operação: | 26/08/2025 14:17:44 |

|                     |                  |
|---------------------|------------------|
| Código da operação: | 51271142         |
| Chave de segurança: | LZ2EQSV2HV4Y114T |

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 Pontal</b><br><b>Município de Pontal</b><br><b>NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e</b> |                                           |  | <b>Número da NFS-e</b><br><b>662</b><br><b>Código de Verificação de Autenticidade</b><br><b>DAT9HSJ6E</b><br><b>Data e Hora de Emissão da NFS-e</b><br><b>14/08/2025 às 14:01:00</b><br><b>Chave de Acesso</b><br><b>865466Q8BVBDOU2TTQT7Y8P0YDTIGF1</b><br><br><b>Para certificação da autenticidade acesse</b><br><b><a href="http://45.71.128.162:5661/issweb">http://45.71.128.162:5661/issweb</a>, menu</b><br><b>consultas e informe os dados desta NFS-e.</b> |
| <b>Informações Fiscais</b>                                                       |                                    |                                                                                                                          |                                           |                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Exigibilidade do ISS<br><b>Exigível</b>                                          | Número do Processo                 | Município de Incidência do ISS<br><b>PONTAL-SP</b>                                                                       | Local da Prestação<br><b>PONTAL - SP</b>  |                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Número do RPS                                                                    | Série do RPS                       | Tipo do RPS                                                                                                              | Data do RPS                               | Competência<br><b>14/08/2025</b>                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Optante Simples Nacional<br><b>2 - Não</b>                                       | Incentivo Fiscal<br><b>2 - Não</b> | Regime Especial Tributação<br><b>Não Possui</b>                                                                          | Tipo ISS<br><b>03 - Sobre Faturamento</b> |                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

|                                               |                                        |                                         |                              |                                                           |  |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------|-----------------------------------------------------------|--|
| <b>PRESTADOR DE SERVIÇOS</b>                  |                                        |                                         |                              |                                                           |  |
| 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>                                   |  |
| CEP<br><b>14180-000</b>                       | Cidade<br><b>PONTAL-SP</b>             | Telefone<br><b>16-3953-1357</b>         |                              | E-mail<br><b>luciano@3ax.com.br</b>                       |  |

|                                                          |                                   |                             |                                                                            |                                       |  |
|----------------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|--|
| <b>TOMADOR DE SERVIÇOS</b>                               |                                   |                             |                                                                            |                                       |  |
| 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, 753</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                                                                   | E-mail<br><b>rh@iscmpontal.com.br</b> |  |

| Discriminação dos Serviços |            |                                                                                                       |  |  |  | Vir. Unitário | Total        |
|----------------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|---------------|--------------|
| Qtde.                      | Un. Medida | Descrição                                                                                             |  |  |  |               |              |
| 1,00                       | UN         | COMPLEMENTO TABELA SUS PAULISTA REFERENTE A ABRIL/25 E MAIO/25 (CONV 001/2022 TA 011/2025).DR RODRIGO |  |  |  | 7.355,99      | R\$ 7.355,99 |

|                                                          |                         |                       |                       |                   |                         |                       |  |
|----------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------|-------------------------|-----------------------|--|
| <b>Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS</b> |                         |                       |                       |                   | <b>Construção Civil</b> |                       |  |
| LC 116/2003: <b>04.01</b>                                |                         | Alíquota              | Atividade Município   | Código CNAE       | Código da Obra          | Código ART            |  |
| Medicina e biomedicina                                   |                         | <b>2,00%</b>          | <b>00000400000001</b> | <b>8630503</b>    |                         |                       |  |
| Valor Total dos Serviços                                 | Desconto Incondicionado | Deduções Base Cálculo | Base de Cálculo       | Total do ISS      | ISS Retido              | Desconto Condicionado |  |
| <b>R\$ 7.355,99</b>                                      | <b>R\$ 0,00</b>         | <b>R\$ 0,00</b>       | <b>R\$ 7.355,99</b>   | <b>R\$ 147,12</b> | <b>1 - Sim</b>          | <b>R\$ 0,00</b>       |  |

|                                             |                           |                 |                                                                                                  |                         |                  |  |
|---------------------------------------------|---------------------------|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|------------------|--|
| <b>Retenções de Impostos</b>                |                           |                 |                                                                                                  |                         |                  |  |
| PIS (7.355,99 x 0,65%)                      | COFINS (7.355,99 x 3,00%) | INSS            | IRRF (7.355,99 x 1,50%)                                                                          | CSLL (7.355,99 x 1,00%) | Outras Retenções |  |
| <b>R\$ 47,81</b>                            | <b>R\$ 220,68</b>         | <b>R\$ 0,00</b> | <b>R\$ 110,34</b>                                                                                | <b>R\$ 73,56</b>        | <b>R\$ 0,00</b>  |  |
| <b>Valor Líquido da NFS-e: R\$ 6.756,48</b> |                           |                 | Val. Aprox. Tributos: Federal (0,00%) R\$0,00 Estadual (0,00%) R\$0,00 Municipal (0,00%) R\$0,00 |                         |                  |  |

|                                   |  |  |
|-----------------------------------|--|--|
| <b>Informações Complementares</b> |  |  |
|                                   |  |  |

|                                                                                                                                                   |        |            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|------------|
| RECEBI(EMOS) DE <b>CLÍNICA ORTOPÉDICA MICHIELETO</b> O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO <b>662</b> E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO <b>DAT9HSJ6E</b> . |        |            |
| Data                                                                                                                                              | CPF/RG | Assinatura |
| ____/____/____                                                                                                                                    | _____  | _____      |



FATURAMENTO DE AIH TABELA PAULISTA REF:MAIO/25

100%

| PROFISSIONAL | AIH           | CÓDIGO     | SIGTAP               | TABELA PAULISTA |        |              |
|--------------|---------------|------------|----------------------|-----------------|--------|--------------|
| DR.LUCIANO   | 3525117331186 | 0403020123 | TRATAMENTO CIRURGICO | 109,01          | 327,03 |              |
|              | 3525117331197 | 0415040035 | DEBRIDAMENTO DE      | 151,14          | 453,42 |              |
|              | 3525117331208 | 0415040035 | DEBRIDAMENTO DE      | 151,14          | 453,42 |              |
|              | 3525121402132 | 0415040035 | DEBRIDAMENTO DE      | 151,14          | 453,42 |              |
|              | 3525121402210 | 0403020123 | TRATAMENTO CIRURGICO | 141,71          | 425,13 |              |
|              | 3525121402320 | 0408020407 | TRATAMENTO CIRÚRGICO | 50,78           | 165,03 |              |
|              | 3525121402770 | 0415040035 | DEBRIDAMENTO DE      | 151,14          | 453,42 |              |
|              | 3525121402792 | 0415040035 | DEBRIDAMENTO DE      | 151,14          | 453,42 |              |
|              | 3525121402825 | 0408020202 | REDUÇÃO INCRUENTA DE | 60,19           | 195,61 |              |
|              |               |            | R\$ 1.117,39         | R\$ 3.379,90    | TOTAL= | R\$ 3.379,90 |



## FATURAMENTO DE AIH TABELA PAULISTA REF:ABRIL/25

100%

| PROFISSIONAL | AIH           | CÓDIGO     | SIGTAP               | TABELA PAULISTA     |              |
|--------------|---------------|------------|----------------------|---------------------|--------------|
| DR.LUCIANO   | 3525117329943 | 0408050497 | TRATAMENTO CIRÚRGICO | 27,32               | 88,79        |
|              | 3525117330009 | 0415040035 | DEBRIDAMENTO DE      | 151,14              | 453,42       |
|              | 3525117330010 | 0415040035 | DEBRIDAMENTO DE      | 151,14              | 453,42       |
|              | 3525117330119 | 0415040035 | DEBRIDAMENTO DE      | 151,14              | 453,42       |
|              | 3525117330120 | 0415040035 | DEBRIDAMENTO DE      | 151,14              | 453,42       |
|              | 3525117330262 | 0415040035 | DEBRIDAMENTO DE      | 151,14              | 453,42       |
|              | 3525117330482 | 0408020393 | TRATAMENTO CIRÚGICO  | 65,93               | 214,27       |
|              | 3525117330493 | 0408020393 | TRATAMENTO CIRÚGICO  | 65,93               | 214,27       |
|              | 3525117330614 | 0408020407 | TRATAMENTO CIRÚRGICO | 15,24               | 49,53        |
|              | 3525117330625 | 0415040035 | DEBRIDAMENTO DE      | 151,14              | 453,42       |
|              | 3525117330636 | 0415040035 | DEBRIDAMENTO DE      | 213,06              | 639,18       |
|              | 3525117330647 | 0408020407 | TRATAMENTO CIRÚRGICO | 15,24               | 49,53        |
|              |               |            | R\$ 1.309,55         | R\$ 3.976,09 TOTAL= | R\$ 3.976,09 |

2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

|                 |                                |
|-----------------|--------------------------------|
| Tipo de TED:    | TED para terceiros             |
| Conta origem:   | 03472 / 1292 / 000577518119-7  |
| Tipo de conta:  | Não foi possível recuperar     |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA                       |
| Nome:           | IRMANDADE SANTA CASA DE PONTAL |
| CPF/CNPJ:       | 55.110.753/0001-41             |

|                            |                                       |
|----------------------------|---------------------------------------|
| Banco:                     | 033 - BANCO SANTANDER S.A. - 90400888 |
| Tipo de conta:             | 01 - Conta Corrente                   |
| Conta destino:             | 0711 / 00013000192-9                  |
| Tipo de pessoa:            | JURÍDICA                              |
| Nome:                      | ESCULAPIO CLINICA DE ORTOPEDIA LTDA   |
| CPF/CNPJ:                  | 06.324.647/0001-55                    |
| Valor:                     | R\$ 4.142,65                          |
| Valor da tarifa:           | R\$ 0,00                              |
| Finalidade:                | 10 - Crédito em Conta                 |
| Identificação da operação: | NF 265                                |
| Histórico:                 |                                       |

|                          |                     |
|--------------------------|---------------------|
| Data de débito:          | 26/08/2025          |
| Data / Hora da operação: | 26/08/2025 14:17:27 |

|                     |                  |
|---------------------|------------------|
| Código da operação: | 51227120         |
| Chave de segurança: | R1UYNU9THP7926RW |

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  
265

### 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  
**13/08/2025 10:52:14**  
Data de Competência  
**13/08/2025**  
Cód. de Autenticidade  
**65EAA7236**  
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 : 14180-039                                                  | Cidade/UF : Pontal/ SP                   |
| Telefone :                                                       | E-mail : contasmedicas@iscmpontal.com.br |

### Dados do Intermediário de Serviços

|          |                     |              |
|----------|---------------------|--------------|
| CNPJ/CPF | Inscrição Municipal | Razão Social |
|----------|---------------------|--------------|

### Descrição dos Serviços

COMPLEMENTO TABELA SUS PAULISTA REFERENTE A ABRIL/25 E MAIO/25 (CONV 001/2022 TA 011/2025).

### Detalhamento dos Tributos

|                                              |                      |                                     |                                   |                                 |                              |                              |                                            |
|----------------------------------------------|----------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------------------------|
| Atividade do Município<br>40101 - Medicina - |                      |                                     |                                   | Alíquota<br>2,00                | Item da LC116/2003<br>401    | Cód. NBS                     | Cód. CNAE<br>8630503                       |
| VI. Total dos Serviços<br>R\$ 4.414,11       |                      | Desconto Incondicionado<br>R\$ 0,00 | Deduções Base Cálculo<br>R\$ 0,00 | Base de Cálculo<br>R\$ 4.414,11 | Total do ISSQN<br>R\$ 88,28  | ISSQN Retido<br>Não          | Desconto Condicionado<br>R\$ 0,00          |
| PIS<br>R\$ 28,69                             | COFINS<br>R\$ 132,42 | INSS<br>R\$ 0,00                    | IRRF<br>R\$ 66,21                 | CSLL<br>R\$ 44,14               | Outras Retenções<br>R\$ 0,00 | VI. ISSQN Retido<br>R\$ 0,00 | VI. Líquido da Nota Fiscal<br>R\$ 4.142,65 |
| Construção Civil                             |                      | Cód. Obra :                         |                                   |                                 | Art. :                       |                              |                                            |

### Informações Adicionais

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



FATURAMENTO DE AIH TABELA PAULISTA REF:MAIO/25

100%

| PROFISSIONAL | AIH           | CÓDIGO     | SIGTAP               | TABELA PAULISTA |        |              |
|--------------|---------------|------------|----------------------|-----------------|--------|--------------|
| DR.RICARDO   | 3525117331186 | 0403020123 | TRATAMENTO CIRURGICO | 32,70           | 98,10  |              |
|              | 3525117331219 | 0415040035 | DEBRIDAMENTO DE      | 151,14          | 453,42 |              |
|              | 3525121402154 | 0408010134 | REDUCAO INCRUENTA DE | 46,66           | 151,64 |              |
|              | 3525121402320 | 0408020407 | TRATAMENTO CIRÚRGICO | 15,24           | 49,53  |              |
|              | 3525121402330 | 0408020539 | TRATAMENTO CIRÚRGICO | 58,03           | 188,59 |              |
|              | 3525121402572 | 0408050195 | REDUCAO INCRUENTA DA | 59,66           | 193,89 |              |
|              | 3525121402583 | 0415040035 | DEBRIDAMENTO DE      | 151,14          | 453,42 |              |
|              | 3525121402594 | 0408050470 | TRATAMENTO CIRURGICO | 87,91           | 285,70 |              |
|              | 3525121402781 | 0415040035 | DEBRIDAMENTO DE      | 151,14          | 453,42 |              |
|              |               |            | R\$ 753,62           | R\$ 2.139,12    | TOTAL= | R\$ 2.139,12 |

## FATURAMENTO DE AIH TABELA PAULISTA REF: ABRIL/25

100%

| PROFISSIONAL | AIH           | CÓDIGO                          | SIGTAP     | TABELA PAULISTA     |              |
|--------------|---------------|---------------------------------|------------|---------------------|--------------|
| DR. RICARDO  | 3525117329943 | 0408050497 TRATAMENTO CIRÚRGICO | 91,07      | 295,97              |              |
|              | 3525117329954 | 0408050195 REDUCAO INCRUENTA DA | 59,66      | 193,89              |              |
|              | 3525117329976 | 0415040035 DEBRIDAMENTO DE      | 151,14     | 453,42              |              |
|              | 3525117330108 | 0415040035 DEBRIDAMENTO DE      | 151,14     | 453,42              |              |
|              | 3525117330229 | 0408060310 RESSECÇÃO SIMPLES DE | 82,53      | 268,22              |              |
|              | 3525117330482 | 0408020393 TRATAMENTO CIRÚGICO  | 19,78      | 64,28               |              |
|              | 3525117330493 | 0408020393 TRATAMENTO CIRÚGICO  | 19,78      | 64,28               |              |
|              | 3525117330526 | 0408010134 REDUCAO INCRUENTA DE | 46,66      | 151,45              |              |
|              | 3525117330614 | 0408020407 TRATAMENTO CIRÚRGICO | 50,78      | 165,03              |              |
|              | 3525117330647 | 0408020407 TRATAMENTO CIRÚRGICO | 50,78      | 165,03              |              |
|              |               |                                 | R\$ 723,33 | R\$ 2.274,99 TOTAL= | R\$ 2.274,99 |



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

|                 |                                |
|-----------------|--------------------------------|
| Tipo de TED:    | TED para terceiros             |
| Conta origem:   | 03472 / 1292 / 000577518119-7  |
| Tipo de conta:  | Não foi possível recuperar     |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA                       |
| Nome:           | IRMANDADE SANTA CASA DE PONTAL |
| CPF/CNPJ:       | 55.110.753/0001-41             |

|                            |                                       |
|----------------------------|---------------------------------------|
| Banco:                     | 033 - BANCO SANTANDER S.A. - 90400888 |
| Tipo de conta:             | 01 - Conta Corrente                   |
| Conta destino:             | 2129 / 00013000286-8                  |
| Tipo de pessoa:            | JURÍDICA                              |
| Nome:                      | UNICLINICAS SERTAOZINHO LTDA          |
| CPF/CNPJ:                  | 02.026.997/0001-84                    |
| Valor:                     | R\$ 1.045,10                          |
| Valor da tarifa:           | R\$ 0,00                              |
| Finalidade:                | 10 - Crédito em Conta                 |
| Identificação da operação: | NF 1182                               |
| Histórico:                 |                                       |

|                          |                     |
|--------------------------|---------------------|
| Data de débito:          | 26/08/2025          |
| Data / Hora da operação: | 26/08/2025 14:17:12 |

|                     |                  |
|---------------------|------------------|
| Código da operação: | 51169975         |
| Chave de segurança: | MZNHXE3WW01MGHHM |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

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

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



**MUNICIPIO DE SERTÃOZINHO**

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

**Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e****UNICLINICAS  
SERTÃOZINHO  
LTDA**

Número Nota Fiscal:

**1182**

Data Emissão:

**13/08/2025**

Chave:

**NDEB-TQSE****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: 08/2025

Exigibilidade: Exigível

Retenção de ISS: SEM RETENÇÃO

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

Local de Incidência do Serviço: Sertãozinho

Simples 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

E-mail: contasmedicas@iscmpontal.com.br

Telefone:

Inscrição Municipal:

Endereço Cobrança: RUA ANANIAS COSTA FREITAS 753

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

| Qtd | Un | Discriminação dos Serviços                                                                      | Valor Unitário | Valor Total |
|-----|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-------------|
| 1   |    | COMPLEMENTO TABELA SUS PAULISTA REFERENTE A ABRIL/2025 E MAIO/2025 (CONV 001/2022 TA 011/2025). | 1.113,59       | 1.113,59    |

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

Aliquota Imp. Aprox. : 0.00

**RETENÇÕES**

|     |      |      |       |     |      |        |       |      |       |      |      |        |      |
|-----|------|------|-------|-----|------|--------|-------|------|-------|------|------|--------|------|
| ISS | 0,00 | IRRF | 16,70 | PIS | 7,24 | COFINS | 33,41 | CSLL | 11,14 | INSS | 0,00 | OUTROS | 0,00 |
|-----|------|------|-------|-----|------|--------|-------|------|-------|------|------|--------|------|

**DESCONTOS**

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

| VALOR SERVIÇO | VALORES DA NFS-e        |                             |                    |                              |              |          | TOTAL LIQUIDO |
|---------------|-------------------------|-----------------------------|--------------------|------------------------------|--------------|----------|---------------|
| 1.113,59      | Repasse/Dedução<br>0,00 | Base de Cálculo<br>1.113,59 | Aliquota<br>2.00 % | Retenção<br>ISS SEM RETENÇÃO | ISS<br>22,27 | 1.045,10 |               |

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

Recortar Aqui

|              |                   |                                                                                                       |            |
|--------------|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| Data Emissão | <b>13/08/2025</b> | RECEBI DA EMPRESA UNICLINICAS SERTAOZINHO LTDA<br>OS SERVIÇOS CONSTANTES DESTA NOTA FISCAL ELETRÔNICA |            |
| Número da NF | <b>1182</b>       |                                                                                                       |            |
| Chave        | <b>NDEB-TQSE</b>  |                                                                                                       |            |
|              |                   | Local / Data                                                                                          | Assinatura |

FATURAMENTO DE AIH TABELA PAULISTA REF:MAIO/25

100%

| PROFISSIONAL | AIH           | CÓDIGO                       | SIGTAP     | TABELA PAULISTA |        |            |
|--------------|---------------|------------------------------|------------|-----------------|--------|------------|
| DR.AGUSTIN   | 3525121402319 | 0404010032 AMIGDALECTOMIA C/ | 128,74     | 408,10          |        |            |
|              |               |                              | R\$ 128,74 | R\$ 408,10      | TOTAL= | R\$ 408,10 |

## FATURAMENTO DE AIH TABELA PAULISTA REF:ABRIL/25

100%

| PROFISSIONAL | AIH           | CÓDIGO     | SIGTAP     | TABELA PAULISTA   |            |
|--------------|---------------|------------|------------|-------------------|------------|
| DR.AGUSTIN   | 3525117330020 | 0404020771 | 99,13      | 297,39            |            |
|              | 3525117330537 | 0404010032 | 128,74     | 408,10            |            |
|              |               |            | R\$ 227,87 | R\$ 705,49 TOTAL= | R\$ 705,49 |



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

|                 |                                |
|-----------------|--------------------------------|
| Tipo de TED:    | TED para terceiros             |
| Conta origem:   | 03472 / 1292 / 000577518119-7  |
| Tipo de conta:  | Não foi possível recuperar     |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA                       |
| Nome:           | IRMANDADE SANTA CASA DE PONTAL |
| CPF/CNPJ:       | 55.110.753/0001-41             |

|                            |                                                   |
|----------------------------|---------------------------------------------------|
| Banco:                     | 756 - BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A. - 02038232 |
| Tipo de conta:             | 01 - Conta Corrente                               |
| Conta destino:             | 3214 / 00000047619-6                              |
| Tipo de pessoa:            | JURÍDICA                                          |
| Nome:                      | CLINICA DE CIRURGIA VASCULAR                      |
| CPF/CNPJ:                  | 01.439.325/0001-38                                |
| Valor:                     | R\$ 49.861,89                                     |
| Valor da tarifa:           | R\$ 0,00                                          |
| Finalidade:                | 10 - Crédito em Conta                             |
| Identificação da operação: | NF 3970                                           |
| Histórico:                 |                                                   |

|                          |                     |
|--------------------------|---------------------|
| Data de débito:          | 26/08/2025          |
| Data / Hora da operação: | 26/08/2025 14:16:56 |

|                     |                  |
|---------------------|------------------|
| Código da operação: | 51120593         |
| Chave de segurança: | 3UHUYKA8N61XWGEZ |

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:

3970

Data Emissão:

14/08/2025

Chave:

VDJR-RLOG

### CLINICA DE CIRURGIA VASCULAR DE

14160-600 - RUA SEBASTIAO SAMPAIO, 1869 SALA 01 - CENTRO - SERTÃOZINHO - SP - 14160-600

CNPJ/CPF: 01.439.325/0001-38

Inscr. Estadual/RG:

Email: clinicavascularplastica@gmail.com

Telefone:

Inscrição Municipal: 112682

Local de Prestação do Serviço: Sertãozinho

Competência: 08/2025

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 SANTA CASA MISERICÓRDIA DE PONTAL

Rua Ananias Costa Freitas, 753 - CENTRO

PONTAL - SP - CEP: 14.180.000

CNPJ/CPF: 55.110.753/0001-41

E-mail:

Sub. Tributário: Não

Inscrição Municipal:

Telefone:

### DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

| Qtd | Un | Discriminação dos Serviços                                                                  | Valor Unitário | Valor Total |
|-----|----|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-------------|
| 1   |    | COMPLEMENTO TABELA SUS PAULISTA REFERENTE A ABRIL/25 E MAIO/25 (CONV 001/2022 TA 011/2025). | 53.129,34      | 53.129,34   |

### INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Aliquota Imp. Aprox. : 0.00

### RETENÇÕES

|     |      |      |        |     |        |        |          |      |        |      |      |        |      |
|-----|------|------|--------|-----|--------|--------|----------|------|--------|------|------|--------|------|
| ISS | 0,00 | IRRF | 796,94 | PIS | 345,34 | COFINS | 1.593,88 | CSLL | 531,29 | INSS | 0,00 | OUTROS | 0,00 |
|-----|------|------|--------|-----|--------|--------|----------|------|--------|------|------|--------|------|

### DESCONTOS

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

| VALOR SERVIÇO | VALORES DA NFS-e       |                              |                    |                              |                 |  | TOTAL LIQUIDO |
|---------------|------------------------|------------------------------|--------------------|------------------------------|-----------------|--|---------------|
| 53.129,34     | Repass/Dedução<br>0,00 | Base de Cálculo<br>53.129,34 | Aliquota<br>2.00 % | Retenção<br>ISS SEM RETENÇÃO | ISS<br>1.062,59 |  | 49.861,89     |

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

Recortar Aqui

|              |            |                                                                                                                               |            |
|--------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| Data Emissão | 14/08/2025 | RECEBI DA EMPRESA CLINICA DE CIRURGIA VASCULAR DE SERTAOZINHO S/S LTDA<br>OS SERVIÇOS CONSTANTES DESTA NOTA FISCAL ELETRÔNICA |            |
| Número da NF | 3970       |                                                                                                                               |            |
| Chave        | VDJR-RLOG  |                                                                                                                               |            |
|              |            | Local / Data                                                                                                                  | Assinatura |



## FATURAMENTO DE AIH TABELA PAULISTA REF:MAIO/25

100%

| PROFISSIONAL | AIH           | CÓDIGO                          | SIGTAP        | TABELA PAULISTA |        |               |
|--------------|---------------|---------------------------------|---------------|-----------------|--------|---------------|
| DR.RUBENS    | 3525117331032 | 0406020566 TRATAMENTO CIRURGICO | 401,36        | 1.204,08        |        |               |
|              | 3525117331043 | 0406020566 TRATAMENTO CIRURGICO | 401,36        | 1.204,08        |        |               |
|              | 3525117331054 | 0406020566 TRATAMENTO CIRURGICO | 401,36        | 1.204,08        |        |               |
|              | 3525117331065 | 0406020566 TRATAMENTO CIRURGICO | 401,36        | 1.204,08        |        |               |
|              | 3525117331076 | 0406020566 TRATAMENTO CIRURGICO | 401,36        | 1.204,08        |        |               |
|              | 3525117331087 | 0406020566 TRATAMENTO CIRURGICO | 401,36        | 1.204,08        |        |               |
|              | 3525117331098 | 0406020566 TRATAMENTO CIRURGICO | 401,36        | 1.204,08        |        |               |
|              | 3525117331109 | 0406020566 TRATAMENTO CIRURGICO | 401,36        | 1.204,08        |        |               |
|              | 3525117331110 | 0406020566 TRATAMENTO CIRURGICO | 401,36        | 1.204,08        |        |               |
|              | 3525117331120 | 0406020566 TRATAMENTO CIRURGICO | 401,36        | 1.204,08        |        |               |
|              | 3525117331131 | 0406020566 TRATAMENTO CIRURGICO | 401,36        | 1.204,08        |        |               |
|              | 3525117331142 | 0406020566 TRATAMENTO CIRURGICO | 401,36        | 1.204,08        |        |               |
|              | 3525117331153 | 0406020566 TRATAMENTO CIRURGICO | 401,36        | 1.204,08        |        |               |
|              | 3525117331164 | 0406020566 TRATAMENTO CIRURGICO | 401,36        | 1.204,08        |        |               |
|              | 3525121402286 | 0406020590 TROMBECTOMIA DO      | 188,03        | 564,09          |        |               |
|              | 3525121402297 | 0406020590 TROMBECTOMIA DO      | 188,03        | 564,09          |        |               |
|              | 3525121402308 | 0406020590 TROMBECTOMIA DO      | 188,03        | 564,09          |        |               |
|              | 3525121402803 | 0406020590 TROMBECTOMIA DO      | 188,03        | 564,09          |        |               |
|              | 3525121402814 | 0415040035 DEBRIDAMENTO DE      | 151,14        | 453,42          |        |               |
|              | 3525121402836 | 0406020566 TRATAMENTO CIRURGICO | 401,36        | 1.204,08        |        |               |
|              | 3525121402847 | 0406020566 TRATAMENTO CIRURGICO | 401,36        | 1.204,08        |        |               |
|              | 3525121402858 | 0406020566 TRATAMENTO CIRURGICO | 401,36        | 1.204,08        |        |               |
|              | 3525121402869 | 0406020566 TRATAMENTO CIRURGICO | 401,36        | 1.204,08        |        |               |
|              | 3525121402870 | 0406020566 TRATAMENTO CIRURGICO | 401,36        | 1.204,08        |        |               |
|              | 3525121402880 | 0406020566 TRATAMENTO CIRURGICO | 401,36        | 1.204,08        |        |               |
|              | 3525121402891 | 0406020566 TRATAMENTO CIRURGICO | 401,36        | 1.204,08        |        |               |
|              | 3525121402902 | 0406020566 TRATAMENTO CIRURGICO | 401,36        | 1.204,08        |        |               |
|              | 3525121402913 | 0406020566 TRATAMENTO CIRURGICO | 401,36        | 1.204,08        |        |               |
|              | 3525121402924 | 0406020566 TRATAMENTO CIRURGICO | 401,36        | 1.204,08        |        |               |
|              | 3525121402935 | 0406020566 TRATAMENTO CIRURGICO | 401,36        | 1.204,08        |        |               |
|              | 3525121402946 | 0406020566 TRATAMENTO CIRURGICO | 401,36        | 1.204,08        |        |               |
|              |               |                                 | R\$ 11.338,60 | R\$ 34.015,86   | TOTAL= | R\$ 34.015,86 |



## FATURAMENTO DE AIH TABELA PAULISTA REF:ABRIL/25

100%

| PROFISSIONAL | AIH           | CÓDIGO                          | SIGTAP       | TABELA PAULISTA                    |
|--------------|---------------|---------------------------------|--------------|------------------------------------|
| DR.RUBENS    | 3525117329987 | 0406020590 TROMBECTOMIA DO      | 188,03       | 564,09                             |
|              | 3525117329998 | 0406020590 TROMBECTOMIA DO      | 188,03       | 564,09                             |
|              | 3525117330031 | 0406020566 TRATAMENTO CIRURGICO | 401,36       | 1.204,08                           |
|              | 3525117330042 | 0406020566 TRATAMENTO CIRURGICO | 401,36       | 1.204,08                           |
|              | 3525117330053 | 0406020566 TRATAMENTO CIRURGICO | 401,36       | 1.204,08                           |
|              | 3525117330064 | 0406020566 TRATAMENTO CIRURGICO | 401,36       | 1.204,08                           |
|              | 3525117330075 | 0406020566 TRATAMENTO CIRURGICO | 401,36       | 1.204,08                           |
|              | 3525117330130 | 0406020566 TRATAMENTO CIRURGICO | 401,36       | 1.204,08                           |
|              | 3525117330141 | 0406020566 TRATAMENTO CIRURGICO | 401,36       | 1.204,08                           |
|              | 3525117330152 | 0406020566 TRATAMENTO CIRURGICO | 401,36       | 1.204,08                           |
|              | 3525117330163 | 0406020566 TRATAMENTO CIRURGICO | 401,36       | 1.204,08                           |
|              | 3525117330174 | 0406020566 TRATAMENTO CIRURGICO | 401,36       | 1.204,08                           |
|              | 3525117330185 | 0406020566 TRATAMENTO CIRURGICO | 401,36       | 1.204,08                           |
|              | 3525117330230 | 0406020566 TRATAMENTO CIRURGICO | 401,36       | 1.204,08                           |
|              | 3525117330240 | 0406020566 TRATAMENTO CIRURGICO | 401,36       | 1.204,08                           |
|              | 3525117330251 | 0406020566 TRATAMENTO CIRURGICO | 401,36       | 1.204,08                           |
|              | 3525117330449 | 0406020590 TROMBECTOMIA DO      | 188,03       | 564,09                             |
|              | 3525117330460 | 0406020590 TROMBECTOMIA DO      | 188,03       | 564,09                             |
|              |               |                                 | R\$ 6.371,16 |                                    |
|              |               |                                 |              | R\$ 19.113,48 TOTAL= R\$ 19.113,48 |

2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

|                 |                                |
|-----------------|--------------------------------|
| Tipo de TED:    | TED para terceiros             |
| Conta origem:   | 03472 / 1292 / 000577518119-7  |
| Tipo de conta:  | Não foi possível recuperar     |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA                       |
| Nome:           | IRMANDADE SANTA CASA DE PONTAL |
| CPF/CNPJ:       | 55.110.753/0001-41             |

|                            |                                     |
|----------------------------|-------------------------------------|
| Banco:                     | 237 - BANCO BRADESCO S/A - 60746948 |
| Tipo de conta:             | 01 - Conta Corrente                 |
| Conta destino:             | 2324 / 00000038457-7                |
| Tipo de pessoa:            | JURÍDICA                            |
| Nome:                      | INFANTE SAUDE OCUPACIONAL DE PONTAL |
| CPF/CNPJ:                  | 06.184.079/0001-34                  |
| Valor:                     | R\$ 5.105,60                        |
| Valor da tarifa:           | R\$ 0,00                            |
| Finalidade:                | 10 - Crédito em Conta               |
| Identificação da operação: | NF 2321                             |
| Histórico:                 |                                     |

|                          |                     |
|--------------------------|---------------------|
| Data de débito:          | 26/08/2025          |
| Data / Hora da operação: | 26/08/2025 14:16:40 |

|                     |                  |
|---------------------|------------------|
| Código da operação: | 51071447         |
| Chave de segurança: | R3YM4L7FN4UPR196 |

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  
**2321**  
Código de Verificação de Autenticidade  
**EBWKQCECP**  
Data e Hora de Emissão da NFS-e  
**14/08/2025 às 15:55:05**  
Chave de Acesso  
865536HOQG0RNASP8ORI94G9NIDG081

## 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>14/08/2025         |
| 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                          |

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 | Complemento                              | Bairro<br>CENTRO            | CEP<br>14180-000      | Cidade<br>PONTAL-SP                                                   |
| Telefone<br>16-3953-6931                  | E-mail<br>luizfernando@accontabil.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, 753 | Complemento           | Bairro<br>CENTRO                 | CEP/Cod.Postal<br>14180-000                                         |
| Cidade/Pais<br>PONTAL - SP                        | Cod. IBGE<br>3540200  | Telefone<br>rh@iscmpontal.com.br | E-mail                                                              |

## Discriminação dos Serviços

| Qtde.  | Un. Medida | Descrição                                                                                            | Vir. Unitário | Total        |
|--------|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------|
| 1,0000 | UN         | COMPLEMENTO TABELA SUS PAULISTA REFERENTE A ABRIL/25 E MAIO/25 (CONV 001/2022 TA 011/2025).DR SIDNEY | 5.105,60      | R\$ 5.105,60 |

## 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 | 2,68%    | 0000040000001       | 8650099     |                |            |

|                          |                         |                       |                 |              |            |                       |
|--------------------------|-------------------------|-----------------------|-----------------|--------------|------------|-----------------------|
| Valor Total dos Serviços | Desconto Incondicionado | Deduções Base Cálculo | Base de Cálculo | Total do ISS | ISS Retido | Desconto Condicionado |
| R\$ 5.105,60             | R\$ 0,00                | R\$ 0,00              | R\$ 5.105,60    | R\$ 136,83   | 2 - Não    | 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\$ 5.105,60

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

## Informações Complementares

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

RECEBI(EMOS) DE INFANTE SAÚDE OCUPACIONAL DE PONTAL LTDA. - EPP. O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO 2321 E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO EBWKQCECP.

Data

CPF/RG

Assinatura



FATURAMENTO DE AIH TABELA PAULISTA REF:MAIO/25

100%

| PROFISSIONAL | AIH           | CÓDIGO                     | SIGTAP     | TABELA PAULISTA |        |              |
|--------------|---------------|----------------------------|------------|-----------------|--------|--------------|
| DR.SIDNEY    | 3525117331021 | 0411010034 PARTO CESARIANO | 115,42     | 259,40          |        |              |
|              | 3525117331175 | 0409040240 VASECTOMIA      | 247,95     | 793,44          |        |              |
|              | 3525121402143 | 0409040240 VASECTOMIA      | 247,95     | 793,44          |        |              |
|              | 3525121402275 | 0310010039 PARTO NORMAL    | 175,80     | 879,00          |        |              |
|              |               |                            | R\$ 787,12 | R\$ 2.725,28    | TOTAL= | R\$ 2.725,28 |

## FATURAMENTO DE AIH TABELA PAULISTA REF:ABRIL/25

100%

| PROFISSIONAL | AIH           | CÓDIGO                | SIGTAP     | TABELA PAULISTA     |              |
|--------------|---------------|-----------------------|------------|---------------------|--------------|
| DR.SIDNEY    | 3525117330207 | 0409040240 VASECTOMIA | 247,95     | R\$ 793,44          |              |
|              | 3525117330218 | 0409040240 VASECTOMIA | 247,95     | R\$ 793,44          |              |
|              | 3525117330438 | 0409040240 VASECTOMIA | 247,95     | R\$ 793,44          |              |
|              |               |                       | R\$ 743,85 | R\$ 2.380,32 TOTAL= | R\$ 2.380,32 |

2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

|                 |                                |
|-----------------|--------------------------------|
| Tipo de TED:    | TED para terceiros             |
| Conta origem:   | 03472 / 1292 / 000577518119-7  |
| Tipo de conta:  | Não foi possível recuperar     |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA                       |
| Nome:           | IRMANDADE SANTA CASA DE PONTAL |
| CPF/CNPJ:       | 55.110.753/0001-41             |

|                            |                                                   |
|----------------------------|---------------------------------------------------|
| Banco:                     | 756 - BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A. - 02038232 |
| Tipo de conta:             | 01 - Conta Corrente                               |
| Conta destino:             | 3214 / 00000036610-2                              |
| Tipo de pessoa:            | JURÍDICA                                          |
| Nome:                      | CLINICA BEM ESTAR SAUDE DA MULHER                 |
| CPF/CNPJ:                  | 21.667.568/0001-30                                |
| Valor:                     | R\$ 5.020,31                                      |
| Valor da tarifa:           | R\$ 0,00                                          |
| Finalidade:                | 10 - Crédito em Conta                             |
| Identificação da operação: | NF 479                                            |
| Histórico:                 |                                                   |

|                          |                     |
|--------------------------|---------------------|
| Data de débito:          | 26/08/2025          |
| Data / Hora da operação: | 26/08/2025 14:16:21 |

|                     |                  |
|---------------------|------------------|
| Código da operação: | 51022589         |
| Chave de segurança: | XMMV0TW1F13L1NMK |

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  
**479**  
Código de Verificação de Autenticidade  
**R88KT2NW7**  
Data e Hora de Emissão da NFS-e  
**14/08/2025 às 14:56:20**  
Chave de Acesso  
865497P4AAW1G6G0D35RTY5SC6YZ3L3Y

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>14/08/2025          |
| 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                   | RG/Inscrição Estadual | Inscrição Municipal | Cadastro  | Nome/Razão Social                      |
| 21.667.568/0001-30         | ISENTA                | 000008550           | 000030651 | CLINICA BEM ESTAR SAUDE DA MULHER LTDA |
| Logradouro                 | Complemento           |                     | Bairro    |                                        |
| RUA APRÍGIO DE ARAUJO, 290 |                       |                     | CENTRO    |                                        |
| CEP                        | Cidade                | Telefone            |           | E-mail                                 |
| 14180-000                  | PONTAL-SP             | 16-3953-1565        |           | cdcarolo@yahoo.com.br                  |

## TOMADOR DE SERVIÇOS

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

## Discriminação dos Serviços

| Qtde. | Un. Medida | Descrição                                                                                   | Vlr. Unitário | Total        |
|-------|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------|
| 1,00  | UN         | COMPLEMENTO TABELA SUS PAULISTA REFERENTE A ABRIL/25 E MAIO/25 (CONV 001/2022 TA 011/2025). | 5.465,78      | R\$ 5.465,78 |

## Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS

|                          |                         |                       |                     |              |                |                       |
|--------------------------|-------------------------|-----------------------|---------------------|--------------|----------------|-----------------------|
| LC 116/2003: 04.01       |                         | Alíquota              | Atividade Município | Código CNAE  | Código da Obra | Código ART            |
| Medicina e biomedicina   |                         | 2,00%                 | 0000040000001       | 8630503      |                |                       |
| Valor Total dos Serviços | Desconto Incondicionado | Deduções Base Cálculo | Base de Cálculo     | Total do ISS | ISS Retido     | Desconto Condicionado |
| R\$ 5.465,78             | R\$ 0,00                | R\$ 0,00              | R\$ 5.465,78        | R\$ 109,32   | 1 - Sim        | R\$ 0,00              |

## Retenções de Impostos

|                        |                           |          |                         |                         |                  |
|------------------------|---------------------------|----------|-------------------------|-------------------------|------------------|
| PIS (5.465,78 x 0,65%) | COFINS (5.465,78 x 3,00%) | INSS     | IRRF (5.465,78 x 1,50%) | CSLL (5.465,78 x 1,00%) | Outras Retenções |
| R\$ 35,53              | R\$ 163,97                | R\$ 0,00 | R\$ 81,99               | R\$ 54,66               | R\$ 0,00         |

Valor Líquido da NFS-e: R\$ 5.020,31

Val. Aprox. Tributos: Federal (13,45%) R\$735,15 Estadual (0,00%) R\$0,00 Municipal (2,31%) R\$126,26

## Informações Complementares

RECEBI(EMOS) DE CLINICA BEM ESTAR SAUDE DA MULHER LTDA O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO 479 E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO R88KT2NW7.

Data

CPF/RG

Assinatura



## FATURAMENTO DE AIH TABELA PAULISTA REF:MAIO/25

100%

| PROFISSIONAL | AIH           | CÓDIGO                        | SIGTAP     | TABELA PAULISTA |        |              |
|--------------|---------------|-------------------------------|------------|-----------------|--------|--------------|
| DR.CAROLINA  | 3525117330658 | 0310010039 PARTO NORMAL       | 175,80     | 879,00          |        |              |
|              | 3525117331000 | 0411010034 PARTO CESARIANO    | 34,63      | 77,78           |        |              |
|              | 3525117331010 | 0411010034 PARTO CESARIANO    | 34,63      | 77,78           |        |              |
|              | 3525121402044 | 0411010042 PARTO CESARIANO C/ | 34,63      | 77,78           |        |              |
|              | 3525121402165 | 0411010034 PARTO CESARIANO    | 34,63      | 77,78           |        |              |
|              | 3525121402176 | 0411010034 PARTO CESARIANO    | 115,42     | 259,40          |        |              |
|              | 3525121402187 | 0411010034 PARTO CESARIANO    | 34,63      | 77,78           |        |              |
|              | 3525121402198 | 0411010042 PARTO CESARIANO C/ | 34,63      | 77,78           |        |              |
|              | 3525121402209 | 0411010042 PARTO CESARIANO C/ | 34,63      | 77,78           |        |              |
|              | 3525121402506 | 0411010034 PARTO CESARIANO    | 34,63      | 77,78           |        |              |
|              | 3525121402517 | 0411010034 PARTO CESARIANO    | 34,63      | 77,78           |        |              |
|              | 3525121402528 | 0411010034 PARTO CESARIANO    | 34,63      | 77,78           |        |              |
|              | 3525121402539 | 0411010034 PARTO CESARIANO    | 34,63      | 77,78           |        |              |
|              | 3525121402540 | 0411010034 PARTO CESARIANO    | 34,63      | 77,78           |        |              |
|              | 3525121402550 | 0411010034 PARTO CESARIANO    | 34,63      | 77,78           |        |              |
|              | 3525121402561 | 0411010034 PARTO CESARIANO    | 25,01      | 77,78           |        |              |
|              | 3525121402759 | 0411010042 PARTO CESARIANO C/ | 34,63      | 77,78           |        |              |
|              | 3525121402760 | 0411010034 PARTO CESARIANO    | 34,63      | 77,78           |        |              |
|              |               |                               | R\$ 835,64 | R\$ 2.382,88    | TOTAL= | R\$ 2.382,88 |

## FATURAMENTO DE AIH TABELA PAULISTA REF: ABRIL/25

100%

| PROFISSIONAL | AIH           | CÓDIGO                        | SIGTAP              | TABELA PAULISTA            |                     |
|--------------|---------------|-------------------------------|---------------------|----------------------------|---------------------|
| DR.CAROLINA  | 3525117329778 | 0411010034 PARTO CESARIANO    | 34,63               | 77,78                      |                     |
|              | 3525117329789 | 0411010042 PARTO CESARIANO C/ | 34,63               | 77,78                      |                     |
|              | 3525117329790 | 0411010034 PARTO CESARIANO    | 34,63               | 77,78                      |                     |
|              | 3525117329800 | 0411010034 PARTO CESARIANO    | 34,63               | 77,78                      |                     |
|              | 3525117329811 | 0411010034 PARTO CESARIANO    | 34,63               | 77,78                      |                     |
|              | 3525117329822 | 0411010034 PARTO CESARIANO    | 34,63               | 77,78                      |                     |
|              | 3525117329833 | 0411010042 PARTO CESARIANO C/ | 34,63               | 77,78                      |                     |
|              | 3525117329844 | 0411010034 PARTO CESARIANO    | 34,63               | 77,78                      |                     |
|              | 3525117329855 | 0411010042 PARTO CESARIANO C/ | 115,42              | 259,40                     |                     |
|              | 3525117329866 | 0411010034 PARTO CESARIANO    | 34,63               | 77,78                      |                     |
|              | 3525117329877 | 0411010034 PARTO CESARIANO    | 34,63               | 77,78                      |                     |
|              | 3525117329888 | 0411010034 PARTO CESARIANO    | 34,63               | 77,78                      |                     |
|              | 3525117329899 | 0411010034 PARTO CESARIANO    | 34,63               | 77,78                      |                     |
|              | 3525117329932 | 0411010034 PARTO CESARIANO    | 34,63               | 77,78                      |                     |
|              | 3525117330284 | 0411010042 PARTO CESARIANO C/ | 34,63               | 77,78                      |                     |
|              | 3525117330295 | 0411010034 PARTO CESARIANO    | 34,63               | 77,78                      |                     |
|              | 3525117330306 | 0411010034 PARTO CESARIANO    | 34,63               | 77,78                      |                     |
|              | 3525117330317 | 0411010034 PARTO CESARIANO    | 34,63               | 77,78                      |                     |
|              | 3525117330328 | 0411010042 PARTO CESARIANO C/ | 34,63               | 77,78                      |                     |
|              | 3525117330339 | 0411010034 PARTO CESARIANO    | 34,63               | 77,78                      |                     |
|              | 3525117330340 | 0411010042 PARTO CESARIANO C/ | 34,63               | 77,78                      |                     |
|              | 3525117330548 | 0411010034 PARTO CESARIANO    | 34,63               | 77,78                      |                     |
|              | 3525117330559 | 0411010034 PARTO CESARIANO    | 34,63               | 77,78                      |                     |
|              | 3525117330560 | 0411010034 PARTO CESARIANO    | 34,63               | 77,78                      |                     |
|              | 3525117330570 | 0411010042 PARTO CESARIANO C/ | 34,63               | 77,78                      |                     |
|              | 3525117330581 | 0411010034 PARTO CESARIANO    | 34,63               | 77,78                      |                     |
|              | 3525117330669 | 0310010039 PARTO NORMAL       | 175,80              | 879,00                     |                     |
|              |               |                               | <b>R\$ 1.156,90</b> | <b>R\$ 3.082,90 TOTAL=</b> | <b>R\$ 3.082,90</b> |



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

|                 |                                |
|-----------------|--------------------------------|
| Tipo de TED:    | TED para terceiros             |
| Conta origem:   | 03472 / 1292 / 000577518119-7  |
| Tipo de conta:  | Não foi possível recuperar     |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA                       |
| Nome:           | IRMANDADE SANTA CASA DE PONTAL |
| CPF/CNPJ:       | 55.110.753/0001-41             |

|                            |                                     |
|----------------------------|-------------------------------------|
| Banco:                     | 341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 60701190 |
| Tipo de conta:             | 01 - Conta Corrente                 |
| Conta destino:             | 8263 / 00000014388-8                |
| Tipo de pessoa:            | JURÍDICA                            |
| Nome:                      | CLINICA M M KINSUI LTDA             |
| CPF/CNPJ:                  | 05.702.700/0001-41                  |
| Valor:                     | R\$ 4.900,00                        |
| Valor da tarifa:           | R\$ 0,00                            |
| Finalidade:                | 10 - Crédito em Conta               |
| Identificação da operação: | NF 2827                             |
| Histórico:                 |                                     |

|                          |                     |
|--------------------------|---------------------|
| Data de débito:          | 26/08/2025          |
| Data / Hora da operação: | 26/08/2025 14:16:06 |

|                     |                  |
|---------------------|------------------|
| Código da operação: | 50971541         |
| Chave de segurança: | LV1CPPR34R7JMLX6 |

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 do Município de Osasco

Secretaria de Finanças



## Nota Fiscal Eletrônica de Serviços Prestados - NF-e

Série: E

Nota No.: 2827

Emissão: 22/08/2025

### PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social/Nome: **CLINICA M M KINSUI LTDA**

CNPJ/CPF: **05.702.700/0001-41**

Inscrição Municipal: **0000057061**

Endereço: **R. Dona Primitiva Vianco, 244 - 10 AND. S 1010 - Centro ,06016-000**

Município: **OSASCO**

UF: **SP**

Fone: **(11) 0000-0000**

### TOMADOR DO SERVIÇO

Razão Social/Nome: **Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Pontal**

CNPJ/CPF: **55.110.753/0001-41**

Inscrição Municipal:

Endereço: **Rua Ananias Costa Freitas , 753 - Centro ,14180-000**

Município: **Pontal**

UF: **SP**

**ATIVIDADE:** 4.22 - Planos de medicina de grupo ou individual e convênios para prestação de assistência médica, hospitalar, odontológica e congêneres

### DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E OUTRAS INFORMAÇÕES:

Serviços médicos prestados ref mês de julho em anestesiologia conforme convênio com o município de Pontal SP TA 001/22 a 011/25

| (A)                                                                                    | C = (A)          | (E)           | F=(C*E%)                                      |                |
|----------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---------------|-----------------------------------------------|----------------|
| <b>Valor Serviço</b>                                                                   | Base de Cálculo  | Alíq. (%):    | Valor ISS                                     | <b>Ref.:</b>   |
| <b>4.900,00</b>                                                                        | 4.900,00         | *2,00         | *98,00                                        | <b>08/2025</b> |
| <b>Impostos Adicionais</b> (Os valores informados são de responsabilidade do emissor): |                  |               |                                               | (A)            |
| IR (R\$):                                                                              | Cofins (R\$):    | CSLL (R\$):   | <b>Valor Total da Nota</b><br><b>4.900,00</b> |                |
| INSS (R\$):                                                                            | Pis/Pasep (R\$): | Outros (R\$): |                                               |                |

Verifique a autenticidade desta nota no site <http://nfe.osasco.sp.gov.br> através do código:

**KCDLDPKE**

### INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Nota fiscal emitida em 22/08/2025 às 12:36

ISS Devido pelo Prestador do Serviço

\* Prestador de Serviço enquadrado no SIMPLES NACIONAL



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PONTAL

CNPJ: 95.310.753/0001-41

R. Arantes da Costa Freitas, 753 - Centro

CEP: 14180-000 - Pontal/SP

Fone: (16) 3953-9100

## JULHO 2025 – ESCALA DE ANESTESIOLOGIA

|                | SEGUNDA     | TERÇA              | QUARTA                                               | QUINTA             | SEXTA       | SÁBADO                                               | DOMINGO     |
|----------------|-------------|--------------------|------------------------------------------------------|--------------------|-------------|------------------------------------------------------|-------------|
|                |             | 01                 | 02                                                   | 03                 | 04          | 05                                                   | 06          |
| 07:00 AS 19:00 |             | LUÍS RENATO        | LUÍS RENATO                                          | LUÍS RENATO        | LUÍS RENATO | LUÍS RENATO                                          | LUÍS RENATO |
| 19:00 ÀS 07:00 |             | LUÍS RENATO        | LUÍS RENATO                                          | LUÍS RENATO        | LUÍS RENATO | LUÍS RENATO                                          | LUÍS RENATO |
|                | 07          | 08                 | 09                                                   | 10                 | 11          | 12                                                   | 13          |
| 07:00 AS 19:00 | LUÍS RENATO | LUÍS RENATO        | BRUNA/<br>L RENATO                                   | BRUNA/<br>L RENATO | LUÍS RENATO | LUÍS RENATO                                          | LUÍS RENATO |
| 19:00 ÀS 07:00 | LUÍS RENATO | BRUNA/<br>L RENATO | TOSHIO                                               | LUÍS RENATO        | LUÍS RENATO | LUÍS RENATO                                          | LUÍS RENATO |
|                | 14          | 15                 | 16                                                   | 17                 | 18          | 19                                                   | 20          |
| 07:00 AS 19:00 | LUÍS RENATO | LUÍS RENATO        | LUÍS RENATO                                          | LUÍS RENATO        | LUÍS RENATO | LUÍS RENATO<br>07:00-13:00<br>TOSHIO 13:00-<br>19:00 | TOSHIO      |
| 19:00 ÀS 07:00 | LUÍS RENATO | LUÍS RENATO        | LUÍS RENATO                                          | LUÍS RENATO        | LUÍS RENATO | TOSHIO                                               | LUÍS RENATO |
|                | 21          | 22                 | 23                                                   | 24                 | 25          | 26                                                   | 27          |
| 07:00 AS 19:00 | LUÍS RENATO | LUÍS RENATO        | LUÍS RENATO                                          | LUÍS RENATO        | LUÍS RENATO | LUÍS RENATO                                          | LUÍS RENATO |
| 19:00 ÀS 07:00 | LUÍS RENATO | LUÍS RENATO        | LUÍS RENATO                                          | LUÍS RENATO        | LUÍS RENATO | LUÍS RENATO                                          | LUÍS RENATO |
|                | 28          | 29                 | 30                                                   | 31                 |             |                                                      |             |
| 07:00 AS 19:00 | LUÍS RENATO | LUÍS RENATO        | LUÍS RENATO<br>07:00-13:00<br>TOSHIO 13:00-<br>19:00 | TOSHIO             |             |                                                      |             |
| 19:00 ÀS 07:00 | LUÍS RENATO | LUÍS RENATO        | TOSHIO                                               | TOSHIO             |             |                                                      |             |



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

|                 |                                |
|-----------------|--------------------------------|
| Tipo de TED:    | TED para terceiros             |
| Conta origem:   | 03472 / 1292 / 000577518119-7  |
| Tipo de conta:  | Não foi possível recuperar     |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA                       |
| Nome:           | IRMANDADE SANTA CASA DE PONTAL |
| CPF/CNPJ:       | 55.110.753/0001-41             |

|                            |                                       |
|----------------------------|---------------------------------------|
| Banco:                     | 033 - BANCO SANTANDER S.A. - 90400888 |
| Tipo de conta:             | 01 - Conta Corrente                   |
| Conta destino:             | 2129 / 00013000291-6                  |
| Tipo de pessoa:            | JURÍDICA                              |
| Nome:                      | ABUD SERV RADIOLOGICOS LTDA           |
| CPF/CNPJ:                  | 51.819.357/0001-37                    |
| Valor:                     | R\$ 1.687,42                          |
| Valor da tarifa:           | R\$ 0,00                              |
| Finalidade:                | 10 - Crédito em Conta                 |
| Identificação da operação: | NF 35371                              |
| Histórico:                 |                                       |

|                          |                     |
|--------------------------|---------------------|
| Data de débito:          | 26/08/2025          |
| Data / Hora da operação: | 26/08/2025 14:15:43 |

|                     |                  |
|---------------------|------------------|
| Código da operação: | 50924683         |
| Chave de segurança: | FLC6TTR83RLE1S2Z |

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

SER IMAGEM  
Centro de Diagnóstico

Número Nota Fiscal: 35371 Data Emissão: 15/08/2025 Chave: GLZP-JECK

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 Local de Incidência do Serviço: Sertãozinho  
Competência: 08/2025 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: rafaela.carlatavares@bol.com.br Telefone:  
Endereço Cobrança: O MESMO

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

| Qtd | Un | Discriminação dos Serviços                                                        | Valor Unitário | Valor Total |
|-----|----|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------|-------------|
| 1   |    | Referente a serviços prestados no mês 07/2025<br>TA 011/2025 AO CONVÊNIO 001/2022 | 1.798,00       | 1.798,00    |

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Imp. Aprox.: 293.25 Aliquota Imp. Aprox. : 16.31

| RETENÇÕES     |      |                  |       |      |                 |        |          |          |       | DESCONTOS |          |        |                  |               |       |                |      |
|---------------|------|------------------|-------|------|-----------------|--------|----------|----------|-------|-----------|----------|--------|------------------|---------------|-------|----------------|------|
| ISS           | 0,00 | IRRF             | 26,97 | PIS  | 11,69           | COFINS | 53,94    | CSLL     | 17,98 | INSS      | 0,00     | OUTROS | 0,00             | Condicionado  | 0,00  | Incondicionado | 0,00 |
| VALOR SERVIÇO |      | VALORES DA NFS-e |       |      |                 |        |          |          |       |           |          |        |                  | TOTAL LIQUIDO |       |                |      |
| 1.798,00      |      | Repasse/Dedução  |       | 0,00 | Base de Cálculo |        | 1.798,00 | Alíquota |       | 2,00 %    | Retenção |        | ISS SEM RETENÇÃO | ISS           | 35,96 | 1.687,42       |      |

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

Recortar Aqui

|              |            |                                                                                                           |            |
|--------------|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| Data Emissão | 15/08/2025 | RECEBI DA EMPRESA ABUD SERVICOS RADIOLOGICOS LTDA.<br>OS SERVIÇOS CONSTANTES DESTA NOTA FISCAL ELETRÔNICA |            |
| Número da NF | 35371      |                                                                                                           |            |
| Chave        | GLZP-JECK  |                                                                                                           |            |
|              |            | Local / Data                                                                                              | Assinatura |



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

|                 |                                |
|-----------------|--------------------------------|
| Tipo de TED:    | TED para terceiros             |
| Conta origem:   | 03472 / 1292 / 000577518119-7  |
| Tipo de conta:  | Não foi possível recuperar     |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA                       |
| Nome:           | IRMANDADE SANTA CASA DE PONTAL |
| CPF/CNPJ:       | 55.110.753/0001-41             |

|                            |                                                   |
|----------------------------|---------------------------------------------------|
| Banco:                     | 756 - BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A. - 02038232 |
| Tipo de conta:             | 01 - Conta Corrente                               |
| Conta destino:             | 3214 / 00000055870-2                              |
| Tipo de pessoa:            | JURÍDICA                                          |
| Nome:                      | CANMINARES CLINICA MEDICA LTDA                    |
| CPF/CNPJ:                  | 30.777.077/0001-33                                |
| Valor:                     | R\$ 29.943,10                                     |
| Valor da tarifa:           | R\$ 0,00                                          |
| Finalidade:                | 10 - Crédito em Conta                             |
| Identificação da operação: | NF 167                                            |
| Histórico:                 |                                                   |

|                          |                     |
|--------------------------|---------------------|
| Data de débito:          | 26/08/2025          |
| Data / Hora da operação: | 26/08/2025 14:15:26 |

|                     |                  |
|---------------------|------------------|
| Código da operação: | 50669358         |
| Chave de segurança: | H8H6RK6N0G23PCVC |

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

167

Código de Verificação de Autenticidade

0M0KU2SHO

Data e Hora de Emissão da NFS-e

20/08/2025 às 07:55:05

Chave de Acesso

866557HSLC0NTV0DD4P4N0LDEM613Q7Y

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     | Número do Processo | Município de Incidência do ISS                                             | Local da Prestação |
| Exigível                 |                    | PONTAL-SP                                                                  | PONTAL - SP        |
| Número do RPS            | Série do RPS       | Tipo do RPS                                                                | Data do RPS        |
|                          |                    |                                                                            | 20/08/2025         |
| Optante Simples Nacional | Incentivo Fiscal   | Regime Especial Tributação                                                 | Tipo ISS           |
| 2 - Não                  | 2 - Não            | Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP) 03 - Sobre Faturamento |                    |

PRESTADOR DE SERVIÇOS

|                                |                       |                     |             |                               |
|--------------------------------|-----------------------|---------------------|-------------|-------------------------------|
| CPF/CNPJ                       | RG/Inscrição Estadual | Inscrição Municipal | Cadastro    | Nome/Razão Social             |
| 30.777.077/0001-33             |                       | 000010145           | 000037891   | CANMINARE CLINICA MÉDICA LTDA |
| Logradouro                     |                       |                     | Complemento | Bairro                        |
| RUA ANANIAS COSTA FREITAS, 615 |                       |                     |             | CENTRO                        |
| CEP                            | Cidade                |                     | Telefone    | E-mail                        |
| 14180-000                      | PONTAL-SP             |                     |             |                               |

TOMADOR DE SERVIÇOS

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

| Discriminação dos Serviços |            |                                                                                                                                                                |  | Vir. Unitário | Total         |
|----------------------------|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------|---------------|
| Qtde.                      | Un. Medida | Descrição                                                                                                                                                      |  |               |               |
| 1,00                       | UN         | SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS NA SANTA CASA DE ANESTESIOLOGIA REF MES DE JULHO/2025, CONFORME CONVENIO COM O MUNICÍPIO DE PONTAL TA N°011/2025 AO CONV N°001/2022 |  | 32.600,00     | R\$ 32.600,00 |

Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS

LC 116/2003: 04.01

Medicina e biomedicina

Alíquota

2,00%

Atividade Município

0000040000001

Código CNAE

8630599

Código da Obra

Código ART

|                          |                         |                       |                 |              |            |                       |
|--------------------------|-------------------------|-----------------------|-----------------|--------------|------------|-----------------------|
| Valor Total dos Serviços | Desconto Incondicionado | Deduções Base Cálculo | Base de Cálculo | Total do ISS | ISS Retido | Desconto Condicionado |
| R\$ 32.600,00            | R\$ 0,00                | R\$ 0,00              | R\$ 32.600,00   | R\$ 652,00   | 1 - Sim    | R\$ 0,00              |

Retenções de Impostos

|                         |                            |          |                          |                          |                  |
|-------------------------|----------------------------|----------|--------------------------|--------------------------|------------------|
| PIS (32.600,00 x 0,65%) | COFINS (32.600,00 x 3,00%) | INSS     | IRRF (32.600,00 x 1,50%) | CSLL (32.600,00 x 1,00%) | Outras Retenções |
| R\$ 211,90              | R\$ 978,00                 | R\$ 0,00 | R\$ 489,00               | R\$ 326,00               | R\$ 0,00         |

Valor Líquido da NFS-e: R\$ 29.943,10

Val. Aprox. Tributos:

Informações Complementares

RECEBI(EMOS) DE CANMINARE CLINICA MÉDICA LTDA O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO 167 E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO 0M0KU2SHO.

Data

CPF/RG

Assinatura



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PONTAL  
CNPJ: 55.110.755/0001-41  
R. Ananias da Costa Freitas, 753 - Centro  
CEP: 14180-000 - Pontal/SP  
Fone: (16) 3953-9100

## JULHO 2025 – ESCALA DE ANESTESIOLOGIA

|                | SEGUNDA     | TERÇA              | QUARTA                                               | QUINTA             | SEXTA       | SÁBADO                                               | DOMINGO     |
|----------------|-------------|--------------------|------------------------------------------------------|--------------------|-------------|------------------------------------------------------|-------------|
|                |             | 01                 | 02                                                   | 03                 | 04          | 05                                                   | 06          |
| 07:00 AS 19:00 |             | LUÍS RENATO        | LUÍS RENATO                                          | LUÍS RENATO        | LUÍS RENATO | LUÍS RENATO                                          | LUÍS RENATO |
| 19:00 ÀS 07:00 |             | LUÍS RENATO        | LUÍS RENATO                                          | LUÍS RENATO        | LUÍS RENATO | LUÍS RENATO                                          | LUÍS RENATO |
|                | 07          | 08                 | 09                                                   | 10                 | 11          | 12                                                   | 13          |
| 07:00 AS 19:00 | LUÍS RENATO | LUÍS RENATO        | BRUNA/<br>L RENATO                                   | BRUNA/<br>L RENATO | LUÍS RENATO | LUÍS RENATO                                          | LUÍS RENATO |
| 19:00 ÀS 07:00 | LUÍS RENATO | BRUNA/<br>L RENATO | TOSHIO                                               | LUÍS RENATO        | LUÍS RENATO | LUÍS RENATO                                          | LUÍS RENATO |
|                | 14          | 15                 | 16                                                   | 17                 | 18          | 19                                                   | 20          |
| 07:00 AS 19:00 | LUÍS RENATO | LUÍS RENATO        | LUÍS RENATO                                          | LUÍS RENATO        | LUÍS RENATO | LUÍS RENATO<br>07:00-13:00<br>TOSHIO 13:00-<br>19:00 | TOSHIO      |
| 19:00 ÀS 07:00 | LUÍS RENATO | LUÍS RENATO        | LUÍS RENATO                                          | LUÍS RENATO        | LUÍS RENATO | TOSHIO                                               | LUÍS RENATO |
|                | 21          | 22                 | 23                                                   | 24                 | 25          | 26                                                   | 27          |
| 07:00 AS 19:00 | LUÍS RENATO | LUÍS RENATO        | LUÍS RENATO                                          | LUÍS RENATO        | LUÍS RENATO | LUÍS RENATO                                          | LUÍS RENATO |
| 19:00 ÀS 07:00 | LUÍS RENATO | LUÍS RENATO        | LUÍS RENATO                                          | LUÍS RENATO        | LUÍS RENATO | LUÍS RENATO                                          | LUÍS RENATO |
|                | 28          | 29                 | 30                                                   | 31                 |             |                                                      |             |
| 07:00 AS 19:00 | LUÍS RENATO | LUÍS RENATO        | LUÍS RENATO<br>07:00-13:00<br>TOSHIO 13:00-<br>19:00 | TOSHIO             |             |                                                      |             |
| 19:00 ÀS 07:00 | LUÍS RENATO | LUÍS RENATO        | TOSHIO                                               | TOSHIO             |             |                                                      |             |



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

|                 |                                |
|-----------------|--------------------------------|
| Tipo de TED:    | TED para terceiros             |
| Conta origem:   | 03472 / 1292 / 000577518119-7  |
| Tipo de conta:  | Não foi possível recuperar     |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA                       |
| Nome:           | IRMANDADE SANTA CASA DE PONTAL |
| CPF/CNPJ:       | 55.110.753/0001-41             |

|                            |                                                   |
|----------------------------|---------------------------------------------------|
| Banco:                     | 756 - BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A. - 02038232 |
| Tipo de conta:             | 01 - Conta Corrente                               |
| Conta destino:             | 3214 / 00000036610-2                              |
| Tipo de pessoa:            | JURÍDICA                                          |
| Nome:                      | CLINICA BEM ESTAR SAUDE DA MULHER LTDA            |
| CPF/CNPJ:                  | 21.667.568/0001-30                                |
| Valor:                     | R\$ 4.444,35                                      |
| Valor da tarifa:           | R\$ 0,00                                          |
| Finalidade:                | 10 - Crédito em Conta                             |
| Identificação da operação: | NF 482                                            |
| Histórico:                 |                                                   |

|                          |                     |
|--------------------------|---------------------|
| Data de débito:          | 26/08/2025          |
| Data / Hora da operação: | 26/08/2025 14:15:10 |

|                     |                  |
|---------------------|------------------|
| Código da operação: | 50620284         |
| Chave de segurança: | 4L8E1W8KHF7CXA50 |

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  
482  
Código de Verificação de Autenticidade  
RYPRCOOGZ  
Data e Hora de Emissão da NFS-e  
20/08/2025 às 07:35:13  
Chave de Acesso  
866553KK834R7ZRJPX24DROP4DYGU3MY

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>20/08/2025 |
| 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>21.667.568/0001-30           | RG/Inscrição Estadual<br>ISENTA | Inscrição Municipal<br>000008550 | Cadastro<br>000030651    | Nome/Razão Social<br>CLINICA BEM ESTAR SAUDE DA MULHER LTDA |  |
| Logradouro<br>RUA APRÍGIO DE ARAUJO, 290 |                                 |                                  | Complemento              | Bairro<br>CENTRO                                            |  |
| CEP<br>14180-000                         | Cidade<br>PONTAL-SP             |                                  | Telefone<br>16-3953-1565 | E-mail<br>cdcarolo@yahoo.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, 753 |                            |                     | Complemento                                                         | Bairro<br>CENTRO               |  |
| CEP/Cod.Postal<br>14180-000                       | Cidade/País<br>PONTAL - SP |                     | Cod. IBGE<br>3540200                                                | 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 RETAGUARDA DE GINECOLOGIA E OBSTETRICIA REF MES DE JULHO/2025, CONFORME CONVENIO COM O MUNICIPIO DE PONTAL TA N°011/2025 AO CONV N°001/2022 | 4.838,70      | R\$ 4.838,70 |  |

| Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS |                         |                       |                 | Construção Civil |            |                       |
|---------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------|-----------------|------------------|------------|-----------------------|
| LC 116/2003: 04.01                                | Alíquota                | Atividade Município   | Código CNAE     | Código da Obra   | Código ART |                       |
| Medicina e biomedicina                            | 2,00%                   | 0000040000001         | 8630503         |                  |            |                       |
| Valor Total dos Serviços                          | Desconto Incondicionado | Deduções Base Cálculo | Base de Cálculo | Total do ISS     | ISS Retido | Desconto Condicionado |
| R\$ 4.838,70                                      | R\$ 0,00                | R\$ 0,00              | R\$ 4.838,70    | R\$ 96,77        | 1 - Sim    | R\$ 0,00              |

| Retenções de Impostos                |                           |          |                                                                                                       |                         |                  |  |
|--------------------------------------|---------------------------|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|------------------|--|
| PIS (4.838,70 x 0,65%)               | COFINS (4.838,70 x 3,00%) | INSS     | IRRF (4.838,70 x 1,50%)                                                                               | CSLL (4.838,70 x 1,00%) | Outras Retenções |  |
| \$ 31,45                             | R\$ 145,16                | R\$ 0,00 | R\$ 72,58                                                                                             | R\$ 48,39               | R\$ 0,00         |  |
| Valor Líquido da NFS-e: R\$ 4.444,35 |                           |          | Val. Aprox. Tributos: Federal (13,45%) R\$650,81 Estadual (0,00%) R\$0,00 Municipal (2,31%) R\$111,77 |                         |                  |  |

| Informações Complementares |  |
|----------------------------|--|
|                            |  |

RECEBI(EMOS) DE CLINICA BEM ESTAR SAUDE DA MULHER LTDA O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO 482 E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO RYPRCOOGZ.

Data

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

CPF/RG

\_\_\_\_\_

Assinatura

\_\_\_\_\_

## ESCALA DE RETAGUARDA GINECOLOGIA/ OBSTETRÍCIA – JULHO/2025

| SEGUNDA        | TERÇA                       | QUARTA         | QUINTA         | SEXTA                       | SÁBADO         | DOMINGO        |
|----------------|-----------------------------|----------------|----------------|-----------------------------|----------------|----------------|
|                | 01-<br>G 7H-19H<br>S 19H-7H | 02-<br>S 7H-7H | 03-<br>C 7H-7H | 04-<br>G 7H-7H              | 05-<br>G 7H-7H | 06-<br>G 7H-7H |
| 07-<br>G 7H-7H | 08-<br>G 7H-19H<br>S 19H-7H | 09-<br>S 7H-7H | 10-<br>C 7H-7H | 11-<br>G 7H-19H<br>C 19H-7H | 12-<br>C 7H-7H | 13-<br>C 7H-7H |
| 14-<br>G 7H-7H | 15-<br>G 7H-19H<br>S 19H-7H | 16-<br>S 7H-7H | 17-<br>C 7H-7H | 18-<br>G 7H-7H              | 19-<br>G 7H-7H | 20-<br>G 7H-7H |
| 21-<br>G 7H-7H | 22-<br>G 7H-19H<br>S 19H-7H | 23-<br>S 7H-7H | 24-<br>C 7H-7H | 25-<br>G 7H-19H<br>S 19H-7H | 26-<br>S 7H-7H | 27-<br>S 7H-7H |
| 28-<br>G 7H-7H | 29-<br>G 7H-19H<br>S 19H-7H | 30-<br>S 7H-7H | 31-<br>C 7H-7H |                             |                |                |
|                |                             |                |                |                             |                |                |

VALOR FIXO MENSAL= R\$ 20.000,00

R\$ DIVIDIDO POR 31 DIAS = R\$ POR PLANTÃO

DR. GUSTAVO NARDOTO- (13,5 PLANTÕES X 645,16 = 8.709,68 R\$)

DR SIDNEY INFANTE - (10PLANTÕES X 645,16 = 6.451,62 R\$)

DRA CAROLINA DAMIÃO CAROLO (7,5 PLANTÕES X 645,16 = 4.838,70 R\$)

## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

|                        |                                |
|------------------------|--------------------------------|
| <b>Tipo de TED:</b>    | TED para terceiros             |
| <b>Conta origem:</b>   | 03472 / 1292 / 000577518119-7  |
| <b>Tipo de conta:</b>  | Não foi possível recuperar     |
| <b>Tipo de pessoa:</b> | JURÍDICA                       |
| <b>Nome:</b>           | IRMANDADE SANTA CASA DE 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 E SERV MEDICOS          |
| <b>CPF/CNPJ:</b>                  | 14.860.259/0001-17                                |
| <b>Valor:</b>                     | R\$ 8.174,03                                      |
| <b>Valor da tarifa:</b>           | R\$ 0,00                                          |
| <b>Finalidade:</b>                | 10 - Crédito em Conta                             |
| <b>Identificação da operação:</b> | NF 476                                            |
| <b>Histórico:</b>                 |                                                   |

|                                 |                     |
|---------------------------------|---------------------|
| <b>Data de débito:</b>          | 26/08/2025          |
| <b>Data / Hora da operação:</b> | 26/08/2025 14:14:52 |

|                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| <b>Código da operação:</b> | 50570009         |
| <b>Chave de segurança:</b> | 8858GQGVQ87VMX73 |

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-eNúmero da Nota Fiscal  
476**Dados do Prestador de Serviço****Ginecologia e Obstetria Servicos Medicos S/s**Rua Miguel Del Ré,87 - 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

**20/08/2025 08:37:18**

Data de Competência

**20/08/2025**

Cód. de Autenticidade

**6F398D758**

Responsável pela Retenção

**Identificação da Nota Fiscal Eletrônica**

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

Complemento :

CEP : 14180-039

Telefone :

Número : 753

Bairro : Centro

Cidade/UF : Pontal/ SP

E-mail : [contasmedicas@iscmpontal.com.br](mailto:contasmedicas@iscmpontal.com.br)**Dados do Intermediário de Serviços**

|          |                     |              |
|----------|---------------------|--------------|
| CNPJ/CPF | Inscrição Municipal | Razão Social |
|          |                     |              |

**Descrição dos Serviços**SERVIÇOS MEDICOS PRESTADOS NA SANTA CASA DE RETAGUARDA DE GINECOLOGIA E OBSTETRICIA REF JULHO/2025 CONFORME CONVENIO COM O MUNICIPIO DE PONTAL  
TA N°011/2025 AO CONV N°001/2022**Detalhamento dos Tributos**

|                        |                         |                       |                 |                |                    |                       |                            |
|------------------------|-------------------------|-----------------------|-----------------|----------------|--------------------|-----------------------|----------------------------|
| Atividade do Município |                         |                       |                 | Alíquota       | Item da LC116/2003 | Cód. NBS              | Cód. CNAE                  |
| 40101 - Medicina -     |                         |                       |                 | 2,00           | 403                |                       | 8610102                    |
| Vi. Total dos Serviços | Desconto Incondicionado | Deduções Base Cálculo | Base de Cálculo | Total do ISSQN | ISSQN Retido       | Desconto Condicionado |                            |
| R\$ 8.709,68           | R\$ 0,00                | R\$ 0,00              | R\$ 8.709,68    | R\$ 174,19     | Não                | R\$ 0,00              |                            |
| PIS                    | COFINS                  | INSS                  | IRRF            | CSLL           | Outras Retenções   | Vi. ISSQN Retido      | Vi. Líquido da Nota Fiscal |
| R\$ 56,61              | R\$ 261,29              | R\$ 0,00              | R\$ 130,65      | R\$ 87,10      | R\$ 0,00           | R\$ 0,00              | R\$ 8.174,03               |
| Construção Civil       |                         | Cód. Obra :           |                 |                | Art. :             |                       |                            |

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

## ESCALA DE RETAGUARDA GINECOLOGIA/ OBSTETRÍCIA –

JULHO/2025

| SEGUNDA        | TERÇA                       | QUARTA         | QUINTA         | SEXTA                       | SÁBADO         | DOMINGO        |
|----------------|-----------------------------|----------------|----------------|-----------------------------|----------------|----------------|
|                | 01-<br>G 7H-19H<br>S 19H-7H | 02-<br>S 7H-7H | 03-<br>C 7H-7H | 04-<br>G 7H-7H              | 05-<br>G 7H-7H | 06-<br>G 7H-7H |
| 07-<br>G 7H-7H | 08-<br>G 7H-19H<br>S 19H-7H | 09-<br>S 7H-7H | 10-<br>C 7H-7H | 11-<br>G 7H-19H<br>C 19H-7H | 12-<br>C 7H-7H | 13-<br>C 7H-7H |
| 14-<br>G 7H-7H | 15-<br>G 7H-19H<br>S 19H-7H | 16-<br>S 7H-7H | 17-<br>C 7H-7H | 18-<br>G 7H-7H              | 19-<br>G 7H-7H | 20-<br>G 7H-7H |
| 21-<br>G 7H-7H | 22-<br>G 7H-19H<br>S 19H-7H | 23-<br>S 7H-7H | 24-<br>C 7H-7H | 25-<br>G 7H-19H<br>S 19H-7H | 26-<br>S 7H-7H | 27-<br>S 7H-7H |
| 28-<br>G 7H-7H | 29-<br>G 7H-19H<br>S 19H-7H | 30-<br>S 7H-7H | 31-<br>C 7H-7H |                             |                |                |
|                |                             |                |                |                             |                |                |

VALOR FIXO MENSAL= R\$ 20.000,00

R\$ DIVIDIDO POR 31 DIAS = R\$ POR PLANTÃO

DR. GUSTAVO NARDOTO- (13,5 PLANTÕES X 645,16 = 8.709,68 R\$)

DR SIDNEY INFANTE - (10PLANTÕES X 645,16 = 6.451,62 R\$)

DRA CAROLINA DAMIÃO CAROLO (7,5 PLANTÕES X 645,16 = 4.838,70 R\$)

2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

|                 |                                |
|-----------------|--------------------------------|
| Tipo de TED:    | TED para terceiros             |
| Conta origem:   | 03472 / 1292 / 000577518119-7  |
| Tipo de conta:  | Não foi possível recuperar     |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA                       |
| Nome:           | IRMANDADE SANTA CASA DE PONTAL |
| CPF/CNPJ:       | 55.110.753/0001-41             |

|                            |                                     |
|----------------------------|-------------------------------------|
| Banco:                     | 237 - BANCO BRADESCO S/A - 60746948 |
| Tipo de conta:             | 01 - Conta Corrente                 |
| Conta destino:             | 2324 / 00000038457-7                |
| Tipo de pessoa:            | JURÍDICA                            |
| Nome:                      | INFANTE SAUDE OCUPACIONAL DE PONTAL |
| CPF/CNPJ:                  | 06.184.079/0001-34                  |
| Valor:                     | R\$ 6.278,72                        |
| Valor da tarifa:           | R\$ 0,00                            |
| Finalidade:                | 10 - Crédito em Conta               |
| Identificação da operação: | NF 2323                             |
| Histórico:                 |                                     |

|                          |                     |
|--------------------------|---------------------|
| Data de débito:          | 26/08/2025          |
| Data / Hora da operação: | 26/08/2025 14:14:33 |

|                     |                  |
|---------------------|------------------|
| Código da operação: | 50506625         |
| Chave de segurança: | VKH7A4A9Y4VH0RUG |

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

2323

Código de Verificação de Autenticidade

LY11NCW69

Data e Hora de Emissão da NFS-e

19/08/2025 às 09:04:07

Chave de Acesso

866311A620FZK7MM645BQMVTZ2XEJ50I

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

Número do Processo

Município de Incidência do ISS

Local da Prestação

Exigível

PONTAL-SP

PONTAL - SP

Número do RPS

Série do RPS

Tipo do RPS

Data do RPS

Competência

19/08/2025

Optante Simples Nacional

Incentivo Fiscal

Regime Especial Tributação

Tipo ISS

1 - Sim

2 - Não

Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP) 03 - Sobre Faturamento

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ

RG/Inscrição Estadual

Inscrição Municipal

Cadastro

Nome/Razão Social

06.184.079/0001-34

ISENTO

5767

000012686

INFANTE SAÚDE OCUPACIONAL DE PONTAL LTDA. - EPP.

Logradouro

Complemento

Bairro

RUA JOSÉ LEONEL PUPO, 00367

CENTRO

CEP

Cidade

Telefone

E-mail

14180-000

PONTAL-SP

16-3953-6931

luizfernando@acontabil.com.br

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ/Documento

RG/Inscrição Estadual

Inscrição Municipal

Nome/Razão Social

55.110.753/0001-41

IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL

Logradouro

Complemento

Bairro

RUA ANANIAS COSTA FREITAS, 753, 753

CENTRO

CEP/Cod.Postal

Cidade/País

Cod. IBGE

Telefone

E-mail

14180-000

PONTAL - SP

3540200

rh@iscmpontal.com.br

Discriminação dos Serviços

| Qtde.  | Un. Medida | Descrição                                                                                                                                                                          | Vlr. Unitário | Total        |
|--------|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------|
| 1,0000 | UN         | SERVIÇOS MEDICOS PRESTADOS NA SANTA CASA DE RETAGUARDA DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA REF JULHO/2025, CONFORME CONVENIO COM O MUNICIPIO DE PONTAL ATA Nº011/2025 AO CONV Nº 001/2022 | 6.451,62      | R\$ 6.451,62 |

Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS

LC 116/2003: 04.01

Medicina e biomedicina

Alíquota

Atividade Município

Código CNAE

Código da Obra

Código ART

2,68%

00000400000001

8650099

Valor Total dos Serviços

Desconto Incondicionado

Deduções Base Cálculo

Base de Cálculo

Total do ISS

ISS Retido

Desconto Condicionado

R\$ 6.451,62

R\$ 0,00

R\$ 0,00

R\$ 6.451,62

R\$ 172,90

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\$ 6.278,72

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

Informações Complementares

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

RECEBI(EMOS) DE INFANTE SAÚDE OCUPACIONAL DE PONTAL LTDA. - EPP. O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO 2323 E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO LY11NCW69.

Data

CPF/RG

Assinatura

## ESCALA DE RETAGUARDA GINECOLOGIA/ OBSTETRÍCIA –

JULHO/2025

| SEGUNDA        | TERÇA                       | QUARTA         | QUINTA         | SEXTA                       | SÁBADO         | DOMINGO        |
|----------------|-----------------------------|----------------|----------------|-----------------------------|----------------|----------------|
|                | 01-<br>G 7H-19H<br>S 19H-7H | 02-<br>S 7H-7H | 03-<br>C 7H-7H | 04-<br>G 7H-7H              | 05-<br>G 7H-7H | 06-<br>G 7H-7H |
| 07-<br>G 7H-7H | 08-<br>G 7H-19H<br>S 19H-7H | 09-<br>S 7H-7H | 10-<br>C 7H-7H | 11-<br>G 7H-19H<br>C 19H-7H | 12-<br>C 7H-7H | 13-<br>C 7H-7H |
| 14-<br>G 7H-7H | 15-<br>G 7H-19H<br>S 19H-7H | 16-<br>S 7H-7H | 17-<br>C 7H-7H | 18-<br>G 7H-7H              | 19-<br>G 7H-7H | 20-<br>G 7H-7H |
| 21-<br>G 7H-7H | 22-<br>G 7H-19H<br>S 19H-7H | 23-<br>S 7H-7H | 24-<br>C 7H-7H | 25-<br>G 7H-19H<br>S 19H-7H | 26-<br>S 7H-7H | 27-<br>S 7H-7H |
| 28-<br>G 7H-7H | 29-<br>G 7H-19H<br>S 19H-7H | 30-<br>S 7H-7H | 31-<br>C 7H-7H |                             |                |                |
|                |                             |                |                |                             |                |                |

VALOR FIXO MENSAL= R\$ 20.000,00

R\$ DIVIDIDO POR 31 DIAS = R\$ POR PLANTÃO

DR. GUSTAVO NARDOTO- (13,5 PLANTÕES X 645,16 = 8.709,68 R\$)

DR SIDNEY INFANTE - (10PLANTÕES X 645,16 = 6.451,62 R\$)

DRA CAROLINA DAMIÃO CAROLO (7,5 PLANTÕES X 645,16 = 4.838,70 R\$)

2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

|                 |                                |
|-----------------|--------------------------------|
| Tipo de TED:    | TED para terceiros             |
| Conta origem:   | 03472 / 1292 / 000577518119-7  |
| Tipo de conta:  | Não foi possível recuperar     |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA                       |
| Nome:           | IRMANDADE SANTA CASA DE PONTAL |
| CPF/CNPJ:       | 55.110.753/0001-41             |

|                            |                                                   |
|----------------------------|---------------------------------------------------|
| Banco:                     | 756 - BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A. - 02038232 |
| Tipo de conta:             | 01 - Conta Corrente                               |
| Conta destino:             | 3214 / 00000036984-5                              |
| Tipo de pessoa:            | JURÍDICA                                          |
| Nome:                      | CLINICA ORTOPEDICA MICHIELETO                     |
| CPF/CNPJ:                  | 22.182.151/0001-40                                |
| Valor:                     | R\$ 9.185,00                                      |
| Valor da tarifa:           | R\$ 0,00                                          |
| Finalidade:                | 10 - Crédito em Conta                             |
| Identificação da operação: | NF 665                                            |
| Histórico:                 |                                                   |

|                          |                     |
|--------------------------|---------------------|
| Data de débito:          | 26/08/2025          |
| Data / Hora da operação: | 26/08/2025 14:14:16 |

|                     |                  |
|---------------------|------------------|
| Código da operação: | 50445506         |
| Chave de segurança: | E25WH2VNYTR8LM2Y |

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**

**665**

Código de Verificação de Autenticidade

**WE8KNR6QI**

Data e Hora de Emissão da NFS-e

**20/08/2025 às 07:24:09**

Chave de Acesso

866551LZ05P0BHZDBIV393L0MK8Q1ZDV

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><b>Exigível</b>    | Número do Processo                 | Município de Incidência do ISS<br><b>PONTAL-SP</b> | Local da Prestação<br><b>PONTAL - SP</b>  |
| Número do RPS                              | Série do RPS                       | Tipo do RPS                                        | Data do RPS                               |
|                                            |                                    |                                                    | <b>20/08/2025</b>                         |
| Optante Simples Nacional<br><b>2 - Não</b> | Incentivo Fiscal<br><b>2 - Não</b> | Regime Especial Tributação<br><b>Não Possui</b>    | Tipo ISS<br><b>03 - Sobre Faturamento</b> |

**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>                 |                                     |                                                           |
| CEP<br><b>14180-000</b>                       | Cidade<br><b>PONTAL-SP</b>             | Telefone<br><b>16-3953-1357</b>         | E-mail<br><b>luciano@3ax.com.br</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, 753</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> | 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 RETAGUARDA DE ORTOPEDIA REF MES DE JULHO/2025 CONFORME CONVENIO COM O MUNICIPIO DE PONTAL TA N°011/2025 AO CONV N° 001/2022 | 10.000,00     | R\$ 10.000,00 |

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

|                               |                         |                       |                      |                   |                 |
|-------------------------------|-------------------------|-----------------------|----------------------|-------------------|-----------------|
| LC 116/2003: <b>04.01</b>     | Alíquota                | Atividade Município   | Código CNAE          | Código da Obra    | Código ART      |
| <b>Medicina e biomedicina</b> | <b>2,00%</b>            | <b>00000400000001</b> | <b>8630503</b>       |                   |                 |
| Valor Total dos Serviços      | Desconto Incondicionado | Deduções Base Cálculo | Base de Cálculo      | Total do ISS      | ISS Retido      |
| <b>R\$ 10.000,00</b>          | <b>R\$ 0,00</b>         | <b>R\$ 0,00</b>       | <b>R\$ 10.000,00</b> | <b>R\$ 200,00</b> | <b>1 - Sim</b>  |
|                               |                         |                       |                      |                   | <b>R\$ 0,00</b> |

**Retenções de Impostos**

|                         |                            |                 |                          |                          |                  |
|-------------------------|----------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------------|------------------|
| PIS (10.000,00 x 0,65%) | COFINS (10.000,00 x 3,00%) | INSS            | IRRF (10.000,00 x 1,50%) | CSLL (10.000,00 x 1,00%) | Outras Retenções |
| <b>R\$ 65,00</b>        | <b>R\$ 300,00</b>          | <b>R\$ 0,00</b> | <b>R\$ 150,00</b>        | <b>R\$ 100,00</b>        | <b>R\$ 0,00</b>  |

**Valor Líquido da NFS-e: R\$ 9.185,00**

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 **665** E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO **WE8KNR6QI**.

Data

CPF/RG

Assinatura

## **ESCALA DE RETAGUARDA ORTOPEDIA –JULHO/2025**

**VALOR FIXO MENSAL = \$20.000,00 POR CLÍNICA**

**CLÍNICA DE ORTOPEDIA DIVIDE 50% PRA CADA MÉDICO**

**DR. LUCIANO MICHIELETO (16) 99761-2294 = \$10.000,00**

**DR. RICARDO ESTEBAN FLORES (16) 99721-0107 = \$10.000,00**

| SEGUNDA | TERÇA | QUARTA | QUINTA | SEXTA | SÁBADO | DOMINGO |
|---------|-------|--------|--------|-------|--------|---------|
|         | 01-R  | 02-L   | 03-R   | 04-L  | 05-L   | 06-L    |
| 07-L    | 08-R  | 09-L   | 10-R   | 11-R  | 12-R   | 13-R    |
| 14-L    | 15-R  | 16-L   | 17-R   | 18-L  | 19-L   | 20-L    |
| 21-L    | 22-R  | 23-L   | 24-R   | 25-R  | 26-R   | 27-R    |
| 28-L    | 29-R  | 30-L   | 31-R   |       |        |         |
|         |       |        |        |       |        |         |

**L – DR. LUCIANO MICHIELETO (16) 99761-2294**

**R – DR. RICARDO ESTEBAN FLORES (16) 99721-0107**

2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

|                        |                                |
|------------------------|--------------------------------|
| <b>Tipo de TED:</b>    | TED para terceiros             |
| <b>Conta origem:</b>   | 03472 / 1292 / 000577518119-7  |
| <b>Tipo de conta:</b>  | Não foi possível recuperar     |
| <b>Tipo de pessoa:</b> | JURÍDICA                       |
| <b>Nome:</b>           | IRMANDADE SANTA CASA DE 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 DE ORTOPEDIA LTDA   |
| <b>CPF/CNPJ:</b>                  | 06.324.647/0001-55                    |
| <b>Valor:</b>                     | R\$ 9.385,00                          |
| <b>Valor da tarifa:</b>           | R\$ 0,00                              |
| <b>Finalidade:</b>                | 10 - Crédito em Conta                 |
| <b>Identificação da operação:</b> | NF 268                                |
| <b>Histórico:</b>                 |                                       |

|                                 |                     |
|---------------------------------|---------------------|
| <b>Data de débito:</b>          | 26/08/2025          |
| <b>Data / Hora da operação:</b> | 26/08/2025 14:13:57 |

|                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| <b>Código da operação:</b> | 50393551         |
| <b>Chave de segurança:</b> | LRASY6N8TS4TSM0R |

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> |                      |                                     |                                   |  <b>Nota Fiscal Eletrônica</b> |                              | Série do Documento<br>Nota Fiscal de Serviço<br>Eletrônica - NFS-e<br>Número da Nota Fiscal<br>268 |                                   |
| <b>Dados do Prestador de Serviço</b>                                                                                                                                                                                                                                                        |                      |                                     |                                   |                                                                                                                  |                              |                                                                                                    |                                   |
| <b>Esculapio - Clínica de Ortopedia Ltda</b><br><b>Clínica Esculapio</b><br>Rodovia Antônio Machado Sant'Anna,3 ,8 - CASA 12 - Núcleo São Luís<br>CEP 14098-800 - Ribeirão Preto/ SP<br>ancheschi@stz.flash.tv.br<br>Inscrição Municipal 13935101 - CPF/CNPJ 06.324.647/0001-55             |                      |                                     |                                   | Data de Geração da NFS-e<br><b>19/08/2025 11:35:48</b>                                                           |                              |                 |                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                      |                                     |                                   | Data de Competência<br><b>19/08/2025</b>                                                                         |                              |                                                                                                    |                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                      |                                     |                                   | Cód. de Autenticidade<br><b>5ACD5A8D0</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 : 14180-039                                                                                                                                                                                                                                                                             |                      |                                     |                                   | Cidade/UF : Pontal/ SP                                                                                           |                              |                                                                                                    |                                   |
| Telefone :                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                      |                                     |                                   | E-mail : contasmedicas@iscmpontal.com.br                                                                         |                              |                                                                                                    |                                   |
| <b>Dados do Intermediário de Serviços</b>                                                                                                                                                                                                                                                   |                      |                                     |                                   |                                                                                                                  |                              |                                                                                                    |                                   |
| CNPJ/CPF                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                      | Inscrição Municipal                 |                                   |                                                                                                                  | Razão Social                 |                                                                                                    |                                   |
| <b>Descrição dos Serviços</b>                                                                                                                                                                                                                                                               |                      |                                     |                                   |                                                                                                                  |                              |                                                                                                    |                                   |
| SERVIÇOS MEDICOS PRESTADOS NA SANTA CASA DE RETAGUARDA DE ORTOPEDIA REF MES DE JULHO/2025,CONFORME CONVENIO COM O MUNICIPIO DE PONTAL<br>TA N°011/2025 AO CONV N° 001/2022                                                                                                                  |                      |                                     |                                   |                                                                                                                  |                              |                                                                                                    |                                   |
| <b>Detalhamento dos Tributos</b>                                                                                                                                                                                                                                                            |                      |                                     |                                   |                                                                                                                  |                              |                                                                                                    |                                   |
| 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\$ 10.000,00</b>                                                                                                                                                                                                                                              |                      | Desconto Incondicionado<br>R\$ 0,00 | Deduções Base Cálculo<br>R\$ 0,00 | Base de Cálculo<br>R\$ 10.000,00                                                                                 |                              | Total do ISSQN<br>R\$ 200,00                                                                       | ISSQN Retido<br>Não               |
| PIS<br>R\$ 65,00                                                                                                                                                                                                                                                                            | COFINS<br>R\$ 300,00 | INSS<br>R\$ 0,00                    | IRRF<br>R\$ 150,00                | CSLL<br>R\$ 100,00                                                                                               | Outras Retenções<br>R\$ 0,00 | VI. ISSQN Retido<br>R\$ 0,00                                                                       | Desconto Condicionado<br>R\$ 0,00 |
| VI. Líquido da Nota Fiscal<br><b>R\$ 9.385,00</b>                                                                                                                                                                                                                                           |                      |                                     |                                   |                                                                                                                  |                              |                                                                                                    |                                   |
| Construção Civil                                                                                                                                                                                                                                                                            |                      | Cód. Obra :                         |                                   |                                                                                                                  | Art. :                       |                                                                                                    |                                   |
| <b>Informações Adicionais</b>                                                                                                                                                                                                                                                               |                      |                                     |                                   |                                                                                                                  |                              |                                                                                                    |                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                      |                                     |                                   |                                                                                                                  |                              |                                                                                                    |                                   |

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

## **ESCALA DE RETAGUARDA ORTOPEDIA –JULHO/2025**

**VALOR FIXO MENSAL = \$20.000,00 POR CLÍNICA**

**CLÍNICA DE ORTOPEDIA DIVIDE 50% PRA CADA MÉDICO**

**DR. LUCIANO MICHIELETO (16) 99761-2294 = \$10.000,00**

**DR. RICARDO ESTEBAN FLORES (16) 99721-0107 = \$10.000,00**

| SEGUNDA | TERÇA | QUARTA | QUINTA | SEXTA | SÁBADO | DOMINGO |
|---------|-------|--------|--------|-------|--------|---------|
|         | 01-R  | 02-L   | 03-R   | 04-L  | 05-L   | 06-L    |
| 07-L    | 08-R  | 09-L   | 10-R   | 11-R  | 12-R   | 13-R    |
| 14-L    | 15-R  | 16-L   | 17-R   | 18-L  | 19-L   | 20-L    |
| 21-L    | 22-R  | 23-L   | 24-R   | 25-R  | 26-R   | 27-R    |
| 28-L    | 29-R  | 30-L   | 31-R   |       |        |         |
|         |       |        |        |       |        |         |

**L – DR. LUCIANO MICHIELETO (16) 99761-2294**

**R – DR. RICARDO ESTEBAN FLORES (16) 99721-0107**

2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

|                 |                                |
|-----------------|--------------------------------|
| Tipo de TED:    | TED para terceiros             |
| Conta origem:   | 03472 / 1292 / 000577518119-7  |
| Tipo de conta:  | Não foi possível recuperar     |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA                       |
| Nome:           | IRMANDADE SANTA CASA DE PONTAL |
| CPF/CNPJ:       | 55.110.753/0001-41             |

|                            |                                                   |
|----------------------------|---------------------------------------------------|
| Banco:                     | 756 - BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A. - 02038232 |
| Tipo de conta:             | 01 - Conta Corrente                               |
| Conta destino:             | 3214 / 00000042986-4                              |
| Tipo de pessoa:            | JURÍDICA                                          |
| Nome:                      | M FURLAN CARNEIRO SERV MEDICOS EIRELI             |
| CPF/CNPJ:                  | 27.017.195/0001-39                                |
| Valor:                     | R\$ 6.054,83                                      |
| Valor da tarifa:           | R\$ 0,00                                          |
| Finalidade:                | 10 - Crédito em Conta                             |
| Identificação da operação: | NF 241                                            |
| Histórico:                 |                                                   |

|                          |                     |
|--------------------------|---------------------|
| Data de débito:          | 26/08/2025          |
| Data / Hora da operação: | 26/08/2025 14:13:38 |

|                     |                  |
|---------------------|------------------|
| Código da operação: | 50327655         |
| Chave de segurança: | YNGT2A98PP744QE7 |

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

241

Código de Verificação de Autenticidade

LGCGBXRP

Data e Hora de Emissão da NFS-e

20/08/2025 às 18:34:03

Chave de Acesso

867165TQA2L4Z0UP05L8W507RG8U9BZG

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

20/08/2025

Optante Simples Nacional

Incentivo Fiscal

Regime Especial Tributação

Tipo ISS

2 - Não

2 - Não

Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP) 03 - Sobre Faturamento

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ

27.017.195/0001-39

RG/Inscrição Estadual

ISENTO

Inscrição Municipal

000009021

Cadastro

000033457

Nome/Razão Social

M. FURLAN CARNEIRO SERVIÇOS MÉDICOS EIRELI

Logradouro

RUA 9 DE JULHO, 163

Complemento

SALA 01

Bairro

CENTRO

CEP

14180-000

Cidade

PONTAL-SP

Telefone

16-9-9237-4872

E-mail

mariella\_carneiro@hotmail.com

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ/Documento

55.110.753/0001-41

RG/Inscrição Estadual

Inscrição Municipal

Nome/Razão Social

IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL

Logradouro

RUA ANANIAS COSTA FREITAS, 753, 753

Complemento

Bairro

CENTRO

CEP/Cod.Postal

14180-000

Cidade/País

PONTAL - SP

Cod. IBGE

3540200

Telefone

E-mail

rh@iscmpontal.com.br

| Discriminação dos Serviços |            |                                                                                                                                                                                    |               |              |
|----------------------------|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------|
| Qtde.                      | Un. Medida | Descrição                                                                                                                                                                          | Vir. Unitário | Total        |
| 1,00                       | UN         | SERVIÇOS MEDICOS PRESTADOS NA SANTA CASA DE RETAGUARDA DE CLINICA CIRURGICA REF MES DE JULHO/2025, CONFORME CONVENIO COM O MUNICIPIO DE PONTAL TA N°011/2025 AO CONV N°001/2022    | 6.451,61      | R\$ 6.451,61 |
|                            |            | Informações Bancárias: PJ<br>Banco: 756 - SICOOB COCRED<br>Agência: 3214-0<br>Conta Corrente: 42.986-4<br>M FURLAN CARNEIRO SERVIÇOS MEDICOS EIRELI -ME<br>CNPJ:27.017.195/0001-39 |               |              |

Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS

LC 116/2003: 04.01

Medicina e biomedicina

Alíquota

2,00%

Atividade Município

00000400000001

Código CNAE

8630503

Código da Obra

Código ART

Valor Total dos Serviços

Desconto Incondicionado

Deduções Base Cálculo

Base de Cálculo

Total do ISS

ISS Retido

Desconto Condicionado

R\$ 6.451,61

R\$ 0,00

R\$ 0,00

R\$ 6.451,61

R\$ 129,03

2 - Não

R\$ 0,00

Retenções de Impostos

PIS (6.451,61 x 0,65%)

COFINS (6.451,61 x 3,00%)

INSS

IRRF (6.451,61 x 1,50%)

CSLL (6.451,61 x 1,00%)

Outras Retenções

R\$ 41,94

R\$ 193,55

R\$ 0,00

R\$ 96,77

R\$ 64,52

R\$ 0,00

Valor Líquido da NFS-e: R\$ 6.054,83

Val. Aprox. Tributos: Federal (13,45%) R\$867,74 Estadual (0,00%) R\$0,00 Municipal (3,25%) R\$209,68

Informações Complementares

RECEBI(EMOS) DE M. FURLAN CARNEIRO SERVIÇOS MÉDICOS EIRELI O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO 241 E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO LGCGBXRP.

Data

CPF/RG

Assinatura

### ESCALA DE RETAGUARDA CIRURGIA – JULHO/2025

| SEGUNDA | TERÇA | QUARTA | QUINTA | SEXTA | SÁBADO | DOMINGO |
|---------|-------|--------|--------|-------|--------|---------|
|         | 01-R  | 02-R   | 03-R   | 04-R  | 05-R   | 06-R    |
| 07-R    | 08-R  | 09-S   | 10-S   | 11-S  | 12-S   | 13-S    |
| 14-R    | 15-R  | 16-R   | 17-R   | 18-M  | 19-M   | 20-M    |
| 21-M    | 22-M  | 23-M   | 24-M   | 25-M  | 26-M   | 27-M    |
| 28-R    | 29-R  | 30-R   | 31-R   |       |        |         |
|         |       |        |        |       |        |         |

**VALOR FIXO MENSAL = \$20.000,00 POR CLÍNICA**

**R\$20.000,00 DIVIDIDO POR 31 DIAS = 645,16 R\$ POR PLANTÃO.**

**DR RODRIGO SOATO - (16 PLANTÕES X 645,16 R\$ = 10.322,58 R\$)**

**DR SIRLEU - (5 PLANTÕES X 645,16 R\$ = 3.225,81 R\$)**

**DRA MARIELLA CARNEIRO - (10 PLANTÕES X 645,61 R\$ = 6.451,61 R\$)**

2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

|                 |                                |
|-----------------|--------------------------------|
| Tipo de TED:    | TED para terceiros             |
| Conta origem:   | 03472 / 1292 / 000577518119-7  |
| Tipo de conta:  | Não foi possível recuperar     |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA                       |
| Nome:           | IRMANDADE SANTA CASA DE PONTAL |
| CPF/CNPJ:       | 55.110.753/0001-41             |

|                            |                                                   |
|----------------------------|---------------------------------------------------|
| Banco:                     | 756 - BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A. - 02038232 |
| Tipo de conta:             | 01 - Conta Corrente                               |
| Conta destino:             | 4277 / 00000020129-4                              |
| Tipo de pessoa:            | JURÍDICA                                          |
| Nome:                      | MED SERV RP SERVICOS MEDICOS SS LTDA              |
| CPF/CNPJ:                  | 12.563.132/0001-00                                |
| Valor:                     | R\$ 3.027,42                                      |
| Valor da tarifa:           | R\$ 0,00                                          |
| Finalidade:                | 10 - Crédito em Conta                             |
| Identificação da operação: | NF 262                                            |
| Histórico:                 |                                                   |

|                          |                     |
|--------------------------|---------------------|
| Data de débito:          | 26/08/2025          |
| Data / Hora da operação: | 26/08/2025 14:13:21 |

|                     |                  |
|---------------------|------------------|
| Código da operação: | 50277565         |
| Chave de segurança: | 3NSHL6S48R32KC66 |

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<br>SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA<br>NOTA FISCAL DE SERVIÇO ELETRÔNICA - NFS-e |           | NFS-e<br>262                         |  |
|                                                                                  |                                                                                                                     |           | Código de Verificação<br>FOZTHBMM    |                                                                                     |
|                                                                                  |                                                                                                                     |           | Emissão da NFS-e<br>18/08/2025 12:38 |                                                                                     |
|                                                                                  | RPS                                                                                                                 | Série RPS | Tipo RPS                             |                                                                                     |
|                                                                                  |                                                                                                                     |           | NFS-e Substituída                    |                                                                                     |

|                                                         |                        |                           |              |  |
|---------------------------------------------------------|------------------------|---------------------------|--------------|--|
| <b>Prestador de Serviço</b>                             |                        |                           |              |  |
| CPF/CNPJ: 12.563.132/0001-00                            |                        | Inscrição 131259          |              |  |
| Nome/Razão Social: MED-SERV RP SERVIÇOS MÉDICOS SS LTDA |                        |                           |              |  |
| Endereço Antonio Alceu Bellodi                          |                        | Número: 191               |              |  |
| Complemento:                                            |                        | Bairro: Bourbon Residence |              |  |
| CEP: 14887-518                                          | Município: JABOTICABAL | UF: SP                    | País: Brasil |  |
| E-mail: deboian@yahoo.com.br                            |                        | Telefone:                 |              |  |

|                                                                      |                   |                         |              |      |
|----------------------------------------------------------------------|-------------------|-------------------------|--------------|------|
| <b>Tomador de Serviço</b>                                            |                   |                         |              |      |
| CPF/CNPJ: 55.110.753/0001-41                                         |                   | Inscrição Municipal:    |              | NIF: |
| Nome/Razão Social: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL |                   |                         |              |      |
| Endereço: Rua ANANIAS DA COSTA FREITAS                               |                   | Número: 753             |              |      |
| Complemento:                                                         |                   | Bairro: Centro          |              |      |
| CEP: 14180-000                                                       | Município: PONTAL | UF: SP                  | País: Brasil |      |
| E-mail: gerencia@iscmpontal.com.br                                   |                   | Telefone: (16)3953-9100 |              |      |

|                                                                                                         |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>Atividade Econômica</b>                                                                              |  |
| 4.03 / 8630501 - Atividade Médica Ambulatorial Com Recursos Para Realização De Procedimentos Cirúrgicos |  |

|                                                                                                                                                                                                   |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>Discriminação do Serviço</b>                                                                                                                                                                   |  |
| SERVIÇOS MEDICOS PRESTADOS NA SANTA CASA DE RETAGUARDA DE CLINICA<br>CIRURGICA CONFORME CONVENIO COM O MUNICIPIO DE PONTAL<br>TA N° 011/2025 AO CONV N° 001/2022<br>REFERENTE O MES DE JULHO/2025 |  |

|                                |        |      |       |       |                                          |          |           |       |
|--------------------------------|--------|------|-------|-------|------------------------------------------|----------|-----------|-------|
| <b>Tributos Federais (R\$)</b> |        |      |       |       | <b>Valor Aproximado dos Tributos (%)</b> |          |           |       |
| PIS                            | COFINS | INSS | IR    | CSLL  | Federal                                  | Estadual | Municipal | Fonte |
| 20,97                          | 96,77  | 0,00 | 48,39 | 32,26 | 0,00%                                    | 0,00%    | 0,00%     |       |

|                                            |                  |                                      |          |
|--------------------------------------------|------------------|--------------------------------------|----------|
| <b>Identificação Prestação de Serviços</b> |                  | <b>Detalhamento de Valores (R\$)</b> |          |
| Código da Obra                             |                  | Valor do Serviço                     | 3.225,81 |
| Código A.R.T.                              |                  | Desconto Incondicionado              | 0,00     |
| Exigibilidade ISSQN                        | 1-Exigível       | Desconto Condicionado                | 0,00     |
| Regime Especial de Tributação              | 0-Nenhum         | Retenções Federais                   | 198,39   |
| Simples Nacional                           | ( ) Sim (X) Não  | Outras Retenções                     | 0,00     |
| Incentivador Fiscal                        |                  | Deduções Previstas em Lei            | 0,00     |
| Competência                                | 08/2025          | Base de Cálculo                      | 3.225,81 |
| Município Prestação                        | PONTAL - SP      | Alíquota                             | 2,00     |
| Município Incidência                       | JABOTICABAL - SP | ISSQN                                | 64,52    |
| ISSQN a Reter                              | ( ) Sim (X) Não  | Valor Líquido                        | 3.027,42 |

|                           |
|---------------------------|
| <b>Outras Informações</b> |
|---------------------------|

## ESCALA DE RETAGUARDA CIRURGIA – JULHO/2025

| SEGUNDA | TERÇA | QUARTA | QUINTA | SEXTA | SÁBADO | DOMINGO |
|---------|-------|--------|--------|-------|--------|---------|
|         | 01-R  | 02-R   | 03-R   | 04-R  | 05-R   | 06-R    |
| 07-R    | 08-R  | 09-S   | 10-S   | 11-S  | 12-S   | 13-S    |
| 14-R    | 15-R  | 16-R   | 17-R   | 18-M  | 19-M   | 20-M    |
| 21-M    | 22-M  | 23-M   | 24-M   | 25-M  | 26-M   | 27-M    |
| 28-R    | 29-R  | 30-R   | 31-R   |       |        |         |
|         |       |        |        |       |        |         |

**VALOR FIXO MENSAL = \$20.000,00 POR CLÍNICA**

**R\$20.000,00 DIVIDIDO POR 31 DIAS = 645,16 R\$ POR PLANTÃO.**

**DR RODRIGO SOATO - (16 PLANTÕES X 645,16 R\$ = 10.322,58 R\$)**

**DR SIRLEU - (5 PLANTÕES X 645,16 R\$ = 3.225,81 R\$)**

**DRA MARIELLA CARNEIRO - (10 PLANTÕES X 645,61 R\$ = 6.451,61 R\$)**

2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

|                 |                                |
|-----------------|--------------------------------|
| Tipo de TED:    | TED para terceiros             |
| Conta origem:   | 03472 / 1292 / 000577518119-7  |
| Tipo de conta:  | Não foi possível recuperar     |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA                       |
| Nome:           | IRMANDADE SANTA CASA DE PONTAL |
| CPF/CNPJ:       | 55.110.753/0001-41             |

|                            |                                                   |
|----------------------------|---------------------------------------------------|
| Banco:                     | 756 - BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A. - 02038232 |
| Tipo de conta:             | 01 - Conta Corrente                               |
| Conta destino:             | 3214 / 00000052686-0                              |
| Tipo de pessoa:            | JURÍDICA                                          |
| Nome:                      | R SOATO CIRURGIA E ENDOSCOPIA DO AP               |
| CPF/CNPJ:                  | 06.307.803/0001-70                                |
| Valor:                     | R\$ 9.481,28                                      |
| Valor da tarifa:           | R\$ 0,00                                          |
| Finalidade:                | 10 - Crédito em Conta                             |
| Identificação da operação: | NF 1496                                           |
| Histórico:                 |                                                   |

|                          |                     |
|--------------------------|---------------------|
| Data de débito:          | 26/08/2025          |
| Data / Hora da operação: | 26/08/2025 14:12:41 |

|                     |                  |
|---------------------|------------------|
| Código da operação: | 50202471         |
| Chave de segurança: | 841L58TKY873AKV3 |

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

1496

Código de Verificação de Autenticidade

LO0S9BR1Y

Data e Hora de Emissão da NFS-e

15/08/2025 às 13:33:39

Chave de Acesso

865736XT6QTW1XE9BES4EISD5HAV3VTI

## Informações Fiscais

Exigibilidade do ISS  
Exigível

Número do Processo

Município de Incidência do ISS  
PONTAL-SPLocal da Prestação  
PONTAL - SP

Número do RPS

Série do RPS

Tipo do RPS

Data do RPS

Competência

15/08/2025

Optante Simples Nacional  
2 - NãoIncentivo Fiscal  
2 - Não

Regime Especial Tributação

Tipo ISS

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

## TOMADOR DE SERVIÇOS

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

## Discriminação dos Serviços

| Qtde. | Un. Medida | Descrição                                                                                                                                                                                         | Vir. Unitário | Total         |
|-------|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|---------------|
| 1,00  | UN         | SERVIÇOS MEDICOS PRESTADOS NA SANTA CASA DE RETAGUARDA DE CLINICA CIRURGICA CONFORME CONVENIO COM O MUNICIPIO DE PONTAL TA N°011/2025 CONVENIO N° 001/2022 REFERENTE MES DE JULHO/2025 DR RODRIGO | 10.322,58     | R\$ 10.322,58 |

## Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS

LC 116/2003: 04.01

Medicina e biomedicina

Alíquota

2,00%

Atividade Município

0000040000001

Código CNAE

8630501

## Construção Civil

Código da Obra

Código ART

Valor Total dos Serviços

R\$ 10.322,58

Desconto Incondicionado

R\$ 0,00

Deduções Base Cálculo

R\$ 0,00

Base de Cálculo

R\$ 10.322,58

Total do ISS

R\$ 206,45

ISS Retido

1 - Sim

Desconto Condicionado

R\$ 0,00

## Retenções de Impostos

PIS (10.322,58 x 0,65%)

R\$ 67,10

COFINS (10.322,58 x 3,00%)

R\$ 309,68

INSS

R\$ 0,00

IRRF (10.322,58 x 1,50%)

R\$ 154,84

CSLL (10.322,58 x 1,00%)

R\$ 103,23

Outras Retenções

R\$ 0,00

Valor Líquido da NFS-e: R\$ 9.481,28

Val. Aprox. Tributos: Federal (13,45%) R\$1.388,39 Estadual (0,00%) R\$0,00 Municipal (2,18%) R\$225,03 - 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 1496 E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO

Data

CPF/RG

Assinatura

Dr. Leonardo Vendrame  
CRM 209.354

### ESCALA DE RETAGUARDA CIRURGIA – JULHO/2025

| SEGUNDA | TERÇA | QUARTA | QUINTA | SEXTA | SÁBADO | DOMINGO |
|---------|-------|--------|--------|-------|--------|---------|
|         | 01-R  | 02-R   | 03-R   | 04-R  | 05-R   | 06-R    |
| 07-R    | 08-R  | 09-S   | 10-S   | 11-S  | 12-S   | 13-S    |
| 14-R    | 15-R  | 16-R   | 17-R   | 18-M  | 19-M   | 20-M    |
| 21-M    | 22-M  | 23-M   | 24-M   | 25-M  | 26-M   | 27-M    |
| 28-R    | 29-R  | 30-R   | 31-R   |       |        |         |
|         |       |        |        |       |        |         |

**VALOR FIXO MENSAL = \$20.000,00 POR CLÍNICA**

**R\$20.000,00 DIVIDIDO POR 31 DIAS = 645,16 R\$ POR PLANTÃO.**

**DR RODRIGO SOATO - (16 PLANTÕES X 645,16 R\$ = 10.322,58 R\$)**

**DR SIRLEU - (5 PLANTÕES X 645,16 R\$ = 3.225,81 R\$)**

**DRA MARIELLA CARNEIRO - (10 PLANTÕES X 645,61 R\$ = 6.451,61 R\$)**

2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

|                 |                                |
|-----------------|--------------------------------|
| Tipo de TED:    | TED para terceiros             |
| Conta origem:   | 03472 / 1292 / 000577518119-7  |
| Tipo de conta:  | Não foi possível recuperar     |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA                       |
| Nome:           | IRMANDADE SANTA CASA DE PONTAL |
| CPF/CNPJ:       | 55.110.753/0001-41             |

|                            |                                       |
|----------------------------|---------------------------------------|
| Banco:                     | 033 - BANCO SANTANDER S.A. - 90400888 |
| Tipo de conta:             | 01 - Conta Corrente                   |
| Conta destino:             | 0375 / 00013000953-8                  |
| Tipo de pessoa:            | JURÍDICA                              |
| Nome:                      | TOTAL HEALTH                          |
| CPF/CNPJ:                  | 11.796.358/0001-99                    |
| Valor:                     | R\$ 2.333,47                          |
| Valor da tarifa:           | R\$ 0,00                              |
| Finalidade:                | 10 - Crédito em Conta                 |
| Identificação da operação: | NF 586                                |
| Histórico:                 |                                       |

|                          |                     |
|--------------------------|---------------------|
| Data de débito:          | 26/08/2025          |
| Data / Hora da operação: | 26/08/2025 14:18:48 |

|                     |                  |
|---------------------|------------------|
| Código da operação: | 51413979         |
| Chave de segurança: | AFECC8FPMTNVKPP6 |

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



|                                                                                                                                                                                                         |                                                |                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------------|
|  <div><b>PREFEITURA MUNICIPAL DE ORLÂNDIA</b><br/>Praça Coronel Francisco Orlando, 600<br/>Telefone: (16)3820-8000</div> | Número do RPS                                  | Número da nota<br>586 |
|                                                                                                                                                                                                         | Data da emissão da nota<br>13/08/2025 09:15:18 |                       |
|                                                                                                                                                                                                         | Data do fato gerador<br>13/08/2025 09:15:18    |                       |
|                                                                                                                                                                                                         | Código de verificação<br>HJZLQQJBU             |                       |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| <b>PRESTADOR DE SERVIÇOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                 |
| Nome fantasia: TOTAL HEALTH<br>Nome/Razão social: TOTAL HEALTH CLINICA MEDICA S/S<br>CPF/CNPJ: 11.796.358/0001-99      Inscrição municipal: 279596<br>Endereço: AV 10 Número: 253 Bairro: Centro CEP: 14620-000<br>Complemento: ANEXO SALA 01<br>Município: Orlandia      UF: SP<br>E-mail: martavasconcellos@terra.com.br      Site: | Inscrição estadual:<br>Telefone: (16) 3852-2675<br><br>Celular: (16) 99169-9649 |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>TOMADOR DE SERVIÇOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |
| Nome fantasia:<br>Nome/Razão social: IRMANDANDE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL<br>CPF/CNPJ: 55.110.753/0001-41      Inscrição municipal:      Inscrição estadual:<br>Endereço: RUA ANANIAS DA COSTA FREITAS Número: 753 Bairro: CENTRO CEP: 14180-000<br>Complemento:<br>Município: Pontal      UF: SP<br>E-mail:      Telefone:      Celular: |  |

| DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS                                                                   |                |        |                  |                     |       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|--------|------------------|---------------------|-------|
|                                                                                              | Valor unitário | Qtd    | Valor do serviço | Base de cálculo (%) | ISS   |
| COMPLEMENTO TABELA SUS PAULISTA REFERENTE A ABRIL/25 E MAIO/25 (CONV 001/2022 TA 011/2025) . | 2.486,3800     | 1,0000 | 2.486,3800       | 2.486,38x2,00 =     | 49,73 |

| Forma de Pagamento |            |         |             |         |            |      |             |
|--------------------|------------|---------|-------------|---------|------------|------|-------------|
| Parcela            | Vencimento | Tipo    | Valor (R\$) | Parcela | Vencimento | Tipo | Valor (R\$) |
| 1                  |            | À vista | 2.333,47    |         |            |      |             |

| RETENÇÕES FEDERAIS         |           |                              |           |           |                  |
|----------------------------|-----------|------------------------------|-----------|-----------|------------------|
| PIS/PASEP                  | COFINS    | INSS                         | IR        | CSLL      | Outras retenções |
| R\$ 16,16                  | R\$ 74,59 | R\$ 0,00                     | R\$ 37,30 | R\$ 24,86 | R\$ 0,00         |
| Valor bruto = R\$ 2.486,38 |           | Valor líquido = R\$ 2.333,47 |           |           |                  |

|                                                                                                                                                          |                           |               |                      |                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|---------------|----------------------|----------------|
| Códigos dos serviços:<br>04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres. |                           |               |                      |                |
| Desc. condicionado(R\$)                                                                                                                                  | Desc. incondicionado(R\$) | Deduções(R\$) | Base de cálculo(R\$) | Valor ISS(R\$) |
| 0,00                                                                                                                                                     | 0,00                      | 0,00          | 2.486,38             | 49,73          |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>OUTRAS INFORMAÇÕES</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                  |
| Natureza da operação: Tributação no município<br>Situação tributária do ISSQN: Normal<br>Local da prestação do serviço: Pontal<br><br>Situação desta NFS-e: Normal<br>DADOS BANCÁRIOS PARA PAGAMENTO: BANCO: 33 SANTANDER AGENCIA: 0375 CONTA CORRENTE: 13000953-8<br>Valor aproximado do tributo federal - R\$ 334,42 (13,45%), estadual - R\$ 0,00 (0,00%), municipal - R\$ 66,88 (2,69%) , com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - Fonte: IBPT | <br>Verificar autenticidade |

## FATURAMENTO DE AIH TABELA PAULISTA REF:MAIO/25

100%

| PROFISSIONAL | AIH           | CÓDIGO                          | SIGTAP     | TABELA PAULISTA |        |            |
|--------------|---------------|---------------------------------|------------|-----------------|--------|------------|
| DR.MARTA     | 3525121402187 | 0411010034 PARTO CESARIANO      | 55,20      | 124,24          |        |            |
|              | 3525121402374 | 0303140151 TRATAMENTO DE        | 44,77      | 134,31          |        |            |
|              | 3525121402407 | 0303140151 TRATAMENTO DE        | 11,19      | 33,57           |        |            |
|              | 3525121402418 | 0303140143 TRATAMENTO DE OUTRAS | 15,15      | 45,45           |        |            |
|              | 3525121402627 | 0303140143 TRATAMENTO DE OUTRAS | 11,42      | 34,26           |        |            |
|              | 3525121402759 | 0411010042 PARTO CESARIANO C/   | 55,20      | 124,24          |        |            |
|              | 3525121402760 | 0411010034 PARTO CESARIANO      | 55,20      | 124,24          |        |            |
|              |               |                                 | R\$ 248,13 | R\$ 620,31      | TOTAL= | R\$ 620,31 |

| PROFISSIONAL | AIH           | CÓDIGO                          | SIGTAP            | TABELA PAULISTA                         |
|--------------|---------------|---------------------------------|-------------------|-----------------------------------------|
| DR.MARTA     | 3525117329800 | 0411010034 PARTO CESARIANO      | 55,20             | 124,24                                  |
|              | 3525117329811 | 0411010034 PARTO CESARIANO      | 55,20             | 124,24                                  |
|              | 3525117329822 | 0411010034 PARTO CESARIANO      | 55,20             | 124,24                                  |
|              | 3525117329833 | 0411010042 PARTO CESARIANO C/   | 55,20             | 124,24                                  |
|              | 3525117329888 | 0411010034 PARTO CESARIANO      | 55,20             | 124,24                                  |
|              | 3525117329899 | 0411010034 PARTO CESARIANO      | 55,20             | 124,24                                  |
|              | 3525117329932 | 0411010034 PARTO CESARIANO      | 55,20             | 124,24                                  |
|              | 3525117330273 | 0310010039 PARTO NORMAL         | 55,20             | 124,24                                  |
|              | 3525117330284 | 0411010042 PARTO CESARIANO C/   | 55,20             | 124,24                                  |
|              | 3525117330295 | 0411010034 PARTO CESARIANO      | 55,20             | 124,24                                  |
|              | 3525117330317 | 0411010034 PARTO CESARIANO      | 55,20             | 124,24                                  |
|              | 3525117330328 | 0411010042 PARTO CESARIANO C/   | 55,20             | 124,24                                  |
|              | 3525117330339 | 0411010034 PARTO CESARIANO      | 55,20             | 124,24                                  |
|              | 3525117330450 | 0303140151 TRATAMENTO DE        | 44,77             | 134,31                                  |
|              | 3525117330471 | 0303010010 TRATAMENTO DE DENGUE | 38,88             | 116,64                                  |
|              |               |                                 | <b>R\$ 801,25</b> | <b>R\$ 1.866,07 TOTAL= R\$ 1.866,07</b> |



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

|                 |                                |
|-----------------|--------------------------------|
| Tipo de TED:    | TED para terceiros             |
| Conta origem:   | 03472 / 1292 / 000577518119-7  |
| Tipo de conta:  | Não foi possível recuperar     |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA                       |
| Nome:           | IRMANDADE SANTA CASA DE PONTAL |
| CPF/CNPJ:       | 55.110.753/0001-41             |

|                            |                                                   |
|----------------------------|---------------------------------------------------|
| Banco:                     | 756 - BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A. - 02038232 |
| Tipo de conta:             | 01 - Conta Corrente                               |
| Conta destino:             | 3214 / 00000055870-2                              |
| Tipo de pessoa:            | JURÍDICA                                          |
| Nome:                      | CANMINARE CLINICA MEDICA LTDA                     |
| CPF/CNPJ:                  | 30.777.077/0001-33                                |
| Valor:                     | R\$ 32.567,78                                     |
| Valor da tarifa:           | R\$ 0,00                                          |
| Finalidade:                | 10 - Crédito em Conta                             |
| Identificação da operação: | NF 163                                            |
| Histórico:                 |                                                   |

|                          |                     |
|--------------------------|---------------------|
| Data de débito:          | 26/08/2025          |
| Data / Hora da operação: | 26/08/2025 14:18:07 |

|                     |                  |
|---------------------|------------------|
| Código da operação: | 51320351         |
| Chave de segurança: | NV2KQT7RTUVUSN82 |

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

163

Código de Verificação de Autenticidade

LT95YSSYL

Data e Hora de Emissão da NFS-e

14/08/2025 às 15:41:40

Chave de Acesso

8655137B4512P3HBQGQU3WS5XX5CRFVV

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

14/08/2025

Optante Simples Nacional

Incentivo Fiscal

Regime Especial Tributação

Tipo ISS

2 - Não

2 - Não

Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP) 03 - Sobre Faturamento

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ

30.777.077/0001-33

RG/Inscrição Estadual

Inscrição Municipal

000010145

Cadastro

000037891

Nome/Razão Social

CANMINARE CLINICA MÉDICA LTDA

Logradouro

RUA ANANIAS COSTA FREITAS, 615

Complemento

Bairro

CENTRO

CEP

14180-000

Cidade

PONTAL-SP

Telefone

E-mail

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ/Documento

55.110.753/0001-41

RG/Inscrição Estadual

Inscrição Municipal

Nome/Razão Social

IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL

Logradouro

RUA ANANIAS COSTA FREITAS, 753, 753

Complemento

Bairro

CENTRO

CEP/Cod.Postal

14180-000

Cidade/País

PONTAL - SP

Cod. IBGE

3540200

Telefone

E-mail

rh@iscmpontal.com.br

| Discriminação dos Serviços |            |                                                                                             |  |  | Vlr. Unitário | Total         |
|----------------------------|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|---------------|---------------|
| Qtde.                      | Un. Medida | Descrição                                                                                   |  |  |               |               |
| 1,00                       | UN         | COMPLEMENTO TABELA SUS PAULISTA REFERENTE A ABRIL/25 E MAIO/25 (CONV 001/2022 TA 011/2025). |  |  | 35.457,57     | R\$ 35.457,57 |

Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS

LC 116/2003: 04.01

Medicina e biomedicina

Aliquota

2,00%

Atividade Município

0000040000001

Código CNAE

8630599

Construção Civil

Código da Obra

Código ART

Valor Total dos Serviços

Desconto Incondicionado

Deduções Base Cálculo

Base de Cálculo

Total do ISS

ISS Retido

Desconto Condicionado

R\$ 35.457,57

R\$ 0,00

R\$ 0,00

R\$ 35.457,57

R\$ 709,15

1 - Sim

R\$ 0,00

Retenções de Impostos

PIS (35.457,57 x 0,65%)

COFINS (35.457,57 x 3,00%)

INSS

IRRF (35.457,57 x 1,50%)

CSLL (35.457,57 x 1,00%)

Outras Retenções

R\$ 230,47

R\$ 1.063,73

R\$ 0,00

R\$ 531,86

R\$ 354,58

R\$ 0,00

Valor Líquido da NFS-e: R\$ 32.567,78

Val. Aprox. Tributos:

Informações Complementares

RECEBI(EMOS) DE CANMINARE CLINICA MÉDICA LTDA O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO 163 E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO LT95YSSYL.

Data

CPF/RG

Assinatura



## FATURAMENTO DE AIH TABELA PAULISTA REF:MAIO/25

100%

| PROFISSIONAL  | AIH           | CÓDIGO                          | SIGTAP | TABELA PAULISTA |
|---------------|---------------|---------------------------------|--------|-----------------|
| DR.LUIS RENAT | 3525117330977 | 0411020013 CURETAGEM POS-       | 21,12  | 84,48           |
|               | 3525117330988 | 0411020013 CURETAGEM POS-       | 21,12  | 84,48           |
|               | 3525117331000 | 0411010034 PARTO CESARIANO      | 61,18  | 138,78          |
|               | 3525117331010 | 0411010034 PARTO CESARIANO      | 61,18  | 138,78          |
|               | 3525117331021 | 0411010034 PARTO CESARIANO      | 61,18  | 138,78          |
|               | 3525117331032 | 0406020566 TRATAMENTO CIRURGICO | 172,01 | 516,03          |
|               | 3525117331043 | 0406020566 TRATAMENTO CIRURGICO | 172,01 | 516,03          |
|               | 3525117331054 | 0406020566 TRATAMENTO CIRURGICO | 172,01 | 516,03          |
|               | 3525117331065 | 0406020566 TRATAMENTO CIRURGICO | 172,01 | 516,03          |
|               | 3525117331076 | 0406020566 TRATAMENTO CIRURGICO | 172,01 | 516,03          |
|               | 3525117331087 | 0406020566 TRATAMENTO CIRURGICO | 172,01 | 516,03          |
|               | 3525117331098 | 0406020566 TRATAMENTO CIRURGICO | 172,01 | 516,03          |
|               | 3525117331109 | 0406020566 TRATAMENTO CIRURGICO | 172,01 | 516,03          |
|               | 3525117331110 | 0406020566 TRATAMENTO CIRURGICO | 172,01 | 516,03          |
|               | 3525117331120 | 0406020566 TRATAMENTO CIRURGICO | 172,01 | 516,03          |
|               | 3525117331131 | 0406020566 TRATAMENTO CIRURGICO | 172,01 | 516,03          |
|               | 3525117331142 | 0406020566 TRATAMENTO CIRURGICO | 172,01 | 516,03          |
|               | 3525117331153 | 0406020566 TRATAMENTO CIRURGICO | 172,01 | 516,03          |
|               | 3525117331164 | 0406020566 TRATAMENTO CIRURGICO | 172,01 | 516,03          |
|               | 3525117331186 | 0403020123 TRATAMENTO CIRURGICO | 60,73  | 182,19          |
|               | 3525117331197 | 0415040035 DEBRIDAMENTO DE      | 64,77  | 194,31          |
|               | 3525117331208 | 0415040035 DEBRIDAMENTO DE      | 64,77  | 194,31          |
|               | 3525117331219 | 0415040035 DEBRIDAMENTO DE      | 64,77  | 194,31          |
|               | 3525121402044 | 0411010042 PARTO CESARIANO C/   | 61,18  | 194,31          |
|               | 3525121402132 | 0415040035 DEBRIDAMENTO DE      | 64,77  | 194,31          |
|               | 3525121402154 | 0408010134 REDUCAO INCRUENTA DE | 20,00  | 65,00           |
|               | 3525121402165 | 0411010034 PARTO CESARIANO      | 61,18  | 138,78          |
|               | 3525121402176 | 0411010034 PARTO CESARIANO      | 61,18  | 138,78          |
|               | 3525121402187 | 0411010034 PARTO CESARIANO      | 61,18  | 138,78          |
|               | 3525121402198 | 0411010042 PARTO CESARIANO C/   | 61,18  | 138,78          |
|               | 3525121402209 | 0411010042 PARTO CESARIANO C/   | 61,18  | 138,78          |
|               | 3525121402210 | 0403020123 TRATAMENTO CIRURGICO | 60,73  | 182,19          |
|               | 3525121402286 | 0406020590 TROMBECTOMIA DO      | 80,59  | 241,70          |
|               | 3525121402297 | 0406020590 TROMBECTOMIA DO      | 80,59  | 241,70          |
|               | 3525121402308 | 0406020590 TROMBECTOMIA DO      | 80,59  | 241,70          |



|               |            |                      |               |        |               |  |
|---------------|------------|----------------------|---------------|--------|---------------|--|
| 3525121402319 | 0404010032 | AMIGDALECTOMIA C/    | 55,17         | 174,88 |               |  |
| 3525121402320 | 0408020407 | TRATAMENTO CIRÚRGICO | 28,29         | 91,94  |               |  |
| 3525121402330 | 0408020539 | TRATAMENTO CIRÚRGICO | 24,87         | 80,82  |               |  |
| 3525121402506 | 0411010034 | PARTO CESARIANO      | 61,18         | 138,78 |               |  |
| 3525121402517 | 0411010034 | PARTO CESARIANO      | 61,18         | 138,78 |               |  |
| 3525121402528 | 0411010034 | PARTO CESARIANO      | 61,18         | 138,78 |               |  |
| 3525121402539 | 0411010034 | PARTO CESARIANO      | 61,18         | 138,78 |               |  |
| 3525121402540 | 0411010034 | PARTO CESARIANO      | 61,18         | 138,78 |               |  |
| 3525121402550 | 0411010034 | PARTO CESARIANO      | 61,18         | 138,78 |               |  |
| 3525121402561 | 0411010034 | PARTO CESARIANO      | 61,18         | 138,78 |               |  |
| 3525121402572 | 0408050195 | REDUCAO INCRUENTA DA | 84,00         | 273,00 |               |  |
| 3525121402583 | 0415040035 | DEBRIDAMENTO DE      | 64,77         | 194,31 |               |  |
| 3525121402594 | 0408050470 | TRATAMENTO CIRURGICO | 37,68         | 122,46 |               |  |
| 3525121402759 | 0411010042 | PARTO CESARIANO C/   | 61,18         | 138,78 |               |  |
| 3525121402760 | 0411010034 | PARTO CESARIANO      | 61,18         | 138,78 |               |  |
| 3525121402770 | 0415040035 | DEBRIDAMENTO DE      | 64,77         | 194,31 |               |  |
| 3525121402781 | 0415040035 | DEBRIDAMENTO DE      | 64,77         | 194,31 |               |  |
| 3525121402792 | 0415040035 | DEBRIDAMENTO DE      | 64,77         | 194,31 |               |  |
| 3525121402803 | 0406020590 | TROMBECTOMIA DO      | 80,59         | 241,70 |               |  |
| 3525121402814 | 0415040035 | DEBRIDAMENTO DE      | 64,77         | 194,31 |               |  |
| 3525121402825 | 0408020202 | REDUÇÃO INCRUENTA DE | 84,00         | 273,00 |               |  |
| 3525121402836 | 0406020566 | TRATAMENTO CIRURGICO | 172,01        | 516,03 |               |  |
| 3525121402847 | 0406020566 | TRATAMENTO CIRURGICO | 172,01        | 516,03 |               |  |
| 3525121402858 | 0406020566 | TRATAMENTO CIRURGICO | 172,01        | 516,03 |               |  |
| 3525121402869 | 0406020566 | TRATAMENTO CIRURGICO | 172,01        | 516,03 |               |  |
| 3525121402870 | 0406020566 | TRATAMENTO CIRURGICO | 172,01        | 516,03 |               |  |
| 3525121402880 | 0406020566 | TRATAMENTO CIRURGICO | 172,01        | 516,03 |               |  |
| 3525121402891 | 0406020566 | TRATAMENTO CIRURGICO | 172,01        | 516,03 |               |  |
| 3525121402902 | 0406020566 | TRATAMENTO CIRURGICO | 172,01        | 516,03 |               |  |
| 3525121402913 | 0406020566 | TRATAMENTO CIRURGICO | 172,01        | 516,03 |               |  |
| 3525121402924 | 0406020566 | TRATAMENTO CIRURGICO | 172,01        | 516,03 |               |  |
| 3525121402935 | 0406020566 | TRATAMENTO CIRURGICO | 172,01        | 516,03 |               |  |
| 3525121402946 | 0406020566 | TRATAMENTO CIRURGICO | 172,01        | 516,03 |               |  |
| R\$ 6.976,50  |            |                      | R\$ 20.300,38 | TOTAL= | R\$ 20.300,38 |  |

| PROFISSIONAL | AIH           | CÓDIGO                           | SIGTAP | TABELA PAULISTA |
|--------------|---------------|----------------------------------|--------|-----------------|
| DR.LUIS RENA | 3525117329778 | 0411010034 PARTO CESARIANO       | 61,18  | 138,78          |
|              | 3525117329789 | 0411010042 PARTO CESARIANO C/    | 61,18  | 138,78          |
|              | 3525117329790 | 0411010034 PARTO CESARIANO       | 61,18  | 138,78          |
|              | 3525117329800 | 0411010034 PARTO CESARIANO       | 61,18  | 138,78          |
|              | 3525117329811 | 0411010034 PARTO CESARIANO       | 61,18  | 138,78          |
|              | 3525117329822 | 0411010034 PARTO CESARIANO       | 61,18  | 138,78          |
|              | 3525117329833 | 0411010042 PARTO CESARIANO C/    | 61,18  | 138,78          |
|              | 3525117329844 | 0411010034 PARTO CESARIANO       | 61,18  | 138,78          |
|              | 3525117329855 | 0411010042 PARTO CESARIANO C/    | 61,18  | 138,78          |
|              | 3525117329866 | 0411010034 PARTO CESARIANO       | 61,18  | 138,78          |
|              | 3525117329877 | 0411010034 PARTO CESARIANO       | 61,18  | 138,78          |
|              | 3525117329888 | 0411010034 PARTO CESARIANO       | 61,18  | 138,78          |
|              | 3525117329899 | 0411010034 PARTO CESARIANO       | 61,18  | 138,78          |
|              | 3525117329932 | 0411010034 PARTO CESARIANO       | 61,18  | 138,78          |
|              | 3525117329943 | 0408050497 TRATAMENTO CIRÚRGICO  | 50,74  | 152,22          |
|              | 3525117329954 | 0408050195 REDUCAO INCRUENTA DA  | 84,00  | 273,00          |
|              | 3525117329965 | 0415040035 DEBRIDAMENTO DE       | 64,77  | 194,31          |
|              | 3525117329976 | 0415040035 DEBRIDAMENTO DE       | 64,77  | 194,31          |
|              | 3525117329987 | 0406020590 TROMBECTOMIA DO       | 80,59  | 241,70          |
|              | 3525117329998 | 0406020590 TROMBECTOMIA DO       | 80,59  | 241,70          |
|              | 3525117330009 | 0415040035 DEBRIDAMENTO DE       | 64,77  | 194,31          |
|              | 3525117330010 | 0415040035 DEBRIDAMENTO DE       | 64,77  | 194,31          |
|              | 3525117330020 | 0404020771 RESSECÇÃO DE LESÃO DA | 42,48  | 127,44          |
|              | 3525117330031 | 0406020566 TRATAMENTO CIRURGICO  | 172,01 | 516,03          |
|              | 3525117330042 | 0406020566 TRATAMENTO CIRURGICO  | 172,01 | 516,03          |
|              | 3525117330053 | 0406020566 TRATAMENTO CIRURGICO  | 172,01 | 516,03          |
|              | 3525117330064 | 0406020566 TRATAMENTO CIRURGICO  | 172,01 | 516,03          |
|              | 3525117330075 | 0406020566 TRATAMENTO CIRURGICO  | 172,01 | 516,03          |
|              | 3525117330108 | 0415040035 DEBRIDAMENTO DE       | 64,77  | 194,31          |
|              | 3525117330119 | 0415040035 DEBRIDAMENTO DE       | 64,77  | 194,31          |
|              | 3525117330120 | 0415040035 DEBRIDAMENTO DE       | 64,77  | 194,31          |
|              | 3525117330130 | 0406020566 TRATAMENTO CIRURGICO  | 172,01 | 516,03          |
|              | 3525117330141 | 0406020566 TRATAMENTO CIRURGICO  | 172,01 | 516,03          |
|              | 3525117330152 | 0406020566 TRATAMENTO CIRURGICO  | 172,01 | 516,03          |
|              | 3525117330163 | 0406020566 TRATAMENTO CIRURGICO  | 172,01 | 516,03          |
|              | 3525117330174 | 0406020566 TRATAMENTO CIRURGICO  | 172,01 | 516,03          |
|              | 3525117330185 | 0406020566 TRATAMENTO CIRURGICO  | 172,01 | 516,03          |
|              | 3525117330196 | 0411020013 CURETAGEM POS-        | 21,12  | 84,48           |
|              | 3525117330229 | 0408060310 RESSECÇÃO SIMPLES DE  | 35,37  | 114,95          |
|              | 3525117330230 | 0406020566 TRATAMENTO CIRURGICO  | 172,01 | 516,03          |
|              | 3525117330240 | 0406020566 TRATAMENTO CIRURGICO  | 172,01 | 516,03          |



|                                               |        |                                           |
|-----------------------------------------------|--------|-------------------------------------------|
| 3525117330251 0406020566 TRATAMENTO CIRURGICO | 172,01 | 516,03                                    |
| 3525117330262 0415040035 DEBRIDAMENTO DE      | 64,77  | 194,31                                    |
| 3525117330284 0411010042 PARTO CESARIANO C/   | 61,18  | 138,78                                    |
| 3525117330295 0411010034 PARTO CESARIANO      | 61,18  | 138,78                                    |
| 3525117330306 0411010034 PARTO CESARIANO      | 61,18  | 138,78                                    |
| 3525117330317 0411010034 PARTO CESARIANO      | 61,18  | 138,78                                    |
| 3525117330328 0411010042 PARTO CESARIANO C/   | 61,18  | 138,78                                    |
| 3525117330339 0411010034 PARTO CESARIANO      | 61,18  | 138,78                                    |
| 3525117330340 0411010042 PARTO CESARIANO C/   | 61,18  | 138,78                                    |
| 3525117330449 0406020590 TROMBECTOMIA DO      | 80,59  | 241,70                                    |
| 3525117330460 0406020590 TROMBECTOMIA DO      | 80,59  | 241,70                                    |
| 3525117330482 0408020393 TRATAMENTO CIRÚGICO  | 36,73  | 119,37                                    |
| 3525117330493 0408020393 TRATAMENTO CIRÚGICO  | 36,73  | 119,37                                    |
| 3525117330526 0408010134 REDUCAO INCRUENTA DE | 20,00  | 65,00                                     |
| 3525117330537 0404010032 AMIGDALECTOMIA C/    | 55,17  | 174,88                                    |
| 3525117330548 0411010034 PARTO CESARIANO      | 61,18  | 138,78                                    |
| 3525117330559 0411010034 PARTO CESARIANO      | 61,18  | 138,78                                    |
| 3525117330560 0411010034 PARTO CESARIANO      | 61,18  | 138,78                                    |
| 3525117330570 0411010042 PARTO CESARIANO C/   | 61,18  | 138,78                                    |
| 3525117330581 0411010034 PARTO CESARIANO      | 61,18  | 138,78                                    |
| 3525117330614 0408020407 TRATAMENTO CIRÚGICO  | 28,29  | 91,94                                     |
| 3525117330625 0415040035 DEBRIDAMENTO DE      | 64,77  | 194,31                                    |
| 3525117330636 0415040035 DEBRIDAMENTO DE      | 64,77  | 194,31                                    |
| 3525117330647 0408020407 TRATAMENTO CIRÚGICO  | 28,29  | 91,94                                     |
| <b>R\$ 5.407,80</b>                           |        | <b>R\$ 15.157,19 TOTAL= R\$ 15.157,19</b> |



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

|                        |                                |
|------------------------|--------------------------------|
| <b>Tipo de TED:</b>    | TED para terceiros             |
| <b>Conta origem:</b>   | 03472 / 1292 / 000577518119-7  |
| <b>Tipo de conta:</b>  | Não foi possível recuperar     |
| <b>Tipo de pessoa:</b> | JURÍDICA                       |
| <b>Nome:</b>           | IRMANDADE SANTA CASA DE 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            |
| <b>CPF/CNPJ:</b>                  | 14.860.259/0001-17                                |
| <b>Valor:</b>                     | R\$ 12.648,75                                     |
| <b>Valor da tarifa:</b>           | R\$ 0,00                                          |
| <b>Finalidade:</b>                | 10 - Crédito em Conta                             |
| <b>Identificação da operação:</b> | NF 473                                            |
| <b>Histórico:</b>                 |                                                   |

|                                 |                     |
|---------------------------------|---------------------|
| <b>Data de débito:</b>          | 26/08/2025          |
| <b>Data / Hora da operação:</b> | 26/08/2025 14:18:25 |

|                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| <b>Código da operação:</b> | 51363358         |
| <b>Chave de segurança:</b> | GAGPN42ZCHNMCH4L |

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  
473

**Dados do Prestador de Serviço****Ginecologia e Obstetria Servicos Medicos S/s**

Rua Miguel Del Ré, 87 - 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

**14/08/2025 15:58:19**

Data de Competência

**14/08/2025**

Cód. de Autenticidade

**A26067A89**

Responsável pela Retenção

**Identificação da Nota Fiscal Eletrônica**

Natureza da Operação

**Exigível**

Número do RPS

Série do RPS

Data de Emissão do RPS

Local dos Serviços

**Pontal - São Paulo**

Município Incidência

**Ribeirão Preto - São Paulo****Dados do Tomador de Serviços****CNPJ/CPF :** 55.110.753/0001-41**IM :****Razão Social :** IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL**Endereço :** Rua Ananias da Costa Freitas**Número :** 753**Complemento :****Bairro :** Centro**CEP :** 14180-039**Cidade/UF :** Pontal/ SP**Telefone :****E-mail :** [contasmedicas@iscmpontal.com.br](mailto:contasmedicas@iscmpontal.com.br)**Dados do Intermediário de Serviços**

CNPJ/CPF

Inscrição Municipal

Razão Social

**Descrição dos Serviços**

COMPLEMENTO TABELA SUS PAULISTA REFERENTE A ABRIL/25 E MAIO/25 (CONV 001/2022 TA 011/2025).

**Detalhamento dos Tributos**

Atividade do Município

**40101 - Medicina -**

Alíquota

**2,00**

Item da LC116/2003

**403**

Cód. NBS

Cód. CNAE

**8610102****VI. Total dos Serviços****R\$ 13.477,62**

Desconto Incondicionado

**R\$ 0,00**

Deduções Base Cálculo

**R\$ 0,00**

Base de Cálculo

**R\$ 13.477,62**

Total do ISSQN

**R\$ 269,55**

ISSQN Retido

**Não**

Desconto Condicionado

**R\$ 0,00**

PIS

**R\$ 87,60**

COFINS

**R\$ 404,33**

INSS

**R\$ 0,00**

IRRF

**R\$ 202,16**

CSLL

**R\$ 134,78**

Outras Retenções

**R\$ 0,00**

VI. ISSQN Retido

**R\$ 0,00**

VI. Líquido da Nota Fiscal

**R\$ 12.648,75****Construção Civil****Cód. Obra :****Art. :****Informações Adicionais**Consulte a autenticidade deste documento acessando o site: <https://www.issnetonline.com.br/ribeiraopreto/online>

## FATURAMENTO DE AIH TABELA PAULISTA REF:MAIO/25

100%

| PROFISSIONAL | AIH           | CÓDIGO                        | SIGTAP       | TABELA PAULISTA |        |              |
|--------------|---------------|-------------------------------|--------------|-----------------|--------|--------------|
| DR.GUSTAVO   | 3525117330977 | 0411020013 CURETAGEM POS-     | 49,29        | 197,16          |        |              |
|              | 3525117330988 | 0411020013 CURETAGEM POS-     | 49,29        | 197,16          |        |              |
|              | 3525117330999 | 0310010039 PARTO NORMAL       | 175,80       | 879,00          |        |              |
|              | 3525117331000 | 0411010034 PARTO CESARIANO    | 115,42       | 259,40          |        |              |
|              | 3525117331010 | 0411010034 PARTO CESARIANO    | 115,42       | 259,40          |        |              |
|              | 3525117331021 | 0411010034 PARTO CESARIANO    | 34,63        | 77,78           |        |              |
|              | 3525121402044 | 0411010042 PARTO CESARIANO C/ | 115,42       | 259,40          |        |              |
|              | 3525121402165 | 0411010034 PARTO CESARIANO    | 115,42       | 259,40          |        |              |
|              | 3525121402176 | 0411010034 PARTO CESARIANO    | 34,63        | 77,78           |        |              |
|              | 3525121402187 | 0411010034 PARTO CESARIANO    | 115,42       | 259,40          |        |              |
|              | 3525121402198 | 0411010042 PARTO CESARIANO C/ | 115,42       | 259,40          |        |              |
|              | 3525121402209 | 0411010042 PARTO CESARIANO C/ | 115,42       | 259,40          |        |              |
|              | 3525121402506 | 0411010034 PARTO CESARIANO    | 115,42       | 259,40          |        |              |
|              | 3525121402517 | 0411010034 PARTO CESARIANO    | 115,42       | 259,40          |        |              |
|              | 3525121402528 | 0411010034 PARTO CESARIANO    | 115,42       | 259,40          |        |              |
|              | 3525121402539 | 0411010034 PARTO CESARIANO    | 115,42       | 259,40          |        |              |
|              | 3525121402540 | 0411010034 PARTO CESARIANO    | 115,42       | 259,40          |        |              |
|              | 3525121402550 | 0411010034 PARTO CESARIANO    | 115,42       | 259,40          |        |              |
|              | 3525121402561 | 0411010034 PARTO CESARIANO    | 115,42       | 259,40          |        |              |
|              | 3525121402759 | 0411010042 PARTO CESARIANO C/ | 115,42       | 259,40          |        |              |
|              | 3525121402760 | 0411010034 PARTO CESARIANO    | 115,42       | 259,40          |        |              |
|              |               |                               | R\$ 2.190,40 | R\$ 5.579,28    | TOTAL= | R\$ 5.579,28 |



| PROFISSIONAL | AIH           | CÓDIGO                        | SIGTAP              | TABELA PAULISTA                         |
|--------------|---------------|-------------------------------|---------------------|-----------------------------------------|
| DR.GUSTAVO   | 3525117329778 | 0411010034 PARTO CESARIANO    | 115,42              | 259,40                                  |
|              | 3525117329789 | 0411010042 PARTO CESARIANO C/ | 115,42              | 259,40                                  |
|              | 3525117329790 | 0411010034 PARTO CESARIANO    | 115,42              | 259,40                                  |
|              | 3525117329800 | 0411010034 PARTO CESARIANO    | 115,42              | 259,40                                  |
|              | 3525117329811 | 0411010034 PARTO CESARIANO    | 115,42              | 259,40                                  |
|              | 3525117329822 | 0411010034 PARTO CESARIANO    | 115,42              | 259,40                                  |
|              | 3525117329833 | 0411010042 PARTO CESARIANO C/ | 115,42              | 259,40                                  |
|              | 3525117329844 | 0411010034 PARTO CESARIANO    | 115,42              | 259,40                                  |
|              | 3525117329855 | 0411010042 PARTO CESARIANO C/ | 34,63               | 77,78                                   |
|              | 3525117329866 | 0411010034 PARTO CESARIANO    | 115,42              | 259,40                                  |
|              | 3525117329877 | 0411010034 PARTO CESARIANO    | 115,42              | 259,40                                  |
|              | 3525117329888 | 0411010034 PARTO CESARIANO    | 115,42              | 259,40                                  |
|              | 3525117329899 | 0411010034 PARTO CESARIANO    | 115,42              | 259,40                                  |
|              | 3525117329932 | 0411010034 PARTO CESARIANO    | 115,42              | 259,40                                  |
|              | 3525117329965 | 0415040035 DEBRIDAMENTO DE    | 151,14              | 259,40                                  |
|              | 3525117330196 | 0411020013 CURETAGEM POS-     | 49,29               | 197,16                                  |
|              | 3525117330273 | 0310010039 PARTO NORMAL       | 175,80              | 879,00                                  |
|              | 3525117330284 | 0411010042 PARTO CESARIANO C/ | 115,42              | 259,40                                  |
|              | 3525117330295 | 0411010034 PARTO CESARIANO    | 115,42              | 259,40                                  |
|              | 3525117330306 | 0411010034 PARTO CESARIANO    | 115,42              | 259,40                                  |
|              | 3525117330317 | 0411010034 PARTO CESARIANO    | 115,42              | 259,40                                  |
|              | 3525117330328 | 0411010042 PARTO CESARIANO C/ | 115,42              | 259,40                                  |
|              | 3525117330339 | 0411010034 PARTO CESARIANO    | 115,42              | 259,40                                  |
|              | 3525117330340 | 0411010042 PARTO CESARIANO C/ | 115,42              | 259,40                                  |
|              | 3525117330548 | 0411010034 PARTO CESARIANO    | 115,42              | 259,40                                  |
|              | 3525117330559 | 0411010034 PARTO CESARIANO    | 115,42              | 259,40                                  |
|              | 3525117330560 | 0411010034 PARTO CESARIANO    | 115,42              | 259,40                                  |
|              | 3525117330570 | 0411010042 PARTO CESARIANO C/ | 115,42              | 259,40                                  |
|              | 3525117330581 | 0411010034 PARTO CESARIANO    | 115,42              | 259,40                                  |
|              |               |                               | <b>R\$ 3.296,44</b> | <b>R\$ 7.898,34 TOTAL= R\$ 7.898,34</b> |



Consulta de TED Enviada

Via Internet Banking CAIXA

|                             |                                |
|-----------------------------|--------------------------------|
| Tipo de TED:                | STR0008                        |
| Agência/Conta destino:      | 0028/000013004663-7            |
| Tipo de conta destino:      | CC                             |
| Nome do destinatário 1:     | CLINICA MEDICA DRA MARIANA T D |
| CPF/CNPJ do destinatário 1: | 29637263000198                 |
| Valor (R\$):                | 1.284,83                       |
| Valor da tarifa (R\$):      | 0,00                           |
| Finalidade:                 | Credito em Conta               |
| Data-Hora da operação:      | 26/08/2025                     |
| Nr. Doc:                    | 463733                         |
| Número de Controle CAIXA:   | 651463733                      |

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





**PM DE SAO JOAQUIM DA BARRA**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAQUIM DA BARRA**  
**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e**



Número da NFS-e

662

Código de Verificação de Autenticidade

D9PTRNJKH

Data e Hora de Emissão da NFS-e

13/08/2025 às 15:21:20

Chave de Acesso

2226210DKUNBOY7M6O3VYVP6DIW4WJPX

Para certificação da autenticidade acesse  
<http://intranet.saojoaquimdabarra.sp.gov.br>  
 :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>SAO JOAQUIM DA BARRA-<br>SP                                            | Local da Prestação<br>PONTAL - SP |
| Número do RPS                       | Série do RPS                | Tipo do RPS                                                                                              | Data do RPS<br>13/08/2025         |
| 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>29.637.263/0001-98          | RG/Inscrição Estadual<br>14290    | Inscrição Municipal<br>054805 | Nome/Razão Social<br>CLÍNICA MÉDICA DRA MARIANA TEIXEIRA DEZEM EIRELI |
| Logradouro<br>R. RUA SAO JOAQUIM, 00253 | Complemento                       | Bairro<br>VILA VIRGÍNIA       |                                                                       |
| CEP<br>14604-106                        | Cidade<br>SÃO JOAQUIM DA BARRA-SP | Telefone<br>(16)3811-3337     | E-mail<br>mariana_teixeira_dezem@hotmail.com                          |

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

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

**Discriminação dos Serviços**

| Qtde. | Un. Medida | Descrição                                                                                   | Vlr. Unitário | Total        |
|-------|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------|
| 1,00  | UN         | COMPLEMENTO TABELA SUS PAULISTA REFERENTE A ABRIL/25 E MAIO/25 (CONV 001/2022 TA 011/2025). | 1.369,03      | R\$ 1.369,03 |

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

|                    |                   |                                      |             |                |            |
|--------------------|-------------------|--------------------------------------|-------------|----------------|------------|
| LC 116/2003: 04.01 | Alíquota<br>3,00% | Atividade Município<br>0000040000001 | Código CNAE | Código da Obra | Código ART |
|--------------------|-------------------|--------------------------------------|-------------|----------------|------------|

**Construção Civil**

|                                          |                                     |                                   |                                 |                           |                       |                                   |
|------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|---------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| Valor Total dos Serviços<br>R\$ 1.369,03 | Desconto Incondicionado<br>R\$ 0,00 | Deduções Base Cálculo<br>R\$ 0,00 | Base de Cálculo<br>R\$ 1.369,03 | Total do ISS<br>R\$ 41,07 | ISS Retido<br>2 - Não | Desconto Condicionado<br>R\$ 0,00 |
|------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|---------------------------|-----------------------|-----------------------------------|

**Retenções de Impostos**

|                                    |                                        |                  |                                      |                                      |                              |
|------------------------------------|----------------------------------------|------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------|
| PIS (1.369,03 x 0,65%)<br>R\$ 8,90 | COFINS (1.369,03 x 3,00%)<br>R\$ 41,07 | INSS<br>R\$ 0,00 | IRRF (1.369,03 x 1,50%)<br>R\$ 20,54 | CSLL (1.369,03 x 1,00%)<br>R\$ 13,69 | Outras Retenções<br>R\$ 0,00 |
|------------------------------------|----------------------------------------|------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------|

Valor Líquido da NFS-e: R\$ 1.284,83

Val. Aprox. Tributos:

**Informações Complementares**

RECEBI(EMOS) DE CLÍNICA MÉDICA DRA MARIANA TEIXEIRA DEZEM EIRELI O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO 662 E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO D9PTRNJKH.

Data

CPF/RG

Assinatura



## FATURAMENTO DE AIH TABELA PAULISTA REF:MAIO/25

100%

| PROFISSIONAL | AIH           | CÓDIGO                        | SIGTAP     | TABELA PAULISTA |        |            |
|--------------|---------------|-------------------------------|------------|-----------------|--------|------------|
| DR.MARIANA   | 3525117331000 | 0411010034 PARTO CESARIANO    | 55,20      | 124,24          |        |            |
|              | 3525121402176 | 0411010034 PARTO CESARIANO    | 55,20      | 124,24          |        |            |
|              | 3525121402198 | 0411010042 PARTO CESARIANO C/ | 55,20      | 124,24          |        |            |
|              | 3525121402209 | 0411010042 PARTO CESARIANO C/ | 55,20      | 124,24          |        |            |
|              | 3525121402385 | 0305020013 TRATAMENTO DA      | 4,85       | 14,55           |        |            |
|              | 3525121402396 | 0303140151 TRATAMENTO DE      | 52,23      | 156,69          |        |            |
|              | 3525121402407 | 0303140151 TRATAMENTO DE      | 44,77      | 134,34          |        |            |
|              |               |                               | R\$ 322,66 | R\$ 802,54      | TOTAL= | R\$ 802,54 |

| PROFISSIONAL | AIH           | CÓDIGO                          | SIGTAP     | TABELA PAULISTA   |            |
|--------------|---------------|---------------------------------|------------|-------------------|------------|
| DR.MARIANA   | 3525117329701 | 0303140046 TRATAMENTO DAS       | 17,14      | 51,42             |            |
|              | 3525117329756 | 0305020013 TRATAMENTO DA        | 19,27      | 57,00             |            |
|              | 3525117329855 | 0411010042 PARTO CESARIANO C/   | 55,20      | 124,24            |            |
|              | 3525117329877 | 0411010034 PARTO CESARIANO      | 55,20      | 124,24            |            |
|              | 3525117330306 | 0411010034 PARTO CESARIANO      | 55,20      | 124,24            |            |
|              | 3525117330834 | 0303080094 TRATAMENTO DE OUTRAS | 28,45      | 85,35             |            |
|              |               |                                 | R\$ 230,46 | R\$ 566,49 TOTAL= | R\$ 566,49 |