

ANEXO RP-12

REPASSES AO TERCEIRO SETOR - DEMONSTRATIVO INTEGRAL DAS RECEITAS E DESPESAS - TERMO DE CONVÊNIO

ÓRGÃO PÚBLICO CONVENIENTE: PREFEITURA MUNICIPAL DE CONCHAL - SP

CONVENIADA: ASSOCIACAO FILHAS DE SÃO CAMILO

CNPJ: 61.986.402/0014-16

ENDEREÇO E CEP: Rua das Angélicas, 730 – Centro – Conchal – SP 13835-000

RESPONSÁVEL PELA CONVENIADA: NIDJA CLAUDIA LIMA ARRUDA

CPF: 344.770.473-04

OBJETO: Atendimento médico no serviço de traumatologia-ortopedia, incluindo cirurgias ortopédicas, cirurgias de urgência/emergência com utilização de próteses e órteses contempladas pela tabela SUS, plantões de disponibilidade, durante 24 h/dia, 7 dias na semana, conforme escala de disponibilidade médica e atendimento ambulatorial em aproximadamente 3 vezes na semana, conforme demanda; realização de plantões de disponibilidades nas áreas de ginecologia/obstetrícia, clínica médica, anestesiologia, pediatria/neonatologia, durante 24h/dia, 7 dias na semana e cirurgias geral e eletivas, estas livres demanda, referenciadas pelo Município; e atendimento do setor de Pronto Socorro (urgência/emergência), com cobertura 24 horas por 7 dias na semana, através de equipe multidisciplinar – que contará com 02 médicos no período noturno, escalista, enfermeiros, técnicos de enfermagem, técnicos de radiologia, farmacêutico, técnico de imobilização ortopédica, recepção, fisioterapia, apoio(copa, cozinha, lavanderia) setor administrativo e serviços de limpeza, conforme escala, bem como, para custeio dos serviços prestados, insumos, medicamentos e materiais utilizados no setor.

EXERCÍCIO: 2025

ORIGEM DOS RECURSOS (1):

DOCUMENTO	DATA	VIGÊNCIA	VALOR - R\$	
Termo de Convênio nº 01 2025	07/01/2025	01/01/2025 a 31/12/2025	7.369.344,00	
Aditamento nº				
Aditamento nº				
DEMONSTRATIVO DOS RECURSOS DISPONÍVEIS NO EXERCÍCIO				
DATA PREVISTA PARA O REPASSE (2)	VALORES PREVISTOS (R\$)	DATA DO REPASSE	NÚMERO DO DOCUMENTO DE CRÉDITO	VALORES REPASSADOS (R\$)
15/01/2025	614.112,00	10/02/2025	TED	614.112,00
15/02/2025	614.112,00	10/02/2025	TED	614.112,00
15/03/2025	614.112,00			
15/04/2025	614.112,00			
15/05/2025	614.112,00			
15/06/2025	614.112,00			
15/07/2025	614.112,00			
15/08/2025	614.112,00			
15/09/2025	614.112,00			

mebt

15/10/2025	614.112,00			
15/11/2025	614.112,00			
15/12/2025	614.112,00			
(A) SALDO DO EXERCÍCIO ANTERIOR				0,00
(B) REPASSES PÚBLICOS NO EXERCÍCIO				1.228.224,00
(C) RECEITAS COM APLICAÇÕES FINANCEIRAS DOS REPASSES PÚBLICOS				7.360,17
(D) OUTRAS RECEITAS DECORRENTES DA EXECUÇÃO DO AJUSTE (3)				
(E) TOTAL DE RECURSOS PÚBLICOS (A + B+ C + D)				1.235.584,17
(F) RECURSOS PRÓPRIOS DA ENTIDADE BENEFICIÁRIA				
(G) TOTAL DE RECURSOS DISPONÍVEIS NO EXERCÍCIO (E + F)				1.235.584,17

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

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

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

O(s) signatário(s), na qualidade de representante(s) ASSOCIACAO FILHAS DE SÃO CAMILO vem indicar, na forma abaixo detalhada, as despesas incorridas e pagas no exercício/2025 bem como as despesas a pagar no exercício seguinte.

DEMONSTRATIVO DAS DESPESAS INCORRIDAS NO EXERCÍCIO					
ORIGEM DOS RECURSOS (4):					
CATEGORIA OU FINALIDADE DA DESPESA (8)	DESPESAS CONTABILIZADAS NESTE EXERCÍCIO (R\$)	DESPESAS CONTABILIZADAS EM EXERCÍCIOS ANTERIORES E PAGAS NESTE EXERCÍCIO (R\$) (H)	DESPESAS CONTABILIZADAS NESTE EXERCÍCIO E PAGAS NESTE EXERCÍCIO (R\$) (I)	TOTAL DE DESPESAS PAGAS NESTE EXERCÍCIO (R\$) (J= H + I)	DESPESAS CONTABILIZADAS NESTE EXERCÍCIO A PAGAR EM EXERCÍCIOS SEGUINTE(S) (R\$)
Serviços Médicos	342.039,75	342.039,75		342.039,75	
Folha e Encargos Sociais	39.594,94	39.594,94		39.594,94	
Medicamentos e Material Hospitalar					
Higiene e limpeza e descartáveis					
Serviço de informática, telefonia e energia elétrica	2.066,42	2.066,42		2.066,42	
Serviço de sistemas e manutenção de equipamentos	1.420,15	1.420,15		1.420,15	
TOTAL	385.121,26	385.121,26		385.121,26	

mdt

ANEXO RP-14
REPASSES AO TERCEIRO SETOR - DEMONSTRATIVO INTEGRAL DAS
RECEITAS E DESPESAS

ÓRGÃO CONCESSOR: **PREFEITURA MUNICIPAL DE CONCHAL – SP**

TIPO DE CONCESSÃO: (1)

TERMO DE CONVENIO 01/2025 – LEI 2447 de 07/01/2025.

OBJETO: Atendimento médico no serviço de traumatologia-ortopedia, incluindo cirurgias ortopédicas, cirurgias de urgência/emergência com utilização de próteses e órteses contempladas pela tabela SUS, plantões de disponibilidade, durante 24 h/dia, 7 dias na semana, conforme escala de disponibilidade médica e atendimento ambulatorial em aproximadamente 3 vezes na semana, conforme demanda; realização de plantões de disponibilidades nas áreas de ginecologia/obstetrícia, clínica médica, anestesiologia, pediatria/neonatologia, durante 24h/dia, 7 dias na semana e cirurgias geral e eletivas, estas livres demanda, referenciadas pelo Município; e atendimento do setor de Pronto Socorro (urgência/emergência), com cobertura 24 horas por 7 dias na semana, através de equipe multidisciplinar – que contará com 02 médicos no período noturno, escalista, enfermeiros, técnicos de enfermagem, técnicos de radiologia, farmacêutico, técnico de imobilização ortopédica, recepção, fisioterapia, apoio(copa, cozinha, lavanderia) setor administrativo e serviços de limpeza, conforme escala, bem como, para custeio dos serviços prestados, insumos, medicamentos e materiais utilizados no setor.

EXERCÍCIO: **2025**

ENTIDADE BENEFICIÁRIA: **ASSOCIACAO FILHAS DE SÃO CAMILO**

CNPJ: **61.986.402/0014-16**

ENDEREÇO e CEP: **Rua das Angelicas, 730 – Centro – Conchal – SP 13835-000**

RESPONSÁVEL(IS) PELA ENTIDADE: **NIDJA CLAUDIA LIMA ARRUDA**

VALOR TOTAL RECEBIDO: 7.369.344,00

ORIGEM DOS RECURSOS(2):

DEMONSTRATIVO DOS REPASSES PÚBLICOS RECEBIDOS			
VALORES PREVISTOS – R\$	DOC. DE CRÉDITO Nº	DATA	VALORES REPASSADOS – R\$
614.112,00	TED	10/02/2025	614.112,00
614.112,00	TED	10/02/2025	614.112,00
614.112,00			
614.112,00			
614.112,00			
614.112,00			
614.112,00			
614.112,00			
614.112,00			
614.112,00			
614.112,00			
614.112,00			
614.112,00			

Handwritten signature

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

(1) Serviços Médicos.

(2) Folha de Pagamento e Encargos.

(3) Medicamentos e Material Hospitalar

(4) Higiene e limpeza e descartáveis

(5) Serviço de informática, telefonia e energia elétrica

(6) Serviço de sistemas e manutenção de equipamentos

(7) 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.

(8) 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 para entidades da área da Saúde.

DEMONSTRATIVO DO SALDO FINANCEIRO DO EXERCÍCIO	
(G) TOTAL DE RECURSOS DISPONÍVEL NO EXERCÍCIO	1.235.584,17
(J) DESPESAS PAGAS NO EXERCÍCIO (H+I)	385.121,26
(K) RECURSO PÚBLICO NÃO APLICADO [E – (J – F)]	
(L) VALOR DEVOLVIDO AO ÓRGÃO PÚBLICO	
(M) VALOR AUTORIZADO PARA APLICAÇÃO NO EXERCÍCIO SEGUINTE (K – L)	

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.

CONCHAL – SP – 24/03/2025

NIDJA CLÁUDIA LIMA ARRUDA
RG 55.507.638-6
CPF 344.770.473-04


Diretora Administrativa

RECEITA COM APLICAÇÕES FINANCEIRAS DOS REPASSES PÚBLICOS	7.360,17
TOTAL	1.235.584,17
RECURSOS PRÓPRIOS APLICADOS PELA ENTIDADE	

O(s) signatário(s), na qualidade de representante(s) da entidade beneficiária **ASSOCIACAO FILHAS DE SÃO CAMILO**, vem indicar, na forma abaixo detalhada, a aplicação dos recursos recebidos no exercício supra mencionado, na importância total de R\$ 7.369.344,00 (Sete milhões, trezentos e sessenta e nove mil, trezentos e quarenta e quatro reais).

RELAÇÃO DAS DESPESAS (4)			
Data	NF	Fornecedor	Valor
17/02/25	000078.	CLINICA MEDICA MENINO JESUS LTDA EPP	12.673,58
20/02/25		ADIANTAMENTO SALARIAL - 02/2025	39.594,94
20/02/25	000054.	WL ALMEIDA SRV MED	6.282,29
20/02/25	000112.	ZUCHERATO SERVIÇOS MEDICOS SS LTDA	4.896,81
20/02/25	002226.	RD SAUDE SOCIEDADE MEDICA SS	25.183,62
20/02/25	000993.	CHIQUITO, KILER E SOUSA SS	5.665,10
20/02/25	000032.	ALINE GADELHA MAIA	5.344,86
20/02/25	000162.	MASTER MISHIMA SERVIÇOS MEDICOS EIRELI	32.800,00
20/02/25	000340.	ALMEIDA & SALIONI SERVIÇOS MEDICOS SS	4.360,80
20/02/25	000245.	LTG SERVIÇOS MEDICOS EIRELI	10.000,00
20/02/25	000980.	TRALDI OFTALMOLOGIA E ORTOPEDIA AVANÇADA LTDA	6.282,29
21/02/25	001350.	CARDIOEQUIPE SS	10.493,17
21/02/25	000020.	MERCI SERVIÇOS MEDICOS	8.176,50
21/02/25	000113.	OMM SERVIÇOS MEDICOS LTDA	6.000,00
21/02/25	000672.	EDEVALDO VALENTIM GOMES BEATO EIRELI	9.962,12
21/02/25	000024.	RANYERE R. M. S SERVIÇOS MEDICOS LTDA	4.500,00
21/02/25	000036.	HITALO SILVA SERVIÇOS MEDICOS LTDA	9.000,00
21/02/25	000208.	CASTILHO FIGUEIREDO CLINICA MEDICA LTDA	6.282,29
21/02/25	000023.	PAULINO SERVIÇOS MEDICOS LTDA	3.000,00
21/02/25	000117.	ADEMIR ESPERIDIAO SANTOS SEGUNDO SERVIÇOS MEDICOS LTDA ME	4.500,00
21/02/25	000119.	ADELSON DOS SANTOS SILVA JUNIOR SERVIÇOS MEDICOS LTDA	3.000,00
21/02/25	000001.	ANA CLAUDIA SARAIVA ROCHA SERVIÇOS MEDICOS LTDA	1.500,00
21/02/25	000053.	SLP SOCIEDADE LIMEIRENSE DE PEDIATRIA DE LIMEIRA LTDA	6.813,75
24/02/25	000112.	AUGUSTO FORTUNATO DE GODOI EIRELI ME	25.892,25
24/02/25	000003.	CLINICA MEDICA MEDICA COIMBRA LTDA	3.637,50
24/02/25	000107.	GERMAN FONG ROCA EPP	26.744,32
24/02/25	000866.	VETOR MEDICINA ESPECIALIZADA SS	2.725,50
24/02/25	000144.	E. DE ASSIS PINHEIRO SERVIÇOS MEDICOS EIRELI	6.400,00
24/02/25	000010.	L.L. BORBA SERVIÇOS MEDICOS LTDA	7.500,00
24/02/25	000001.	MARIA CLARA A. BRAMBILLA SERVIÇOS MEDICOS LTDA	7.500,00
24/02/25	000028.	ROCKFELLER SERVIÇOS MEDICOS LTDA	7.800,00
24/02/25	000074.	GERALDO ANDRE JORGE NERY SERVIÇOS MEDICOS LTDA	10.500,00
24/02/25	000073.	GERALDO ANDRE JORGE NERY SERVIÇOS MEDICOS LTDA	13.500,00
24/02/25	000118.	JHB MARONESI SERVIÇOS MEDICOS SS EIRELLI	2.725,50
26/02/25	000041.	AGUIAR PIRES SERVIÇOS MEDICOS LTDA	4.800,00
26/02/25	000021.	NILSON LUIZ FAVARETTO JUNIOR	3.542,00
27/02/25	044765.	S P DATA SERVIÇO DE PROCESSAMENTO DE DADOS LIMITADA	2.066,42
28/02/25	019323.	M.A. CAVALHIERI & CIA LTDA	1.420,15
28/02/25	000452.	ILFM SERVIÇOS MEDICOS LTDA	12.750,00
28/02/25	000455.	ILFM SERVIÇOS MEDICOS LTDA	3.080,00
28/02/25	000454.	ILFM SERVIÇOS MEDICOS LTDA	13.500,00

OK

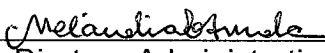
28/02/25	000252.	TIAGO FELTRIN SIERRA EIRELI ME	2.725,50
		Subtotal Fevereiro/2025	385.121,26

DEMONSTRATIVO DAS DESPESAS REALIZADAS		
CATEGORIA OU FINALIDADE DA DESPESA	PERÍODO DE REALIZAÇÃO	VALOR APLICADO R\$
Serviços Médicos	01/01/2025 a 31/12/2025	342.039,75
Folha e Encargos Sociais	01/01/2025 a 31/12/2025	39.594,94
Medicamentos e Material Hospitalar	01/01/2025 a 31/12/2025	
Higiene e limpeza e descartáveis	01/01/2025 a 31/12/2025	
Serviço de informática, telefonia e energia elétrica	01/01/2025 a 31/12/2025	2.066,42
Serviço de sistemas e manutenção de equipamentos	01/01/2025 a 31/12/2025	1.420,15
TOTAL DAS DESPESAS		385.121,26
RECURSO PÚBLICO NÃO APLICADO		
VALOR DEVOLVIDO AO ÓRGÃO CONCESSOR		
VALOR AUTORIZADO PARA APLICAÇÃO NO EXERCÍCIO SEGUINTE		

Declaramos, na qualidade de responsáveis pela entidade supra epigrafada, sob as penas da Lei, que a despesa relacionada, examinada pelo Conselho Fiscal, comprova a exata aplicação dos recursos recebidos para os fins indicados, conforme programa de trabalho aprovado, proposto ao Órgão Concessor.

CONCHAL – SP – 24/03/2025

NIDJA CLÁUDIA LIMA ARRUDA
RG 55.507.638-6
CPF 344.770.473-04


Diretora Administrativa

MEMBROS DO CONSELHO FISCAL: (nomes e assinatura)

-
- (1) Auxílio, subvenção ou contribuição.
 - (2) Origem dos recursos: federal, estadual ou municipal, devendo ser elaborado um Anexo para cada fonte de recurso.
 - (3) Notas Fiscais e recibos.
 - (4) No rol das despesas incluir também os gastos que não são classificados contabilmente como DESPESAS, como, por exemplo, aquisição de bens permanentes.

ANEXO RP-12

REPASSES AO TERCEIRO SETOR - DEMONSTRATIVO INTEGRAL DAS RECEITAS E DESPESAS - TERMO DE CONVÊNIO

ÓRGÃO PÚBLICO CONVENIENTE: PREFEITURA MUNICIPAL DE CONCHAL - SP

CONVENIADA: ASSOCIACAO FILHAS DE SÃO CAMILO

CNPJ: 61.986.402/0014-16

ENDEREÇO E CEP: Rua das Angélicas, 730 – Centro – Conchal – SP 13835-000

RESPONSÁVEL PELA CONVENIADA: NIDJA CLAUDIA LIMA ARRUDA

CPF: 344.770.473-04

OBJETO: Atendimento médico no serviço de traumatologia-ortopedia, incluindo cirurgias ortopédicas, cirurgias de urgência/emergência com utilização de próteses e órteses contempladas pela tabela SUS, plantões de disponibilidade, durante 24 h/dia, 7 dias na semana, conforme escala de disponibilidade médica e atendimento ambulatorial em aproximadamente 3 vezes na semana, conforme demanda; realização de plantões de disponibilidades nas áreas de ginecologia/obstetrícia, clínica médica, anestesiologia, pediatria/neonatologia, durante 24h/dia, 7 dias na semana e cirurgias geral e eletivas, estas livres demanda, referenciadas pelo Município; e atendimento do setor de Pronto Socorro (urgência/emergência), com cobertura 24 horas por 7 dias na semana, através de equipe multidisciplinar – que contará com 02 médicos no período noturno, escalista, enfermeiros, técnicos de enfermagem, técnicos de radiologia, farmacêutico, técnico de imobilização ortopédica, recepção, fisioterapia, apoio(copa, cozinha, lavanderia) setor administrativo e serviços de limpeza, conforme escala, bem como, para custeio dos serviços prestados, insumos, medicamentos e materiais utilizados no setor.

EXERCÍCIO: 2025

ORIGEM DOS RECURSOS (1):

DOCUMENTO	DATA	VIGÊNCIA	VALOR - R\$	
Termo de Convênio nº 01 2025	07/01/2025	01/01/2025 a 31/12/2025	7.369.344,00	
Aditamento nº				
Aditamento nº				
DEMONSTRATIVO DOS RECURSOS DISPONÍVEIS NO EXERCÍCIO				
DATA PREVISTA PARA O REPASSE (2)	VALORES PREVISTOS (R\$)	DATA DO REPASSE	NÚMERO DO DOCUMENTO DE CRÉDITO	VALORES REPASSADOS (R\$)
15/01/2025	614.112,00	10/02/2025	TED	614.112,00
15/02/2025	614.112,00	10/02/2025	TED	614.112,00
15/03/2025	614.112,00			
15/04/2025	614.112,00			
15/05/2025	614.112,00			
15/06/2025	614.112,00			
15/07/2025	614.112,00			
15/08/2025	614.112,00			
15/09/2025	614.112,00			

mebt

15/10/2025	614.112,00		
15/11/2025	614.112,00		
15/12/2025	614.112,00		
(A) SALDO DO EXERCÍCIO ANTERIOR			0,00
(B) REPASSES PÚBLICOS NO EXERCÍCIO			1.228.224,00
(C) RECEITAS COM APLICAÇÕES FINANCEIRAS DOS REPASSES PÚBLICOS			7.360,17
(D) OUTRAS RECEITAS DECORRENTES DA EXECUÇÃO DO AJUSTE (3)			
(E) TOTAL DE RECURSOS PÚBLICOS (A + B+ C + D)			1.235.584,17
(F) RECURSOS PRÓPRIOS DA ENTIDADE BENEFICIÁRIA			
(G) TOTAL DE RECURSOS DISPONÍVEIS NO EXERCÍCIO (E + F)			1.235.584,17

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

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

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

O(s) signatário(s), na qualidade de representante(s) ASSOCIACAO FILHAS DE SÃO CAMILO vem indicar, na forma abaixo detalhada, as despesas incorridas e pagas no exercício/2025 bem como as despesas a pagar no exercício seguinte.

DEMONSTRATIVO DAS DESPESAS INCORRIDAS NO EXERCÍCIO					
ORIGEM DOS RECURSOS (4):					
CATEGORIA OU FINALIDADE DA DESPESA (8)	DESPESAS CONTABILIZADAS NESTE EXERCÍCIO (R\$)	DESPESAS CONTABILIZADAS EM EXERCÍCIOS ANTERIORES E PAGAS NESTE EXERCÍCIO (R\$) (H)	DESPESAS CONTABILIZADAS NESTE EXERCÍCIO E PAGAS NESTE EXERCÍCIO (R\$) (I)	TOTAL DE DESPESAS PAGAS NESTE EXERCÍCIO (R\$) (J= H + I)	DESPESAS CONTABILIZADAS NESTE EXERCÍCIO A PAGAR EM EXERCÍCIOS SEGUINTE(S) (R\$)
Serviços Médicos	342.039,75	342.039,75		342.039,75	
Folha e Encargos Sociais	39.594,94	39.594,94		39.594,94	
Medicamentos e Material Hospitalar					
Higiene e limpeza e descartáveis					
Serviço de informática, telefonia e energia elétrica	2.066,42	2.066,42		2.066,42	
Serviço de sistemas e manutenção de equipamentos	1.420,15	1.420,15		1.420,15	
TOTAL	385.121,26	385.121,26		385.121,26	

mdt

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

(1) Serviços Médicos.

(2) Folha de Pagamento e Encargos.

(3) Medicamentos e Material Hospitalar

(4) Higiene e limpeza e descartáveis

(5) Serviço de informática, telefonia e energia elétrica

(6) Serviço de sistemas e manutenção de equipamentos

(7) 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.

(8) 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 para entidades da área da Saúde.

DEMONSTRATIVO DO SALDO FINANCEIRO DO EXERCÍCIO	
(G) TOTAL DE RECURSOS DISPONÍVEL NO EXERCÍCIO	1.235.584,17
(J) DESPESAS PAGAS NO EXERCÍCIO (H+I)	385.121,26
(K) RECURSO PÚBLICO NÃO APLICADO [E – (J – F)]	
(L) VALOR DEVOLVIDO AO ÓRGÃO PÚBLICO	
(M) VALOR AUTORIZADO PARA APLICAÇÃO NO EXERCÍCIO SEGUINTE (K – L)	

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.

CONCHAL – SP – 24/03/2025

NIDJA CLÁUDIA LIMA ARRUDA
RG 55.507.638-6
CPF 344.770.473-04


Diretora Administrativa

GERENCIADOR
CAIXA**Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED: TED para terceiros
Conta origem: 04718 / 1292 / 000577495369-2
Tipo de conta: 01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa: JURÍDICA
Nome: ASSOCIACAO FILHAS DE SAO CAMILO
CPF/CNPJ: 61.986.402/0014-16

Banco: 748 - BCO COOPERATIVO SICREDI S.A. 0000000 - 01181521
Tipo de conta: 01 - Conta Corrente
Conta destino: 0718 / 00000089159-0
Tipo de pessoa: JURÍDICA
Nome: CLINICA MEDICO MENINO JESUS LTDA
CPF/CNPJ: 18.413.049/0001-31
Valor: R\$ 12.673,58
Valor da tarifa: R\$ 0,00
Finalidade: 06 - Pagamento de Honorários
Identificação da operação: DR MARIO NF 78

Histórico:

Data de débito: 17/02/2025
Data / Hora da operação: 17/02/2025 16:46:27

Código da operação: 79418658
Chave de segurança: FZJ9UETCW6H4S4ZK

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

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

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



MUNICÍPIO DE MOGI MIRIM
SECRETARIA DE FINANÇAS

Nº da Nota - Serie
0000000078 - E

Autenticidade
12XB-J1RB

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFSe

Data de Emissão: **17/02/2025 16:24:43**
Competência (Serv.): **02/2025**



PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social.: **CLINICA MEDICA MENINO JESUS LTDA EPP**
Nome Fantasia:
CPF/CNPJ.....: **18.413.049/0001-31** IM: **33088** IE: Fone:
Endereço.....: **RUA VEREADOR ANTONIO ALBEJANTE,93 - CEP:13806761**
Município.....: **Mogi Mirim** UF: **SP** Email: **adm@clinicameninojesus.com.br**

TOMADOR DE SERVIÇOS

Razão Social.: **ASSOCIACAO FILHAS DE SAO CAMILO**
Nome Fantasia:
CPF/CNPJ.....: **61.986.402/0014-16** IM: IE: Fone:
Endereço.....: **RUA R DAS ANGELICAS,730 - CEP : 13835000, CENTRO**
Município.....: **CONCHAL** UF: **SP**
Email.....: **hospitalmadrevannini@gmail.com**

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

SERVIÇOS MEDICOS PRESTADOS PELO DR MARIO NUNES
SERVIÇOS PRESTADOS COMP.: JANEIRO/2025

Pago com recurso da Prefeitura do Município de Conchal -SP - Lei nº2.447, de 07 de Janeiro de 2025

ISS = 418,50

Processo executado por: 172.16.20.60

Consulte a autenticidade desta Nota Fiscal através do site:
mogimirim.sigiss.com.br

Situação de Tributação
Tributada no Prestador
Tributada em Mogi Mirim.

Código do Serviço

403 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, pronto-socorros, ambulatórios e congêneres.

I.N.S.S. (R\$)	I.RENDA (R\$)	PIS (R\$)	COFINS (R\$)	CSSL (R\$)	OUTRAS DEDUÇÕES (R\$)
0,00	209,25	90,67	418,50	139,50	0,00

Os valores acima referem-se as retenções de tributos administrados pela União, sendo de responsabilidade do Prestador e não implicam na base de cálculo

VALOR TOTAL	DEDUÇÕES	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR DO ISS	VALOR LÍQUIDO
13.950,00	0,00	13.950,00	3,0000%	418,50	13.092,08



MUNICÍPIO DE MOGI MIRIM
SECRETARIA DE FINANÇAS

Nº da Nota - Serie
0000000078 - E

Autenticidade
12XB-J1RB

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFSe

Data de Emissão: **17/02/2025 16:24:43**
Competência (Serv.): **02/2025**



PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social.: **CLINICA MEDICA MENINO JESUS LTDA EPP**
Nome Fantasia:
CPF/CNPJ.....: **18.413.049/0001-31** IM: **33088** IE: Fone:
Endereço.....: **RUA VEREADOR ANTONIO ALBEJANTE,93 - CEP:13806761**
Município.....: **Mogi Mirim** UF: **SP** Email: **adm@clinicameninojesus.com.br**

TOMADOR DE SERVIÇOS

Razão Social.: **ASSOCIACAO FILHAS DE SAO CAMILO**
Nome Fantasia:
CPF/CNPJ.....: **61.986.402/0014-16** IM: IE: Fone:
Endereço.....: **RUA R DAS ANGELICAS,730 - CEP : 13835000, CENTRO**
Município.....: **CONCHAL** UF: **SP**
Email.....: **hospitalmadrevannini@gmail.com**

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

SERVIÇOS MEDICOS PRESTADOS PELO DR MARIO NUNES
SERVIÇOS PRESTADOS COMP.: JANEIRO/2025

Pago com recurso da Prefeitura do Município de Conchal -SP - Lei nº2.447, de 07 de Janeiro de 2025

Processo executado por: 172.16.20.60

Consulte a autenticidade desta Nota Fiscal através do site:
mogimirim.sigiss.com.br

Situação de Tributação

Tributada no Prestador

Tributada em Mogi Mirim.

Código do Serviço

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

I.N.S.S. (R\$)	I.RENDA (R\$)	PIS (R\$)	COFINS (R\$)	CSLL (R\$)	OUTRAS DEDUÇÕES (R\$)
0,00	209,25	90,67	418,50	139,50	0,00

Os valores acima referem-se as retenções de tributos administrados pela União, sendo de responsabilidade do Prestador e não implicam na base de cálculo

VALOR TOTAL	DEDUÇÕES	BASE DE CALCULO	ALÍQUOTA	VALOR DO ISS	VALOR LÍQUIDO
13.950,00	0,00	13.950,00	3,0000%	418,50	13.092,08

Empresa: 0014 ASSOC.FILHAS DE SAO CAMILO-HOSPITAL MADRE VANNINI

CNPJ/CPF: 61.986.402/0014-16

End.: Rua das Angelicas 730

Complemento:

Dados Bancários (Agência/Conta Corrente): 4718 / 0000678-4

N.reg.	Nome do funcionário Função	Convocação	Div. RH Dt Pagto	C/C CPF	DIG	Liq. a rec.
Banco: 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL		Agência:				
00291	ALISSON HENRIQUE ROCHA Recepcionista, em ge		001.000.000 20/02/2025	459.569.258-76		727,51
00276	ANDREIA DOS SANTOS SOARES GOMES Técnico de enfermagem		001.000.000 20/02/2025	139.161.766-50		1.115,80
00187	NAURNA VITÓRIA BENTO DA LUZ Técnico de enfermagem		001.000.000 20/02/2025	873240936 466.042.938-58	0	912,92
00284	THAIANNE CRISTINE GADAGNOTO Enfermeiro		001.000.000 20/02/2025	453.860.738-00		1.391,16
Sub Total						4.147,39

Empresa: 0014 ASSOC.FILHAS DE SAO CAMILO-HOSPITAL MADRE VANNINI

CNPJ/CPF: 61.986.402/0014-16

End.: Rua das Angelicas 730

Complemento:

Dados Bancários (Agência/Conta Corrente): 4718 / 0000678-4

N.reg.	Nome do funcionário Função	Convocação	Div. RH Dt Pagto	C/C CPF	DIG	Liq. a rec.
Banco: 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL			Agência: 4718-1	CAIXA ECONOMICA FEDERAL		
00208	ADRIAN WILLIAM GONCALVES DOS SANTOS Técnico de enfermagem		001.000.000 20/02/2025	000986693331 452.956.508-47	3	912,92
00261	ANA CAROLINA DE JESUS TEIXEIRA Auxiliar de escritór		001.000.000 20/02/2025	0000000000000000000 517.890.038-30	0	798,96
00294	CASSIA CRISTINA DEUS SILVA Enfermeiro		001.000.000 20/02/2025	816116652 320.771.688-11	6	1.700,30
00285	CRISLAINE DE OLIVEIRA FERREIRA Enfermeiro		001.000.000 20/02/2025			1.391,16
00110	DAIANA SANTOS REIS BROLO Técnico de enfermagem		001.000.000 20/02/2025	585162989 415.695.758-60	0	912,92
00181	DANIELA DOS SANTOS CORDEIRO Técnico de enfermagem		001.000.000 20/02/2025	7539 481.506.948-46	2	912,92
00146	DANIELE ROSARIO DA SILVA Técnico de enfermagem		001.000.000 20/02/2025	24232 317.524.658-30	5	912,92
00030	EDINEIA APARECIDA COSTENARO Técnico em radiologi		001.000.000 20/02/2025	581959532 304.057.848-05	3	1.214,40
00251	EDINETE DE JESUS SILVA Auxiliar de lavanderia		001.000.000 20/02/2025	000791036158 102.746.704-02	1	656,80
00046	ELAINE APARECIDA TEIXEIRA FRADE Auxiliar de enfermagem		001.000.000 20/02/2025	875025366 286.104.088-25	0	758,16
00166	FADSON AIRY FERREIRA Auxiliar de escritór		001.000.000 20/02/2025	736212617 473.278.878-57	5	798,96
00260	FLAVIA MACIEL LINA Auxiliar de escritór		001.000.000 20/02/2025	000744423847 415.432.278-80	3	798,96
00067	GRAZIELLA PETEPMANN Técnico de enfermagem		001.000.000 20/02/2025	999611190 318.084.968-17	9	912,92
00302	JOÃO VITOR GOMES TECNICOLOGO(A) EM RADI		001.000.000 20/02/2025	730964265 449.070.648-02	2	1.214,40
00092	JUCILENE APARECIDA DOS SANTOS Enfermeiro		001.000.000 20/02/2025	815045799 365.369.088-99	0	1.391,16
00020	KARINA GUIARDINI GUIDINI Enfermeiro		001.000.000 20/02/2025	999612208 286.953.798-09	0	1.391,16
00125	LAIS AZEVEDO Técnico de enfermagem		001.000.000 20/02/2025	586766349 479.909.918-37	0	912,92
00027	LEONARDO H F DA SILVA RABOTEKE Técnico de enfermagem		001.000.000 20/02/2025	585162902 303.485.628-88	5	912,92
00303	LEONORA SANTOS DE GOES TECNICOLOGO(A) EM RADI		001.000.000 20/02/2025	000730635912 421.865.398-45	7	1.214,40
00147	LINA LUCIA NOVAIS DE SOUSA Técnico de enfermagem		001.000.000 20/02/2025	582717043 294.078.758-14	3	912,92
00054	MAFALDA SILVESTRE REFUNDINI Coqueiro de hospital		001.000.000 20/02/2025	585162899 201.744.788-95	1	656,80
00301	MARCEILE KAREN GUIDO Auxiliar de escritór		001.000.000 20/02/2025	730741528 273.251.418-74	4	798,96
00275	MARIA APARECIDA MATEUS DE MORAIS Técnico de enfermagem		001.000.000 20/02/2025	747666835 438.229.718-47	0	912,92
00209	MARIA CLEONICE DE SOUSA Técnico de enfermagem		001.000.000 20/02/2025	000811841789 361.195.328-89	0	912,92
00221	MARIA DAS DORES DA SILVA LEMES Técnico de enfermagem		001.000.000 20/02/2025	1238.855569173 316.615.168-07	7	912,92
00078	MAJILA MARIA ANBROSINA QUINTILIANO Técnico de enfermagem		001.000.000 20/02/2025	811841986 328.066.168-40	8	912,92
00052	PAULA ROBERTA RODRIGUES CARDOSO Técnico de enfermagem		001.000.000 20/02/2025	815045802 311.018.298-00	4	912,92
00169	PRISCILLA MARIA FOGUEL Enfermeiro		001.000.000 20/02/2025			1.700,30

Sub Total

28.352,84

Empresa: 0014 ASSOC.FILHAS DE SAO CAMILO-HOSPITAL MADRE VANNINI

CNPJ/CPF: 61.986.402/0014-16

End.: Rua das Angelicas 730

Complemento:

Dados Bancários (Agência/Conta Corrente): 4718 / 0000678-4

N.reg.	Nome do funcionário	Div. RH	C/C	DIG	Liq. a rec.
	Função	Dt Pagto	CPF		
Banco: 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL		Agência: 4718-1 CAIXA ECONOMICA FEDERAL			
00097	RAFAELA THAMY IGNÁCIO Técnico em radiologi	001.000.000 20/02/2025	00024001 325.368.698-14	2	1.214,40
00013	RITA DE CASSIA RODRIGUES Auxiliar de Cozinha	001.000.000 20/02/2025	999698382 137.317.468-40	5	656,80
00042	SILMARA APARECIDA PANSERI Técnico em radiologi	001.000.000 20/02/2025	582717042 339.339.658-70	5	1.214,40
00271	TATIANA GONCALVES DA SILVA CARLOS Auxiliar de Cozinha	001.000.000 20/02/2025			656,80
00099	THAINA ALBIERI SILVA Técnico de enfermagem	001.000.000 20/02/2025	923570683 446.860.298-80	7	912,92
00274	THIAGO VIEIRA RUFINO Técnico de enfermagem	001.000.000 20/02/2025	000815046644 363.471.148-52	2	912,92
00290	VALMIR DOS SANTOS LOPES Recepcionista, em ge	001.000.000 20/02/2025	00023997 123.453.656-09	9	727,51
00180	VITORIA JAQUELINE FERNANDES RESENDE Auxiliar de escritór	001.000.000 20/02/2025	745217482 465.064.668-55	9	798,96
Sub Total					7.094,71
Total geral da empresa					39.594,94

Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED: TED para terceiros
Conta origem: 04718 / 1292 / 000577495369-2
Tipo de conta: 01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa: JURÍDICA
Nome: ASSOCIACAO FILHAS DE SAO CAMILO
CPF/CNPJ: 61.986.402/0014-16

Banco: 260 - NU PAGAMENTOS S.A. 0000000 - 18236120
Tipo de conta: 01 - Conta Corrente
Conta destino: 0001 / 00722399979-7
Tipo de pessoa: JURÍDICA
Nome: WASHINGTON LUIZ DE ALMEIDA SERC MED LTDA
CPF/CNPJ: 49.159.138/0001-27
Valor: R\$ 6.282,29
Valor da tarifa: R\$ 0,00
Finalidade: 06 - Pagamento de Honorários
Identificação da operação: DR WASHINGTON NF 54
Histórico:


Data de débito: 20/02/2025
Data / Hora da operação: 20/02/2025 15:57:08

Código da operação: 39565952
Chave de segurança: Y2H06U913FQ9RYXQ

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

WL ALMEIDA SRV MED WASHINGTON LUIZ DE ALMEIDA SERVIÇOS MEDICOS LTDA CNPJ : 49.159.138/0001-27 I. Mun. : 44716 I. Est. : Isento Telefone : (11)220237-22 RUA AMERICA, 40 - CENTRO Araras - SP CEP: 13600100 E-mail : legalizacao@esca.com.br,wl.almeida@yahoo.com.br, Consulte a Autenticidade em : araras.sigissweb.com	NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO	NÚMERO 00000054	SÉRIE E
	CÓDIGO DE AUTENTICIDADE 044219138000125846000010020011427249150543		

REMETENTE / DESTINATÁRIO

NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO FILHAS DE SAO CAMILO	C.N.P.J. / C.P.F. 61.986.402/0014-16	INS. MUNICIPAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL
ENDEREÇO RUA DAS ANGELICAS, 730	BAIRRO / DISTRITO JÓ DULCE MARIA	MUNICÍPIO Conchal	UF SP
CEP 13835-000	TELEFONE / FAX	E-MAIL	
DATA EMISSÃO 20/02/2025	FORMA DE PAGAMENTO		

DESCRIÇÃO DO(S) SERVIÇO(S).

-100% dos serviços médicos prestados pelo sócio Dr. Washington Luiz de Almeida, a saber R\$ 6.915,02
 Serviços prestados comp: 01/2025
 Pago com recurso da Prefeitura do Município de Conchal - Lei nº 2.447, de 07 de Janeiro de 2025.

180 = 600 - 45

CLASSIFICAÇÃO DO SERVIÇO 4.01 - Medicina e biomedicina.
--

IMPOSTOS FEDERAIS RETIDOS	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR
PIS	R\$ 6.915,02	0,65	R\$ 44,95
COFINS	R\$ 6.915,02	3,00	R\$ 207,45
CSLL	R\$ 6.915,02	1,00	R\$ 69,15
IRRF	R\$ 6.915,02	1,50	R\$ 103,73
TOTAL DE IMPOSTOS FEDERAIS RETIDOS			R\$ 425,28

VALOR POR EXTENSO seis mil, novecentos e quinze reais e dois centavos	VALOR BRUTO DA NOTA FISCAL R\$ 6.915,02
INSTRUÇÃO DE RETENÇÃO DO ISS O ISS NÃO DEVE SER RETIDO	DEDUÇÕES R\$ 0,00
ALÍQUOTA ISS(%) 4,00000000	VALOR DO(S) SERVIÇO(S) R\$ 6.915,02
VALOR I.S.S. R\$ 276,60	VALOR LÍQUIDO A RECEBER R\$ 6.489,74

INFORMAÇÕES ADICIONAIS Nota Fiscal Eletrônica Autorizada pelo Decreto nº 5805 de 15/04/2011 Empresa enquadrada no Regime de Apuração Variável. Conf. Lei Federal 12741/12 a Carga Tributária Aproximada desta NF é de 13,45% Federal (IBPT) e de 4.0% Municipal, perfazendo o valor de R\$ 1206,67	
--	--

RECEBEMOS DE 49159138000127 - WASHINGTON LUIZ DE ALMEIDA SERVIÇOS MEDICOS LTDA OS SERVIÇOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO.	Nº 00000054
DATA DE RECEBIMENTO	SÉRIE E
IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	



Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA


Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	04718 / 1292 / 000577495369-2
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOCIACAO FILHAS DE SAO CAMILO
CPF/CNPJ:	61.986.402/0014-16
Banco:	756 - BANCO SICCOB 0000000 - 02038232
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	5032 / 00000032573-2
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ZUCHERATOSERVICOSMEDICOSLTDA
CPF/CNPJ:	54.704.296/0001-50
Valor:	R\$ 4.896,81
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	06 - Pagamento de Honorários
Identificação da operação:	DR R ZUCHERATO NF 112
Histórico:	
Data de débito:	20/02/2025
Data / Hora da operação:	20/02/2025 15:57:25

Código da operação: 39723902
Chave de segurança: AEUFZM42UG2NPUVE

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

46362661000168 - Prefeitura do Município de Leme

<p align="center">ZUCHERATO SERVICOS MEDICOS S/S LTDA</p> <p>CNPJ : 54.704.296/0001-50 I. Mun. : 30323 I. Est. : Isento</p> <p align="center">Telefone : (19)357152-05</p> <p>R DOUTOR QUERUBINO SOEIRO, 617 - SALA 1 - Centro</p> <p>Leme - SP CEP: 13610080</p> <p>E-mail : contasmedicas@escontabilidade.com.br</p> <p align="center">Consulte a Autenticidade em : leme.sigissweb.com</p>	<p align="center">NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO</p>	<p>NÚMERO 00000112</p>	<p>SÉRIE NFS</p>
	<p>CÓDIGO DE AUTENTICIDADE 046364296000182661000010070016850954701125</p>		

REMETENTE / DESTINATÁRIO		C.N.P.J. / C.P.F.	INS. MUNICIPAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL
<p>NOME : RAZÃO SOCIAL ASSOCIAÇÃO FILHAS DE SÃO CAMILO</p>		61.986.402/0014-16		
ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO	MUNICÍPIO	UF	
R DAS ANGELICAS, 730	Centro	Conchal	SP	
CEP	E-MAIL			
13835-000	contabilmvannini@gmail.com			

DATA EMISSÃO	FORMA DE PAGAMENTO
20/02/2025	

DESCRIÇÃO DO(S) SERVIÇO(S).

-100% dos serviços médicos prestados pelo sócio Rodrigo Zucherato
 Serviços prestados comp: 01/2025

-Pago com recurso da Prefeitura do Município de Conchal - Lei nº 2.447, de 07 de Janeiro de 2025.

ISS devido ao Município de Conchal, retido na fonte 3,00% - R\$ 161,70
 Valor líquido à receber - R\$ 4.896,81

BANCO SICOOB MANTIQUEIRA
 BANCO - 756
 AGENCIA - 5032-6
 C/C - 32.573-2

R\$ 161,70

CLASSIFICAÇÃO DO SERVIÇO
 4.01 - Medicina e biomedicina.

IMPOSTOS FEDERAIS RETIDOS	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR
PIS	R\$ 5.390,00	0,65	R\$ 35,04
COFINS	R\$ 5.390,00	3,00	R\$ 161,70
CSLL	R\$ 5.390,00	1,00	R\$ 53,90
IRRF	R\$ 5.390,00	1,50	R\$ 80,85
TOTAL DE IMPOSTOS FEDERAIS RETIDOS			R\$ 331,49

VALOR POR EXTENSO cinco mil, trezentos e noventa reais	VALOR BRUTO DA NOTA FISCAL R\$ 5.390,00
INSTRUÇÃO DE RETENÇÃO DO ISS O ISS NÃO DEVE SER RETIDO	DEDUÇÕES R\$ 0,00
ALÍQUOTA ISS(%) 0,000000000	VALOR DO(S) SERVIÇO(S) R\$ 5.390,00
VALOR I.S.S. R\$ 0,00	VALOR LÍQUIDO A RECEBER R\$ 5.058,51

INFORMAÇÕES ADICIONAIS
Nota Fiscal Eletrônica Autorizada pelo Decreto nº 6545/2015
Empresa enquadrada no Regime de Apuração Especial.
 Conf. Lei Federal 12741/12 a Carga Tributária Aproximada desta NF é de 13,45% Federal (IBPT).

RECEBEMOS DE 54704296000150 - ZUCHERATO SERVICOS MEDICOS S/S LTDA OS SERVIÇOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO.	Nº 00000112
IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	SÉRIE NFS
DATA DE RECEBIMENTO	

**Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED: TED para terceiros
Conta origem: 04718 / 1292 / 000577495369-2
Tipo de conta: 01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa: JURÍDICA
Nome: ASSOCIACAO FILHAS DE SAO CAMILO
CPF/CNPJ: 61.986.402/0014-16

Banco: 756 - BANCO SICOOB 0000000 - 02038232
Tipo de conta: 01 - Conta Corrente
Conta destino: 5032 / 00000102348-9
Tipo de pessoa: JURÍDICA
Nome: RDSOCIEDADEMEDICASS
CPF/CNPJ: 22.458.125/0001-00
Valor: R\$ 25.183,62
Valor da tarifa: R\$ 0,00
Finalidade: 06 - Pagamento de Honorários
Identificação da operação: DR RODRIGO DIAS NF 2226
Histórico:


Data de débito: 20/02/2025
Data / Hora da operação: 20/02/2025 15:57:43

Código da operação: 39946988**Chave de segurança:** V87M4US2W81AM8LM

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

RD SAUDE SOCIEDADE MEDICA S/S CNPJ : 22.458.125/0001-00 I. Mun. : 20028 I. Est. : ISENTO Telefone : (19)357152-05 RUA DOUTOR QUERUBINO SOEIRO, 617 - SALA 1 - Centro Leme - SP CEP: 13610080 E-mail : fiscal@escontabilidade.com.br Consulte a Autenticidade em : leme.sigissweb.com	NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO	NÚMERO 00002226	SÉRIE NFS
	CÓDIGO DE AUTENTICIDADE 046368125000152661000010250016800922452268		

REMETENTE / DESTINATÁRIO

NOME - RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO FILHAS DE SAO CAMILO ENDEREÇO R DAS ANGELICAS, 730 CEP 13835-000 TELEFONE / FAX	C.N.P.J. / C.P.F. 61.986.402/0014-16 BAIRRO / DISTRITO Centro E-MAIL contabilmvannini@gmail.com	INS. MUNICIPAL MUNICIPIO Conchal	INSCRIÇÃO ESTADUAL UF SP
--	--	--	--------------------------------

DATA EMISSÃO 19/02/2025	FORMA DE PAGAMENTO
----------------------------	--------------------

DESCRIÇÃO DO(S) SERVIÇO(S).

-100% dos serviços médicos prestados pelo sócio Rodrigo Dias, a saber R\$ 27.720,00
 Serviços prestados comp: 01/2025

-Pago com recurso da Prefeitura do Município de Conchal - Lei nº 2.447, de 07 de Janeiro de 2025.

ISS DEVIDO AO MUNICÍPIO DE CONCHAL 3%- R\$ 831,60
 Valor líquido a receber - R\$ 25.183,62

BANCO SICCOB UNIMAIS
 BANCO - 756
 AGENCIA - 5032-6
 C/C - 102.348-9

80-33180

CLASSIFICAÇÃO DO SERVIÇO
 4.01 - Medicina e biomedicina.

IMPOSTOS FEDERAIS RETIDOS	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR
PIS	R\$ 27.720,00	0,65	R\$ 180,18
COFINS	R\$ 27.720,00	3,00	R\$ 831,60
CSLL	R\$ 27.720,00	1,00	R\$ 277,20
IRRF	R\$ 27.720,00	1,50	R\$ 415,80
TOTAL DE IMPOSTOS FEDERAIS RETIDOS			R\$ 1.704,78

VALOR POR EXTENSO vinte e sete mil, setecentos e vinte reais	VALOR BRUTO DA NOTA FISCAL R\$ 27.720,00
INSTRUÇÃO DE RETENÇÃO DO ISS O ISS NÃO DEVE SER RETIDO	DEDUÇÕES R\$ 0,00
ALÍQUOTA ISS(%) 0,000000000	VALOR I.S.S. R\$ 0,00
VALOR DO(S) SERVIÇO(S) R\$ 27.720,00	
VALOR LÍQUIDO A RECEBER R\$ 26.015,22	

INFORMAÇÕES ADICIONAIS
Nota Fiscal Eletrônica Autorizada pelo Decreto nº 6545/2015
 Empresa enquadrada no Regime de Apuração Especial.
 Conf. Lei Federal 12741/12 a Carga Tributária Aproximada desta NF é de 13.45% Federal (IBPT).

RECEBEMOS DE 22458125000100 - RD SAUDE SOCIEDADE MEDICA S/S OS SERVIÇOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO.

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

Nº 00002226
SÉRIE NFS

**Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED: TED para terceiros
Conta origem: 04718 / 1292 / 000577495369-2
Tipo de conta: 01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa: JURÍDICA
Nome: ASSOCIACAO FILHAS DE SAO CAMILO
CPF/CNPJ: 61.986.402/0014-16

Banco: 756 - BANCO SICOOB 0000000 - 02038232
Tipo de conta: 01 - Conta Corrente
Conta destino: 5032 / 00000100969-9
Tipo de pessoa: JURÍDICA
Nome: CHIQUITO KILER SOUSA SS
CPF/CNPJ: 09.286.939/0001-39
Valor: R\$ 5.665,10
Valor da tarifa: R\$ 0,00
Finalidade: 06 - Pagamento de Honorários
Identificação da operação: DR CHIQUITO NF 993

Histórico:



Data de débito: 20/02/2025
Data / Hora da operação: 20/02/2025 15:58:01

Código da operação: 40686323
Chave de segurança: XGYJVCXSGWTGR5Y6

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

 <p style="text-align: center;">CHIQUITO CHIQUITO, KILER E SOUSA SS CNPJ : 09.286.939/0001-39 I. Mun. : 27162 I. Est. : Isento Telefone : (19)989607-755 RUA MOGI MIRIM, 35 - JARDIM ROLLO Araras - SP CEP: 13600400 E-mail : ddmsolucoescontabeis@gmail.com</p>	NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO	NÚMERO 00000993	SÉRIE E
	CÓDIGO DE AUTENTICIDADE 044216839000175846000010020011439809289934		

Consulte a Autenticidade em : araras.sigisweb.com

REMETENTE / DESTINATÁRIO

NOME - RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO FILHAS DE SAO CAMILO - HOSPITAL E MATERNIDADE	C.N.P.J. / C.P.F. 61.986.402/0014-16	INS. MUNICIPAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL
ENDEREÇO RUA DAS ANGELICAS, 730	BAIRRO / DISTRITO JD DULCE MARIA	MUNICÍPIO Conchal	UF SP
CEP 13835-000	TELEFONE / FAX	E-MAIL	
DATA EMISSÃO 19/02/2025	FORMA DE PAGAMENTO		

DESCRIÇÃO DO(S) SERVIÇO(S).

Referente a serviços médicos prestados pelo Dr. Sérgio Chiquito, competência 01/2025.
Pago com recurso da prefeitura do município de conchal - Lei no 2.447, de 07 de Janeiro de 2025.

ISS = 187,07

CLASSIFICAÇÃO DO SERVIÇO

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

IMPOSTOS FEDERAIS RETIDOS	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR
PIS	R\$ 6.235,67	0,65	R\$ 40,53
COFINS	R\$ 6.235,67	3,00	R\$ 187,07
CSLL	R\$ 6.235,67	1,00	R\$ 62,36
IRRF	R\$ 6.235,67	1,50	R\$ 93,54
TOTAL DE IMPOSTOS FEDERAIS RETIDOS			R\$ 383,50

VALOR POR EXTENSO seis mil, duzentos e trinta e cinco reais e sessenta e sete centavos	VALOR BRUTO DA NOTA FISCAL R\$ 6.235,67
INSTRUÇÃO DE RETENÇÃO DO ISS O ISS NÃO DEVE SER RETIDO	DEDUÇÕES R\$ 0,00
ALÍQUOTA ISS(%) 0,00000000	VALOR DO(S) SERVIÇO(S) R\$ 6.235,67
VALOR I.S.S. R\$ 0,00	VALOR LÍQUIDO A RECEBER R\$ 5.852,17

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Nota Fiscal Eletrônica Autorizada pelo Decreto nº 5805 de 15/04/2011
Empresa enquadrada no Regime de Apuração Especial.
Conf. Lei Federal 12741/12 a Carga Tributária Aproximada desta NF é de 13,45% Federal (IBPT).

RECEBEMOS DE 09286939000139 - CHIQUITO, KILER E SOUSA SS OS SERVIÇOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO.

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

Nº 00000993
SÉRIE E

**Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	04718 / 1292 / 000577495369-2
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOCIACAO FILHAS DE SAO CAMILO
CPF/CNPJ:	61.986.402/0014-16
Banco:	033 - BCO SANTANDER (BRASIL) S.A. 0000000 - 90400888
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	0047 / 00013004695-5
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ALINE GADELHA MAIA
CPF/CNPJ:	49.704.977/0001-89
Valor:	R\$ 5.344,86
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	06 - Pagamento de Honorários
Identificação da operação:	DR ALINE NF 32
Histórico:	
Data de débito:	20/02/2025
Data / Hora da operação:	20/02/2025 15:58:18
Código da operação: 40729232	
Chave de segurança: 5V1JQ8AENPE5M9NM	

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

ALINE GADELHA MAIA

CNPJ : 49.704.977/0001-89 I. Mun. : 092121 I. Est. : Isento
Telefone : (19)387226-86ESTRADA MUNICIPAL PASTOR WALTER BOGER, SN - lagoa bonita
Engenheiro Coelho - SP CEP: 13448902
E-mail : thiago@contabgarcia.com.br

Consulte a Autenticidade em : engenheirocoelho.sigissweb.com

NOTA FISCAL
ELETRÔNICA DE
SERVIÇONÚMERO
00000032SÉRIE
NFE

CÓDIGO DE AUTENTICIDADE

06799497700018636300010050010889649700323



REMETENTE / DESTINATÁRIO

NOME / RAZÃO SOCIAL
ASSOCIAÇÃO FILHAS DE SÃO CAMILOC.N.P.J. / C.P.F.
61.986.402/0014-16INS. MUNICIPAL
ISENTOINSCRIÇÃO ESTADUAL
ISENTOENDEREÇO
RUA DAS ANGÉLICAS, 730BAIRRO / DISTRITO
Jardim Dulce MariaMUNICÍPIO
ConchalUF
SPCEP
13835-000TELEFONE / FAX
(19) 3866-1200E-MAIL
srbordignon@conchalnet.com.br.contabilmvannini@gmail.comDATA EMISSÃO
19/02/2025

FORMA DE PAGAMENTO

DESCRIÇÃO DO(S) SERVIÇO(S).

Serviços prestados comp: 01/2025.

-100% dos serviços médicos prestados pela sócia Aline Gadelha Maia, a saber R\$ 5.344,86.
-Pago com recurso da Prefeitura do Município de Conchal - Lei nº 2.447, de 07 de Janeiro de 2025.

DADOS BANCÁRIOS PARA PAGAMENTO:

CNPJ: 49.704.977/0001-89
ALINE GADELHA MAIA
BANCO: Banco do Brasil- Cód 001
AGÊNCIA: 3104-6
C/C: 19549-9

CLASSIFICAÇÃO DO SERVIÇO

4.02 - Análises clínicas, patologia, eletricidade médica, radioterapia, quimioterapia, ultra-sonografia, ressonância magnética, radiologia.

VALOR POR EXTENSO

cinco mil, trezentos e quarenta e quatro reais e oitenta e seis centavos

VALOR BRUTO DA NOTA FISCAL

R\$ 5.344,86

DEDUÇÕES

R\$ 0,00

VALOR DO(S) SERVIÇO(S)

R\$ 5.344,86

INSTRUÇÃO DE RETENÇÃO DO ISS
O ISS NÃO DEVE SER RETIDO

ALÍQUOTA ISS(%)

VALOR I.S.S.

Apuração PGDAS-D

VALOR LÍQUIDO A RECEBER

R\$ 5.344,86

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Nota Fiscal Eletrônica Autorizada pelo Decreto nº 036 de 25/10/2011

Empresa Optante pelo Simples Nacional, conforme Lei Federal Complementar nº 123 de 14/12/2006.

Conf. Lei Federal 12741/12 a Carga Tributária Aproximada desta NF é de 13,45% Federal (IBPT) e de 3,30% Municipal, perfazendo o valor de R\$ 895,26

RECEBEMOS DE 49704977000189 - ALINE GADELHA MAIA OS SERVIÇOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO.

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

Nº 00000032
SÉRIE NFE

**Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	04718 / 1292 / 000577495369-2
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOCIACAO FILHAS DE SAO CAMILO
CPF/CNPJ:	61.986.402/0014-16
<hr/>	
Banco:	756 - BANCO SICOOB 0000000 - 02038232
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	3109 / 00000106280-8
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	MASTER MISHIMASERVICOSMEDICOSLTDA
CPF/CNPJ:	33.762.647/0001-00
Valor:	R\$ 32.800,00
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	06 - Pagamento de Honorários
Identificação da operação:	DRA ALICE NF 162
Histórico:	
<hr/>	
Data de débito:	20/02/2025
Data / Hora da operação:	20/02/2025 15:58:39
<hr/>	
Código da operação:	40944151
Chave de segurança:	AF4KLGTYL3N4R33J

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 ITAPIRA
SECRETARIA MUNICIPAL DE NEGÓCIOS DA FAZENDA
FISCALIZAÇÃO TRIBUTÁRIA
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

Número da Nota - Série
000000000162 - 1
Autenticidade
O94X-KBDX
Data de Emissão
20/02/2025

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: 33.762.647/0001-00 IM: 66502 IE: ISENTO Fone: (35)34432839
Nome/Razão Social: MASTER MISHIMA SERVICOS MEDICOS LTDA
Endereço: RUA EMBAIXADOR PEDRO DE TOLEDO, 435 SALA 01 - CEP: 13970130
Bairro: CENTRO
Município: ITAPIRA UF: SP E-mail: fiscal@contabillsj.com.br

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: 61.986.402/0014-16 IM: IE: Fone:
Nome/Razão Social: ASSOCIAÇÃO FILHAS DE SÃO CAMILO
Endereço: RUA DAS ANGÉLICAS, 730 - CEP: 13835000 Bairro: DULCE MARIA
Município: CONCHAL UF: SP E-mail:

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

100% DOS SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS PELA SÓCIA DRA. ALICE MASSAFERA MISHIMA, REFERENTE A 01/2025.

PAGO COM RECURSO DA PREFEITURA DE CONCHAL SP - LEI Nº 2.406, DE 29 DE DEZEMBRO DE 2023.
ISS DEVIDO AO MUNICÍPIO DE CONCHAL: 3%

DADOS BANCARIOS PARA DEPOSITO:
BANCO SICCOOB - 756
AGENCIA 3109
CONTA CORRENTE - 106280-8

Documento Emitido por Optante do Simples Nacional, de acordo com a L.C. 123/2006.

Processo executado por: 172.16.20.60

Consulte a autenticidade desta Nota Fiscal através do site: <http://www.itapira.sp.gov.br>

Situação de Tributação
Tributada no Prestador

Código de Serviço e Aliquota de ISSQN correspondente ao Município de Itapira

Código do Serviço
401 - Medicina e biomedicina.

I.N.S.S. (R\$)	I.RENDA (R\$)	PIS (R\$)	COFINS (R\$)	CSLL (R\$)
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Os valores acima referem-se as retenções de tributos administrados pela União, sendo de responsabilidade do Prestador e não implicam na base de cálculo

Deduções de Materiais	Base de Cálculo (R\$)	Aliquota (%)	Valor do ISS (R\$)
0,00	32.800,00	3,334%	1.093,55

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 32.800,00

Comprovante de transferência eletrônica disponível


Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	04718 / 1292 / 000577495369-2
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOCIACAO FILHAS DE SAO CAMILO
CPF/CNPJ:	61.986.402/0014-16
Banco: 077 - BANCO INTER 0000000 - 00416968	
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	0001 / 00006040895-2
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ALMEIDAESALIONISERVICOSMEDICOSSS
CPF/CNPJ:	30.628.305/0001-03
Valor:	R\$ 4.360,80
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	06 - Pagamento de Honorários
Identificação da operação:	DR DANIEL NF 340
Histórico:	
Data de débito:	20/02/2025
Data / Hora da operação:	20/02/2025 15:58:56
Código da operação: 41124952	
Chave de segurança: GTAZ955LHACE2YW9	

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
Aíô CAIXA: 0800 104 0104

ALMEIDA & SALIONI SERVIÇOS MÉDICOS S/S CNPJ : 30.628.305/0001-03 I. Mun. : 37786 I. Est. : Isento Telefone : 1733059030 R CIRO FERNANDO LAGAZZI ZENI, 63 - JARDIM PORTAL DO PARQUE Araras - SP CEP: 13608096 E-mail : gestor.societario@rissicontabilidade.com.br Consulte a Autenticidade em : araras.sigissweb.com	NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO	NÚMERO 00000340	SÉRIE E
	CÓDIGO DE AUTENTICIDADE 044218305000185846000010020011403030623406		

REMETENTE / DESTINATÁRIO			
NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO FILHAS DE SAO CAMILO	C.N.P.J. / C.P.F. 61.986.402/0014-16	INS. MUNICIPAL 947	INSCRIÇÃO ESTADUAL
ENDEREÇO RUA DAS ANGELICAS, 730	BAIRRO / DISTRITO JD DULCE MARIA	MUNICIPIO Conchal	UF SP
CEP 13835-000	TELEFONE / FAX (19) 3866-1200	E-MAIL hospitalmadvannini@gmail.com	

DATA EMISSÃO 20/02/2025	FORMA DE PAGAMENTO
----------------------------	--------------------

DESCRIÇÃO DO(S) SERVIÇO(S).

SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS 100% PELO SÓCIO DR. DANIEL ALMEIDA DE OLIVEIRA REF. COMP: 01/2025

PAGO COM RECURSO DA PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE CONCHAL - LEI Nº 2.447, DE 07 DE JANEIRO DE 2025.
ISS DEVIDO AO MUNICÍPIO DE CONCHAL 3%

BANCO INTER - 077 - AG 0001 - C/C 6040895-2

VALOR APROXIMADO DOS TRIBUTOS CONFORME LEI 12.741(16,70%) FONTE: IBPT

DECLARO PARA FINS DE DISPENSA DE RETENÇÕES DE CONTRIBUIÇÕES PREVIDENCIÁRIAS DE QUE TRATA O ARTIGO 115, INCISO III, DA INSTRUÇÃO NORMATIVA RFB 2.110, DE 17/10/2022, QUE OS SERVIÇOS SÃO PRESTADOS POR PROFISSÃO REGULAMENTADA POR LEGISLAÇÃO FEDERAL, SENDO PRESTADO PESSOALMENTE PELOS SÓCIOS DA EMPRESA, SEM O CONCURSO DE EMPREGADOS OU DE OUTRO CONTRIBUINTES INDIVIDUAIS

ISS = 144,00

CLASSIFICAÇÃO DO SERVIÇO 4.01 - Medicina e biomedicina.
--

IMPOSTOS FEDERAIS RETIDOS	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR
PIS	R\$ 4.800,00	0,65	R\$ 31,20
COFINS	R\$ 4.800,00	3,00	R\$ 144,00
CSLL	R\$ 4.800,00	1,00	R\$ 48,00
IRRF	R\$ 4.800,00	1,50	R\$ 72,00
TOTAL DE IMPOSTOS FEDERAIS RETIDOS			R\$ 295,20

VALOR POR EXTENSO quatro mil, oitocentos reais	VALOR BRUTO DA NOTA FISCAL R\$ 4.800,00
INSTRUÇÃO DE RETENÇÃO DO ISS O ISS NÃO DEVE SER RETIDO	DEDUÇÕES R\$ 0,00
ALÍQUOTA ISS(%) 0,000000000	VALOR DO(S) SERVIÇO(S) R\$ 4.800,00
VALOR I.S.S. R\$ 0,00	VALOR LÍQUIDO A RECEBER R\$ 4.504,80

INFORMAÇÕES ADICIONAIS	
Nota Fiscal Eletrônica Autorizada pelo Decreto nº 5805 de 15/04/2011 Empresa enquadrada no Regime de Apuração Especial. Conf. Lei Federal 12741/12 a Carga Tributária Aproximada desta NF é de 13,45% Federal (IBPT).	

RECEBEMOS DE 30628305000103 - ALMEIDA & SALIONI SERVIÇOS MÉDICOS S/S OS SERVIÇOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO.		Nº 00000340
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	SÉRIE E

GERENCIADOR
CAIXA**Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED: TED para terceiros
Conta origem: 04718 / 1292 / 000577495369-2
Tipo de conta: 01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa: JURÍDICA
Nome: ASSOCIACAO FILHAS DE SAO CAMILO
CPF/CNPJ: 61.986.402/0014-16

Banco: 748 - BCO COOPERATIVO SICREDI S.A. 0000000 - 01181521
Tipo de conta: 01 - Conta Corrente
Conta destino: 0718 / 00000045672-6
Tipo de pessoa: JURÍDICA
Nome: LTGSERVICOSMEDICOSEIRELI
CPF/CNPJ: 31.160.619/0001-97
Valor: R\$ 10.000,00
Valor da tarifa: R\$ 0,00
Finalidade: 01 - Pagamento de Impostos, Tributos e Taxas
Identificação da operação: DRA LIVIA NF 245

Histórico:


Data de débito: 20/02/2025
Data / Hora da operação: 20/02/2025 15:59:13

Código da operação: 41361977**Chave de segurança:** NVSJPZAG867TSU12

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
Atô CAIXA: 0800 104 0104

<p style="text-align: center;">LTG LTG SERVIÇOS MÉDICOS EIRELI CNPJ : 31.160.619/0001-97 I. Mun. : 38186 I. Est. : Isento Telefone : 1935426858</p> <p style="text-align: center;">RUA CIRO LAGAZZI, 01 - COND CHÁCARA ARARUNA - JARDIM CANDIDA Araras - SP CEP: 13603027 E-mail : aurotratrinconi@hotmail.com</p> <p style="text-align: center;">Consulte a Autenticidade em : araras.sigissweb.com</p>	NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO	NÚMERO 00000245	SÉRIE E
	CÓDIGO DE AUTENTICIDADE 044210619000115846000010020011497831162457		

REMETENTE / DESTINATÁRIO

NOME / RAZÃO SOCIAL		C.N.P.J. / C.P.F.	INS. MUNICIPAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL
HOSPITAL E MATERNIDADE MADRE VANNINI		61.986.402/0014-16		
ENDEREÇO		BAIRRO / DISTRITO	MUNICÍPIO	UF
RUA DAS ANGELICAS, 730		JD DULCE MARIA	Conchal	SP
CEP	TELEFONE / FAX	E-MAIL		
13835-000	(19) 3866-1200	contabilmvannini@gmail.com		
DATA EMISSÃO	FORMA DE PAGAMENTO			
20/02/2025				

DESCRIÇÃO DO(S) SERVIÇO(S).

SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADO NA CIDADE DE CONCHAL PELA DRA LIVIA TRINCONI GUIMARÃES FERNANDES EMPRESA OPTANTE DO SIMPLES NACIONAL ISS RECOLHIDO NO DAS
 Serviços prestados comp: 01/2025
 Pago com recurso da Prefeitura do Município de Conchal - Lei nº 2.447, de 07 de Janeiro de 2025.
 DEPOSITO BANCARIO
 Sicredi
 Agência 0718
 Conta corrente 45672-6

CLASSIFICAÇÃO DO SERVIÇO
 4.01 - Medicina e biomedicina.

VALOR POR EXTENSO		VALOR BRUTO DA NOTA FISCAL	
dez mil, cem reais		R\$ 10.100,00	
		DEDUÇÕES	VALOR DO(S) SERVIÇO(S)
		R\$ 0,00	R\$ 10.100,00
INSTRUÇÃO DE RETENÇÃO DO ISS	ALÍQUOTA ISS(%)	VALOR I.S.S.	VALOR LÍQUIDO A RECEBER
O ISS NÃO DEVE SER RETIDO	-	Apuração PGDAS-D	R\$ 10.100,00
INFORMAÇÕES ADICIONAIS			
<p>Nota Fiscal Eletrônica Autorizada pelo Decreto nº 5805 de 15/04/2011 Empresa Optante pelo Simples Nacional, conforme Lei Federal Complementar nº 123 de 14/12/2006. Conf. Lei Federal 12741/12 a Carga Tributária Aproximada desta NF é de 13,45% Federal (IBPT) e de 3,25% Municipal, perfazendo o valor de R\$ 1686,70</p>			

RECEBEMOS DE 31160619000197 - LTG SERVIÇOS MÉDICOS EIRELI OS SERVIÇOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO.

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

Nº 00000245
 SÉRIE E

GERENCIADOR
CAIXA**Comprovante de transferência eletrônica disponível!**

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED: TED para terceiros
Conta origem: 04718 / 1292 / 000577495369-2
Tipo de conta: 01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa: JURÍDICA
Nome: ASSOCIACAO FILHAS DE SAO CAMILO
CPF/CNPJ: 61.986.402/0014-16

Banco: 077 - BANCO INTER 0000000 - 00416968
Tipo de conta: 01 - Conta Corrente
Conta destino: 0001 / 00039729775-0
Tipo de pessoa: JURÍDICA
Nome: TRALDIOFTAMOLOGIAEORTOPEDIAAVANCADALTA
CPF/CNPJ: 14.327.919/0001-07
Valor: R\$ 6.282,29
Valor da tarifa: R\$ 0,00
Finalidade: 06 - Pagamento de Honorários
Identificação da operação: DR EDUARDO NF 980
Histórico:

Data de débito: 20/02/2025
Data / Hora da operação: 20/02/2025 15:59:29

Código da operação: 41657495**Chave de segurança:** MZ38JCPML8EF6YT2

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
980**Dados do Prestador de Serviço****Traldi Oftalmologia e Ortopedia Avancada Ltda**Avenida Independência, 3886 01 - Residencial Flórida
CEP 14026-160 - Fone: (16)9324-3446 - Ribeirão Preto/ SP
roberttraldi@hotmail.com
Inscrição Municipal 20104935 - CPF/CNPJ 14.327.919/0001-07Data de Geração da NFS-e
20/02/2025 13:52:37Data de Competência
20/02/2025Cód. de Autenticidade
45C3B6E87

Responsável pela Retenção

**Identificação da Nota Fiscal Eletrônica**

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

Dados do Tomador de Serviços

CNPJ/CPF : 61.986.402/0014-16 **IM :**

Razão Social : Associação Filhas de São Camilo **Número :** 730

Endereço : Rua das Angélicas **Bairro :** Dulce Maria

Complemento : **Cidade/UF :** Conchal/ SP

CEP : 13835-000 **E-mail :** nfhmmv@gmail.com

Telefone : (00)3866-1200

Dados do Intermediário de Serviços

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

Descrição dos Serviços

- SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS COMP: JAN DE 2025
 - PAGO COM RECURSO DA PREF MUN DE CONCHAL
 - LEI N. 2.447, DE 07 JAN DE 2025
 - ORTOPEdia DR. EDUARDO FRANCESCHINI TRALDI
 DADOS BANCÁRIOS: BANCO INTER = 077 / AGÊNCIA: 0001 / CONTA: 39729775-0

ISS - 00 - 15

Detalhamento dos Tributos

Atividade do Município 40101 - Medicina -				Alíquota 2,00	Item da LC116/2003 403	Cód. NBS	Cód. CNAE 8630502
VI. Total dos Serviços R\$ 6.915,02	Desconto Incondicionado R\$ 0,00	Deduções Base Cálculo R\$ 0,00	Base de Cálculo R\$ 6.915,02	Total do ISSQN R\$ 138,30	ISSQN Retido Não	Desconto Condicionado R\$ 0,00	
PIS R\$ 44,94	COFINS R\$ 207,45	INSS R\$ 0,00	IRRF R\$ 103,72	CSLL R\$ 69,15	Outras Retenções R\$ 0,00	VI. ISSQN Retido R\$ 0,00	VI. Líquido da Nota Fiscal R\$ 6.489,76
Construção Civil		Cód. Obra :		Art. :			

Informações Adicionais

Chave de acesso no Ambiente de Dados Nacional: 3543402121432791900010700000000098025021740059551.

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



Comprovante de transferência eletrônica disponível


Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	04718 / 1292 / 000577495369-2
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOCIACAO FILHAS DE SAO CAMILO
CPF/CNPJ:	61.986.402/0014-16
Banco: 756 - BANCO SICOOB 0000000 - 02038232	
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	5032 / 00000100805-6
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	CARDIOEQUIPE SS
CPF/CNPJ:	08.726.122/0001-71
Valor:	R\$ 10.493,17
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	06 - Pagamento de Honorários
Identificação da operação:	DRA LILIANNE NF 1350
Histórico:	
Data de débito:	21/02/2025
Data / Hora da operação:	21/02/2025 09:35:11
Código da operação: 81012216	
Chave de segurança: 8Q7XPCVQX4ZR67EY	

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

CARDIOEQUIPE SS CNPJ : 08.726.122/0001-71 I. Mun. : 26631 I. Est. : Isento Telefone : 1935447004 RUA JULIO MESQUITA, 29 - CENTRO Araras - SP CEP: 13600060 E-mail : rbetico@terra.com.br Consulte a Autenticidade em : araras.sigissweb.com	NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO	NÚMERO 00001350	SÉRIE E
	CÓDIGO DE AUTENTICIDADE 044216122000185846000010110011471808723500		

REMETENTE / DESTINATÁRIO

NOME RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO FILHAS DE SAO CAMILO	C.N.P.J. / C.P.F. 61.986.402/0014-16	INS. MUNICIPAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL
ENDEREÇO RUA DAS ANGELICAS, 730	BAIRRO / DISTRITO JD DULCE MARIA	MUNICÍPIO Conchal	UF SP
CEP 13835-000	TELEFONE / FAX (19) 3866-8585	E-MAIL contabilmvannini@gmail.com	

DATA EMISSÃO 19/02/2025	FORMA DE PAGAMENTO
----------------------------	--------------------

DESCRIÇÃO DO(S) SERVIÇO(S).

DISP.A RET DISP.DA RET, DO ISSQN CF ARTG 10DEC.5052 DE 08/01/2004 DA PREV.POR SERV.PREST. PESSO. PELO SOCIO CF. PARG.2º ARTG.120 INCISO III DA INST.NORM. N.971 DE 13-11-2009. -

Pago com recurso da Prefeitura do Município de Conchal - Lei nº 2406, de 29 de Dezembro de 2023.
100 % DOS SERV. MÉDICOS PREST. PELA SÓCIA DRA. LILIANNE DE CASTRO F. REGINATO, REFERENTE AO MES 01/2025
A SABER: R\$ 11.500,00.

ISS DEVIDO AO MUNICIPIO DE CONCHAL, RETIDO NA FONTE 3% R\$ 346,50
VALOR LIQUIDO DESSA NORA R\$ 10.493,17

CLASSIFICAÇÃO DO SERVIÇO
4.01 - Medicina e biomedicina.

IMPOSTOS FEDERAIS RETIDOS	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR
PIS	R\$ 11.550,00	0,65	R\$ 75,08
COFINS	R\$ 11.550,00	3,00	R\$ 346,50
CSLL	R\$ 11.550,00	1,00	R\$ 115,50
IRRF	R\$ 11.550,00	1,50	R\$ 173,25
TOTAL DE IMPOSTOS FEDERAIS RETIDOS			R\$ 710,33

VALOR POR EXTENSO onze mil, quinhentos e cinquenta reais	VALOR BRUTO DA NOTA FISCAL R\$ 11.550,00
INSTRUÇÃO DE RETENÇÃO DO ISS O ISS NÃO DEVE SER RETIDO	DEDUÇÕES R\$ 0,00
ALÍQUOTA ISS(%) 0,000000000	VALOR DO(S) SERVIÇO(S) R\$ 11.550,00
VALOR I.S.S. R\$ 0,00	VALOR LIQUIDO A RECEBER R\$ 10.839,67

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Nota Fiscal Eletrônica Autorizada pelo Decreto nº 5805 de 15/04/2011
Empresa enquadrada no Regime de Apuração Especial.
Conf. Lei Federal 12741/12 a Carga Tributária Aproximada desta NF é de 13,45% Federal (IBPT).

RECEBEMOS DE 08726122000171 - CARDIOEQUIPE SS OS SERVIÇOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO.	Nº 00001350
DATA DE RECEBIMENTO	SÉRIE E
IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECLIBDOR	




Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	04718 / 1292 / 000577495369-2
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOCIACAO FILHAS DE SAO CAMILO
CPF/CNPJ:	61.986.402/0014-16
Banco:	341 - ITAU UNIBANCO BM S.A. 0000000 - 60701190
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	0276 / 00000098864-9
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	MERCISERVICOSMEDICOLTDA
CPF/CNPJ:	56.441.255/0001-44
Valor:	R\$ 8.176,50
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	06 - Pagamento de Honorários
Identificação da operação:	DR RICARDO NF 20
Histórico:	
Data de débito:	21/02/2025
Data / Hora da operação:	21/02/2025 12:03:58
Código da operação:	88675142
Chave de segurança:	38T81925JYEV3KUT

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

MERCI SERVICOS MEDICO LTDA CNPJ : 56.441.255/0001-44 I. Mun. : 46728 I. Est. : Isento Telefone : (19)970996-51 R DOLORES DE BRITTO BIAGGIO, 100 - JARDINS DE SAMANTHA I Araras - SP CEP: 13605186 E-mail : fernanda@pinheirocontabilidade.com.br Consulte a Autenticidade em : araras.sigissweb.com	NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO	NÚMERO 00000020	SÉRIE E
	CÓDIGO DE AUTENTICIDADE 044211255000125846000010020011444156440207		

REMETENTE / DESTINATÁRIO

NOME, RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO FILHAS DE SAO CAMILO	C.N.P.J. / C.P.F. 61.986.402/0014-16	INS. MUNICIPAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL
ENDEREÇO RUA DAS ANGELICAS, 730	BAIRRO / DISTRITO JD DULCE MARIA	MUNICÍPIO Conchal	UF SP
CEP 13835-000	TELEFONE / FAX	E-MAIL	

DATA EMISSÃO 21/02/2025	FORMA DE PAGAMENTO
-----------------------------------	---------------------------

DESCRIÇÃO DO(S) SERVIÇO(S).

100% dos serviços médicos prestados pela sócio Ricardo Paganotte , a saber R\$ 9.000,00
 Serviços prestados comp: 01/2025

Pago com recurso da Prefeitura do Município de Conchal - Lei nº 2.447, de 07 de Janeiro de 2025.

PAGAMENTO 02/2025

DADOS BANCÁRIOS:
 CHAVE PIX CNPJ 56.441.255/0001-44 - MERCI SERVIÇOS MÉDICO

188-570,00

CLASSIFICAÇÃO DO SERVIÇO 4.01 - Medicina e biomedicina.

IMPOSTOS FEDERAIS RETIDOS	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR
PIS	R\$ 9.000,00	0,65	R\$ 58,50
COFINS	R\$ 9.000,00	3,00	R\$ 270,00
CSLL	R\$ 9.000,00	1,00	R\$ 90,00
IRRF	R\$ 9.000,00	1,50	R\$ 135,00
TOTAL DE IMPOSTOS FEDERAIS RETIDOS			R\$ 553,50

VALOR POR EXTENSO nove mil reais	VALOR BRUTO DA NOTA FISCAL R\$ 9.000,00	
INSTRUÇÃO DE RETENÇÃO DO ISS O ISS NÃO DEVE SER RETIDO	DEDUÇÕES R\$ 0,00	VALOR DO(S) SERVIÇO(S) R\$ 9.000,00
ALÍQUOTA ISS(%) 4,000000000	VALOR I.S.S. R\$ 360,00	VALOR LÍQUIDO A RECEBER R\$ 8.446,50

INFORMAÇÕES ADICIONAIS Nota Fiscal Eletrônica Autorizada pelo Decreto nº 5805 de 15/04/2011 Empresa enquadrada no Regime de Apuração Variável. Conf. Lei Federal 12741/12 a Carga Tributária Aproximada desta NF é de 13,45% Federal (IBPT) e de 4,0% Municipal, perfazendo o valor de R\$ 1570,50
--

RECEBEMOS DE 56441255000114 - MERCI SERVICOS MEDICO LTDA OS SERVIÇOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO.	Nº 00000020 SÉRIE E
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

**Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED: TED para terceiros
Conta origem: 04718 / 1292 / 000577495369-2
Tipo de conta: 01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa: JURÍDICA
Nome: ASSOCIACAO FILHAS DE SAO CAMILO
CPF/CNPJ: 61.986.402/0014-16

Banco: 260 - NU PAGAMENTOS S.A. 0000000 - 18236120
Tipo de conta: 01 - Conta Corrente
Conta destino: 0001 / 00074613353-1
Tipo de pessoa: JURÍDICA
Nome: OMM SERVICOS MEDICOS LTDA
CPF/CNPJ: 37.755.132/0001-33
Valor: R\$ 6.000,00
Valor da tarifa: R\$ 0,00
Finalidade: 06 - Pagamento de Honorários
Identificação da operação: DR OTHO NF 113

Histórico:

Data de débito: 21/02/2025
Data / Hora da operação: 21/02/2025 12:04:34

Código da operação: 89272026**Chave de segurança:** 02HUJ5Q2UYQKS9Y7

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 DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO****SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA****NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e
- NOTA CARIOCA -**

Número da Nota

0000113

Data e Hora de Emissão

21/02/2025 09:18:39

Código de Verificação

UHLM-ZVUD

20250221037755132000133037755132000133

PRESTADOR DE SERVIÇOSCPF/CNPJ **37.755.132/0001-33**Inscrição Municipal: **1.249.289-8**

Inscrição Estadual ---

Nome/Razão Social **OMM SERVICOS MEDICOS LTDA**Nome Fantasia **OMM SERVIÇOS MÉDICOS**Tel **21970327414**Endereço: **RUA VOLUNTARIOS DA PATRIA 230, APT 704 - BOTAFOGO - CEP: 22270-012**Município: **RIO DE JANEIRO**UF: **RJ**E-mail: **othommaciell@hotmail.com****TOMADOR DE SERVIÇOS**CPF/CNPJ **61.986.402/0014-16**

Inscrição Municipal: ---

Inscrição Estadual ---

Nome/Razão Social **ASSOCIAÇÃO FILHAS DE SÃO CAMILO - HOSPITAL E MATERNIDADE MADRE VANNINI**Endereço: **RUA DAS ANGELICAS 730 - JARDIM DULCE MARIA - CEP: 13835-084**

Tel ---

Município: **CONCHAL**UF: **SP**

E-mail: ---

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

100% dos SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS, pelo socio, MÉDICO: Dr. Otho Moreira Maciel

Competência 01/2025

Pago com recurso da Prefeitura do Município de Conchal - Lei nº 2.447, de 07 de janeiro de 2025.

Dados Bancários: NU PAGAMENTOS

Ag.0001 - Cc.74613353-1

OMM SERVIÇOS MÉDICOS LTDA

CNEJ: 37.755.132/0001-33

PIX CNPJ: 37755132000133

Otho Moreira Maciel

CPF: 981.398.435-04

CRM: 52-0116880-0

Empresa Optante pelo Simples Nacional (tributação: Anexo V, a partir de 15,5 %)

Lei de Transparência Fiscal (12.741/2012)

Fonte IBPT

Procon: Rua da Ajuda, 05 Centro - RJ - Tel: 151

Aleri: Rua da Alfandega, 08, 11º andar - Tel: 0800-022-008

VALOR DA NOTA = R\$ 6.000,00

Serviço Prestado

04.03.02 - Serviços de saúde ou de assistência médica prestados por hospital apto a efetuar internações

Deduções (R\$)	Desconto incond. (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito p/ IPTU (R\$)
0,00	0,00	---	---	---	0,00

OUTRAS INFORMAÇÕES

- Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 5.098 de 15/10/2009 e no Decreto nº 32.250 de 11/05/2010
- PROCON-RJ: Av. Rio Branco nº 25, 5º andar, tel 151- www.procon.rj.gov.br
- ISS devido deve ser recolhido por meio de Documento de Arrecadação do Simples Nacional (DAS)
- Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional. Não gera direito a crédito fiscal de IPI
- Esta NFS-e não gera crédito para abatimento no IPTU

**Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED: TED para terceiros
Conta origem: 04718 / 1292 / 000577495369-2
Tipo de conta: 01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa: JURÍDICA
Nome: ASSOCIACAO FILHAS DE SAO CAMILO
CPF/CNPJ: 61.986.402/0014-16

Banco: 756 - BANCO SICCOB 0000000 - 02038232
Tipo de conta: 01 - Conta Corrente
Conta destino: 5032 / 00000011286-0
Tipo de pessoa: JURÍDICA
Nome: EDVALDO VALENTIM GOMES BEATO EIRELI
CPF/CNPJ: 35.621.361/0001-30
Valor: R\$ 9.962,12
Valor da tarifa: R\$ 0,00
Finalidade: 06 - Pagamento de Honorários
Identificação da operação: DR BEATO NF 672

Histórico:

Data de débito: 21/02/2025
Data / Hora da operação: 21/02/2025 12:04:51

Código da operação: 89844484
Chave de segurança: W08XWVZ4TXVMJPY7

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

EDEVALDO VALENTIM GOMES BEATO EIRELI CNPJ : 35.621.361/0001-30 I. Mun. : 39954 I. Est. : ISENT0 Telefone : (19)386613-35 RUA MARIO FEMENA, 35 - CONDOMÍNIO TERRAS DE SANTA OLIVIA Araras - SP CEP: 13607555 E-mail : srbordignon@conchalnet.com.br Consulte a Autenticidade em : araras.sigisweb.com	NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO	NÚMERO 00000672	SÉRIE E
	CÓDIGO DE AUTENTICIDADE 04421136100017584600010020011430735626725		

REMETENTE / DESTINATÁRIO			
NOME - RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO FILHAS DE SAO CAMILO ENDEREÇO RUA DAS ANGELICAS, 730 CEP 13835-000 TELEFONE - FAX	C.N.P.J. / C.P.F. 61.986.402/0014-16 BAIRRO / DISTRITO JD DULCE MARIA E-MAIL contabilmvannini@gmail.com	INS. MUNICIPAL MUNICIPIO Conchal	INSCRIÇÃO ESTADUAL UF SP
DATA EMISSÃO 20/02/2025	FORMA DE PAGAMENTO		

DESCRIÇÃO DO(S) SERVIÇO(S).

100% DOS SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS PELO SÓCIO DR EDEVALDO VALENTIM GOMES BEATO, A SABER: R\$ 10.614,94.
SERVIÇOS PRESTADOS COMP: 01/2025.

Total das Contribuições R\$ 493.60.-
Valor Líquido R\$ 9.962,12.-

DISPENSADA A RETENÇÃO DA PREVIDÊNCIA POR SERVIÇOS PRESTADOS PESSOALMENTE PELO SÓCIO CONF PARÁGRAFO 2º DO ARTIGO 120 INCISO III DA IN Nº 971 DE 13/11/2009.

- PAGA COM RECURSO DA PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE CONCHAL – LEI Nº 2.447, DE 07 DE JANEIRO DE 2025.

CLASSIFICAÇÃO DO SERVIÇO
4.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.

IMPOSTOS FEDERAIS RETIDOS	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR
PIS	R\$ 10.614,94	0,65	R\$ 69,00
COFINS	R\$ 10.614,94	3,00	R\$ 318,45
CSLL	R\$ 10.614,94	1,00	R\$ 106,15
IRRF	R\$ 10.614,94	1,50	R\$ 159,22
TOTAL DE IMPOSTOS FEDERAIS RETIDOS			R\$ 652,82

VALOR POR EXTENSO dez mil, seiscentos e quatorze reais e noventa e quatro centavos	VALOR BRUTO DA NOTA FISCAL R\$ 10.614,94
INSTRUÇÃO DE RETENÇÃO DO ISS O ISS NÃO DEVE SER RETIDO	DEDUÇÕES R\$ 0,00
ALÍQUOTA ISS(%) 4,000000000	VALOR DO(S) SERVIÇO(S) R\$ 10.614,94
VALOR I.S.S. R\$ 424,60	VALOR LÍQUIDO A RECEBER R\$ 9.962,12

INFORMAÇÕES ADICIONAIS
Nota Fiscal Eletrônica Autorizada pelo Decreto nº 5805 de 15/04/2011
Empresa enquadrada no Regime de Apuração Variável.
Conf. Lei Federal 12741/12 a Carga Tributária Aproximada desta NF é de 13,45% Federal (IBPT) e de 4,0% Municipal, perfazendo o valor de R\$ 1852,31

RECEBEMOS DE 35621361000130 - EDEVALDO VALENTIM GOMES BEATO EIRELI OS SERVIÇOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO.	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	Nº 00000672 SÉRIE E
DATA DE RECEPIMENTO		

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

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED: TED para terceiros
Conta origem: 04718 / 1292 / 000577495369-2
Tipo de conta: Não foi possível recuperar
Tipo de pessoa: JURÍDICA
Nome: ASSOCIACAO FILHAS DE SAO CAMILO
CPF/CNPJ: 61.986.402/0014-16

Banco: 260 - NU PAGAMENTOS S.A. - 18236120
Tipo de conta: 01 - Conta Corrente
Conta destino: 0001 / 00052579691-5
Tipo de pessoa: JURÍDICA
Nome: ADEMIR ESPERIDIAO SANTOS S MED LTDA ME
CPF/CNPJ: 46.782.334/0001-65
Valor: R\$ 4.500,00
Valor da tarifa: R\$ 0,00
Finalidade: 06 - Pagamento de Honorários
Identificação da operação: DR ADEMIR NF 117
Histórico:

Data de débito: 21/02/2025
Data / Hora da operação: 21/02/2025 16:59:53

Código da operação: 09130801
Chave de segurança: UXZAZFQQHQ7G6VH

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 LIMEIRA - SP
SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA

NÚMERO DA NOTA
00117
DATA DA EMISSÃO
 21/02/2025 13:10:29
CÓDIGO VERIFICAÇÃO
 21AFD1C53

SÉRIE: NFS **COMPETÊNCIA:** 21/02/2025 **LOCAL DO SERVIÇO:** CONCHAL - SP **NFS SUBSTITUÍDA:** - **RPS:** -

PRESTADOR DO SERVIÇO



NOME/RAZÃO SOCIAL:

ADEMIR ESPERIDIAO SANTOS SEGUNDO SERVICOS MEDICOS LTDA ME

NOME FANTASIA:

CPF/CNPJ:
46.782.334/0001-65

INSC. MUNICIPAL:

83894

SIMPLES NACIONAL:

(x) SIM () NÃO

INSC. ESTADUAL:

ENDEREÇO:

RUA SETE DE SETEMBRO, 1330 - CENTRO

MUNICÍPIO:

LIMEIRA - SP - BRASIL

CEP:

13480-151

REGIME ESPECIAL:

NENHUM

COMPLEMENTO:

TELEFONE:

(19) 3441-1039

E-MAIL:

adriano@dadonacalvesconsultoria.com.br

TOMADOR DO SERVIÇO

NOME/RAZÃO SOCIAL:

ASSOCIACAO FILHAS DE SAO CAMILO

CPF/CNPJ/NIF:

61.986.402/0014-16

CEP:

13835-000

PAÍS:

BRASIL

ENDEREÇO:

RUA DAS ANGÉLICAS, 730 - CENTRO

MUNICÍPIO:

CONCHAL - SP

E-MAIL:

contabilmvannini@gmail.com

COMPLEMENTO:

TELEFONE:

(19) 3866-1200

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

4.01 | Medicina e biomedicina.

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

100% DOS SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS PELO SÓCIO ADEMIR ESPERIDIAO, A SABER R\$4.500,00
 SERVIÇOS PRESTADOS COMP: 01/2025
 PAGO COM RECURSO DA PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE CONCHAL - LEI Nº 2.447, DE 07 DE JANEIRO DE 2025

***** FIM

DETALHAMENTO DE VALORES

IMPOSTOS FEDERAIS

PIS..... R\$ 0,00
 COFINS..... R\$ 0,00
 IR..... R\$ 0,00
 INSS..... R\$ 0,00
 CSLL..... R\$ 0,00

DEDUÇÕES / DESCONTOS

Alíquota do ISS 2,53 %
 Desconto Incondicionado..... R\$ 0,00
 Desconto Condicionado..... R\$ 0,00
 Outras Retenções..... R\$ 0,00
 Outras Deduções..... R\$ 0,00

VALOR DO SERVIÇO.....

R\$ 4.500,00
 Base de Cálculo..... R\$ 4.500,00
 Total Deduções/Descontos..... R\$ 0,00
 Total de Imp. Federais..... R\$ 0,00
 Valor do ISS..... R\$ 113,85
VALOR LÍQUIDO..... R\$ 4.500,00

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Declaramos que os serviços foram prestados pessoalmente pelo sócio, sem o concurso de empregados ou auxiliares, dispensa Retenção do INSS de 11% nos termos do artigo 120 da IN/RFB nº 971/2009. DADOS BANCÁRIOS PARA PAGAMENTO: NU PAGAMENTOS S.A. (260) / AG: 0001 / CC: 52579691-5

OUTRAS INFORMAÇÕES



- 1 - Responsável Tributário: (X) Prestador () Tomador.
- 2 - O ISS desta Nota Fiscal é devido DENTRO do município de LIMEIRA - SP.
- 3 - Uma via desta Nota Fiscal foi enviada para o e-mail do Tomador do Serviço.
- 4 - A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site <https://www.limeira.sp.gov.br> com a utilização do Código de Verificação.

Desenvolvido por: **II-BRASIL INTELIGÊNCIA E INFORMAÇÃO LTDA®**



PREFEITURA MUNICIPAL DE LIMEIRA - SP
Série | Número NFS-e
 NFS | 00117
Data da Emissão
 21/02/2025 13:10:29
Código de Verificação
 21AFD1C53

Recebi a NFS-e emitida pelo prestador: **ADEMIR ESPERIDIAO SANTOS SEGUNDO SERVICOS MEDICOS LTDA ME**

Identificação do recebedor

Data do recebimento

**Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED: TED para terceiros
Conta origem: 04718 / 1292 / 000577495369-2
Tipo de conta: 01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa: JURÍDICA
Nome: ASSOCIACAO FILHAS DE SAO CAMILO
CPF/CNPJ: 61.986.402/0014-16

Banco: 260 - NU PAGAMENTOS S.A. 0000000 - 18236120
Tipo de conta: 01 - Conta Corrente
Conta destino: 0001 / 00810674632-5
Tipo de pessoa: JURÍDICA
Nome: HITALOSILVASERVICOSMEDICOSLTDA
CPF/CNPJ: 55.630.561/0001-66
Valor: R\$ 9.000,00
Valor da tarifa: R\$ 0,00
Finalidade: 06 - Pagamento de Honorários
Identificação da operação: DR HITALO NF 36
Histórico:

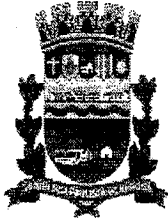
Data de débito: 21/02/2025
Data / Hora da operação: 21/02/2025 12:05:27

Código da operação: 90318508
Chave de segurança: M2LXZ9S20ZM4SL36

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 Mococa

Secretaria Municipal de Finanças

Nota Fiscal Eletrônica de Serviços - NF-e

Número da Nota/Série
36/NFE

Data e Hora de Emissão
21/02/2025 09:18:31

Código de Verificação
9AEAB35CCBDE63013321

Página 1 / 1

DOCUMENTO EMITIDO POR ME OPTANTE DO SIMPLES NACIONAL

CNPJ : 55.630.561/0001-66 IE: ISENTA IM: 9924951
Razão Social: HITALO SILVA SERVICOS MEDICOS LTDA
Endereço : RUA CAPITAO MIGUEL FERREIRA - Num: 593 - APT 2
Bairro : VILA MARIANA - CEP: 13.730-335
Município : MOCOCA - SP
E-mail : escritoriogilsondias@yahoo.com.br

Dados da Nota

TOMADOR



CNPJ : 61.986.402/0014-16 IE: IM:
Razão Social: ASSOCIACAO FILHAS DE SAO CAMILO
Endereço : RUA DAS ANGELICAS - Num: 730. Bairro: JD DULCE MARIA - CEP: 13.835-000
Município : CONCHAL - SP
E-mail : verificar@verificar.com.br

Local de Prestação de Serviço

Endereço : RUA DAS ANGELICAS - Num: 730. Bairro: JD DULCE MARIA - CEP: 13.835-000
Município : CONCHAL - SP

Local de Incidência do ISSQN

Município: MOCOCA - SP

Discriminação do Serviço

-100% dos serviços médicos prestados pelo sócio Hitalo Rennan L Silva , a saber R\$ 9.000,00

Serviços prestados comp: 01/2025

-Pago com recurso da Prefeitura do Município de Conchal - Lei nº 2.447, de 07 de Janeiro de 2025.

Dedução / Outras Informações

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 9.000,00

Código do Serviço: 04.03 - HOSPITAIS, CLÍNICAS, LABORATÓRIOS, SANATÓRIOS, MANICÔMIOS, CASA DE SAUDE, PRONTOS SOCORROS, AMBULATO

Desconto Incondicional (R\$)	Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	ISSQN Retido na Fonte
0,00	0,00	9.000,00	NAO
Alíquota ISSQN (%)	Valor do ISSQN (R\$)		
2,00	180,00		

Dados do Vencimento

Valor Documento R\$: 9.000,00
Valor por extenso: Nove Mil Reais

Forma Pgto: A VISTA

Outras Informações

- Valor aproximado de Tributos: 0,00 (0,00%)

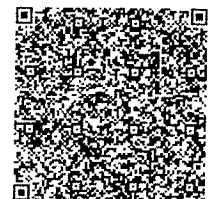
Recebi(emos) de HITALO SILVA SERVICOS MEDICOS LTDA
os serviços constantes na Nota Fiscal Eletrônica ao lado.

Dados que Identificam a Nota-1

Número da Nota
36/NFE

Emissão
21/02/2025 09:18:31

Código de verificação
9AEAB35CCBDE63013321



Data

Identificação do Recebedor

20
810674632-5

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


Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	04718 / 1292 / 000577495369-2
Tipo de conta:	Não foi possível recuperar
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOCIACAO FILHAS DE SAO CAMILO
CPF/CNPJ:	61.986.402/0014-16
Banco: 336 - BANCO C6 S.A. - 31872495	
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	0001 / 00022117008-1
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	CASTILHOFIGUEIREDOCLINICAMEDICALTA
CPF/CNPJ:	41.669.463/0001-28
Valor:	R\$ 6.282,29
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	06 - Pagamento de Honorários
Identificação da operação:	DR VITOR NF 208
Histórico:	
Data de débito:	21/02/2025
Data / Hora da operação:	21/02/2025 16:59:25
Código da operação: 08700302	
Chave de segurança: 73372A6TZMKPM40T	

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
AÍD CAIXA: 0800 104 0104

CASTILHO-FIGUEIREDO CLINICA MEDICA LTDA CNPJ : 41.669.463/0001-28 I. Mun. : 26228 I. Est. : Isento Telefone : (17)330590-30 AV CARLOS BONFANTI, 825 - Centro Leme - SP CEP: 13610238 E-mail : gestor.societario@rissicontabilidade.com.br Consulte a Autenticidade em : leme.sigissweb.com	NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO	NÚMERO 00000208	SÉRIE NFS
	CÓDIGO DE AUTENTICIDADE 046369463000182661000010070016826741662086		

REMETENTE / DESTINATÁRIO

NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOCIAÇÃO FILHAS DE SÃO CAMILO	C.N.P.J. / C.P.F. 61.986.402/0014-16	INS. MUNICIPAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL
ENDEREÇO R DAS ANGÉLICAS, 730	BAIRRO / DISTRITO Centro	MUNICÍPIO Conchal	UF SP
CEP 13835-000	TELEFONE / FAX	E-MAIL	
DATA EMISSÃO 20/02/2025	FORMA DE PAGAMENTO		

DESCRIÇÃO DO(S) SERVIÇO(S).

- 100% DOS SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS REFERENTE A CIRURGIAS PELO SÓCIO DR. VITOR HUGO 01/2025
A SABER: R\$ 6.915,02.

BANCO SANTANDER AG: 0039 CC: 13009680-3

VALOR APROXIMADO DOS TRIBUTOS CONFORME LEI 12.741 (16,70%) FONTE: IBPT

DECLARO PARA FINS DE DISPENSA DE RETENÇÕES DE CONTRIBUIÇÕES PREVIDENCIÁRIAS DE QUE TRATA O ARTIGO 115, INCISO III, DA INSTRUÇÃO NORMATIVA RFB 2.110, DE 17/10/2022, QUE OS SERVIÇOS SÃO PRESTADOS POR PROFISSÃO REGULAMENTADA POR LEGISLAÇÃO FEDERAL, SENDO PRESTADO FISSALMENTE PELOS SÓCIOS DA EMPRESA, SEM O CONCURSO DE EMPREGADOS OU DE OUTROS CONTRIBUINTES INDIVIDUAIS

CLASSIFICAÇÃO DO SERVIÇO
4.01 - Medicina e biomedicina.

IMPOSTOS FEDERAIS RETIDOS	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR
PIS	R\$ 6.915,02	0,65	R\$ 44,95
COFINS	R\$ 6.915,02	3,00	R\$ 207,45
CSLL	R\$ 6.915,02	1,00	R\$ 69,15
IRRF	R\$ 6.915,02	1,50	R\$ 103,73
TOTAL DE IMPOSTOS FEDERAIS RETIDOS			R\$ 425,28

VALOR POR EXTENSO seis mil, novecentos e quinze reais e dois centavos	VALOR BRUTO DA NOTA FISCAL R\$ 6.915,02
INSTRUÇÃO DE RETENÇÃO DO ISS O ISS NÃO DEVE SER RETIDO	DEDUÇÕES R\$ 0,00
ALÍQUOTA ISS(%) 3,000000000	VALOR I.S.S. R\$ 207,45
VALOR DO(S) SERVIÇO(S) R\$ 6.915,02	
VALOR LÍQUIDO A RECEBER R\$ 6.489,74	

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Nota Fiscal Eletrônica Autorizada pelo Decreto nº 6545/2015
Empresa enquadrada no Regime de Apuração Variável.
 Conf. Lei Federal 12741/12 a Carga Tributária Aproximada desta NF é de 13,45% Federal (IBPT) e de 3,0% Municipal, perfazendo o valor de R\$ 1137,52

RECEBEMOS DE 41669463000128 - CASTILHO-FIGUEIREDO CLINICA MEDICA LTDA OS SERVIÇOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO.	Nº 00000208 SÉRIE NFS
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

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

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TFP: TED para terceiros
Conta origem: 04718 / 1292 / 000577495369-2
Tipo de conta: Não foi possível recuperar
Tipo de pessoa: JURÍDICA
Nome: ASSOCIACAO FILHAS DE SAO CAMILO
CPF/CNPJ: 61.986.402/0014-16

Banco: 336 - BANCO C6 S.A. - 31872495
Tipo de conta: 01 - Conta Corrente
Conta destino: 0001 / 00026182633-6
Tipo de pessoa: JURÍDICA
Nome: PAULINO SERVICOS MEDICOS LTDA
CPF/CNPJ: 50.327.297/0001-72
Valor: R\$ 3.000,00
Valor da tarifa: R\$ 0,00
Finalidade: 06 - Pagamento de Honorários
Identificação da operação: DR. ANDRE NF 23

Histórico:

Data de débito: 21/02/2025
Data / Hora da operação: 21/02/2025 16:59:39

Código da operação: 08926976
Chave de segurança: C7XT4FEAF8XMS3ZJ

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

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

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



MUNICÍPIO DE BACABAL - ESTADO DO MARANHÃO
Secretaria Municipal de Finanças

Nota Nº - Série
0000000023 - E

Autenticidade
Z5W2-48JF

NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS

Data da Emissão: 21/02/2025 14:40:24

Competência: 02/2025



PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social: **PAULINO SERVICOS MEDICOS LTDA**
Nome Fantasia: *****
CNPJ/CPF: **50.327.297/0001-72** IM: **913099** IE: TELEFONE: **4430252182**
Endereço: **RUA TRAV TEIXEIRA DE FREITAS ,1805 - CENTRO** UF: **MA**
CEP: **65700-000** Cidade: **BACABAL**
Email: **contrato@medcontabil.com.br**

TOMADOR DE SERVIÇOS

Razão Social: **ASSOCIACAO FILHAS DE SAO CAMILO**
Nome Fantasia:
CNPJ/CPF: **61.986.402/0014-16** IM: IE: TELEFONE:
Endereço: **RUA RUA DAS ANGELICAS ,730 - CENTRO** UF: **SP**
CEP: **13835-000** Cidade: **CONCHAL**
Email: **nfhmmv@gmail.com**

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Página 1 de 1

Referente aos serviços médicos prestados pelo Dr. André Adler Batista Paulino em janeiro/2025
Pago com recurso da Prefeitura do Município de Conchal - Lei nº 2.447, de 07 de Janeiro de 2025.
Empresa optante pelo Simples Nacional
Dados bancários
CNPJ: 50327297000172
Banco: 336 - BANCO C6 S.A - C6 BANK
Conta: 26182633 - 6
Agência: 000 - 1

Documento emitido por Optante do Simples Nacional, de acordo com a L.C. 123/2006.

Processo executado por: **172.16.20.60**

Consulte a autenticidade desta Nota através do site:
bacabal.sijiss.com.br/bacabal

Situação de Tributação do ISSQN
Tributada no Prestador

Código do Serviço
401 - Medicina e biomedicina.
Código de Atividade (CNAE)
8630503 - Atividade consultas

INSS(R\$)	IR(R\$)	PIS(R\$)	COFINS(R\$)	CSLL(R\$)	OUTRAS DEDUÇÕES(R\$)
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Os valores acima referem-se as retenções de tributos administrados pela União, sendo de responsabilidade do Prestador os dados informados e não implicam na base de cálculo do ISSQN.

DEDUÇÕES(R\$)	SUBEMPREGADA(R\$)	BASE DE CÁLCULO(R\$)	ALÍQUOTA(%)	VALOR ISS(R\$)	VALOR TOTAL(R\$)
0,00	0,00	3.000,00	2,0100	60,30	3.000,00

VALOR LÍQUIDO DA NOTA R\$ 3.000,00



MUNICÍPIO DE BACABAL - ESTADO DO MARANHÃO
Secretaria Municipal de Finanças

Nota Nº - Série
000000023 - E

Autenticidade
Z5W2-48JF

NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS



Data da Emissão: 21/02/2025 14:40:24

Competência: 02/2025

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social: **PAULINO SERVICOS MEDICOS LTDA**
Nome Fantasia: *****
CNPJ/CPF: **50.327.297/0001-72** IM: **913099** IE: TELEFONE: **4430252182**
Endereço: **RUA TRAV TEIXEIRA DE FREITAS ,1805 - CENTRO**
CEP: **65700-000** Cidade: **BACABAL** UF: **MA**
Email: **contrato@medcontabil.com.br**

TOMADOR DE SERVIÇOS

Razão Social: **ASSOCIACAO FILHAS DE SAO CAMILO**
Nome Fantasia:
CNPJ/CPF: **61.986.402/0014-16** IM: IE: TELEFONE:
Endereço: **RUA RUA DAS ANGELICAS ,730 - CENTRO**
CEP: **13835-000** Cidade: **CONCHAL** UF: **SP**
Email: **nfhmmv@gmail.com**

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Página 1 de 1

Referente aos serviços médicos prestados pelo Dr. André Adler Batista Paulino em janeiro/2025
Pago com recurso da Prefeitura do Município de Conchal - Lei nº 2.447, de 07 de Janeiro de 2025.
Empresa optante pelo Simples Nacional
Dados bancários
CNPJ: 50327297000172
Banco: 336 - BANCO C6 S.A - C6 BANK
Conta: 26182633 - 6
Agência: 000 - 1

Documento emitido por Optante do Simples Nacional, de acordo com a L.C. 123/2006.

Processo executado por: **172.16.20.60**

Situação de Tributação do ISSQN

Consulte a autenticidade desta Nota através do site:
bacabal.sigiss.com.br/bacabal

Tributada no Prestador

Código do Serviço
401 - Medicina e biomedicina.
Código de Atividade (CNAE)
8630503 - Atividade consultas

INSS(R\$)	IR(R\$)	PIS(R\$)	COFINS(R\$)	CSLL(R\$)	OUTRAS DEDUÇÕES(R\$)
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Os valores acima referem-se as retenções de tributos administrados pela União, sendo de responsabilidade do Prestador os dados informados e não implicam na base de cálculo do ISSQN.

DEDUÇÕES(R\$)	SUBEMPREGADA(R\$)	BASE DE CÁLCULO(R\$)	ALÍQUOTA(%)	VALOR ISS(R\$)	VALOR TOTAL(R\$)
0,00	0,00	3.000,00	2,0100	60,30	3.000,00

VALOR LÍQUIDO DA NOTA R\$ 3.000,00

**Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED: TED para terceiros
Conta origem: 04718 / 1292 / 000577495369-2
Tipo de conta: 01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa: JURÍDICA
Nome: ASSOCIACAO FILHAS DE SAO CAMILO
CPF/CNPJ: 61.986.402/0014-16

Banco: 260 - NU PAGAMENTOS S.A. 0000000 - 18236120
Tipo de conta: 01 - Conta Corrente
Conta destino: 0001 / 00080179646-6
Tipo de pessoa: JURÍDICA
Nome: RANYERERMSERVICOSMEDICOSLTDA
CPF/CNPJ: 52.017.665/0001-01
Valor: R\$ 4.500,00
Valor da tarifa: R\$ 0,00
Finalidade: 06 - Pagamento de Honorários
Identificação da operação: DR RANYERE NF 24
Histórico:

Data de débito: 21/02/2025
Data / Hora da operação: 21/02/2025 12:05:10

Código da operação: 90020362
Chave de segurança: RW7758AR1MMHVSZQ

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 LIMEIRA - SP
SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA

NÚMERO DA NOTA
00024
DATA DA EMISSÃO
21/02/2025 10:25:42
CÓDIGO VERIFICAÇÃO
1CFAE1DF7

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA

SÉRIE: NFS COMPETÊNCIA: 21/02/2025 LOCAL DO SERVIÇO: CONCHAL - SP NFS SUBSTITUÍDA: RPS:

PRESTADOR DO SERVIÇO



NOME/RAZÃO SOCIAL:
RANYERE R. M. S SERVICOS MEDICOS LTDA
NOME FANTASIA:

ENDEREÇO:
RUA FERNAO DIAS, 80 - VILA PRIMAVERA
COMPLEMENTO:
terreo1 apt 22

CPF/CNPJ:
52.017.665/0001-01
MUNICÍPIO:
LIMEIRA - SP - BRASIL
TELEFONE:
(32) 9982-81858

INSC.MUNICIPAL:
86210
CEP:
13484-038
E-MAIL:
societario2@easydr.com.br

SIMPLES NACIONAL:
(x) SIM () NÃO
INSC.ESTADUAL:
REGIME ESPECIAL:
NENHUM
SITE:

TOMADOR DO SERVIÇO

NOME/RAZÃO SOCIAL:
ASSOCIACAO FILHAS DE SAO CAMILO
ENDEREÇO:
RUA DAS ANGELICAS, 730 - CENTRO
COMPLEMENTO:

CPF/CNPJ/NIF:
61.986.402/0014-16
MUNICÍPIO:
CONCHAL - SP
TELEFONE:
() -

CEP:
13835-000
E-MAIL:
nfhmv@gmail.com

PAÍS:
BRASIL

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

4.01 | Medicina e biomedicina.

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

Discriminação	Observações	Unidade	Quantidade	Valor Unitário	SubTotal
SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS		1	1,00	4.500,00	4.500,00
Total dos Itens					4.500,00

100% DOS SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS PELO DR. RANYERE SOARES A SABER R\$ 4.500,00

COMPETÊNCIA: 01/2025

PAGO COM RECURSOS DA PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE CONCHAL - LEI Nº 2.447, DE 07 DE JANEIRO DE 2025.

DADOS BANCÁRIOS - PJ
BANCO NUBANK - 0260
AGENCIA: 0001
C/C: 80179646-6

FIM

DETALHAMENTO DE VALORES

IMPOSTOS FEDERAIS	DEDUÇÕES / DESCONTOS	VALOR DO SERVIÇO.....	R\$ 4.500,00
PIS..... R\$ 0,00	Alíquota do ISS 2,26 %	Base de Cálculo.....	R\$ 4.500,00
COFINS..... R\$ 0,00	Desconto Incondicionado..... R\$ 0,00	Total Deduções/Descontos.....	R\$ 0,00
IR..... R\$ 0,00	Desconto Condicionado..... R\$ 0,00	Total de Imp. Federais.....	R\$ 0,00
INSS..... R\$ 0,00	Outras Retenções..... R\$ 0,00	Valor do ISS.....	R\$ 101,70
CSLL..... PS 0,00	Outras Deduções..... R\$ 0,00	VALOR LÍQUIDO.....	R\$ 4.500,00

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

OUTRAS INFORMAÇÕES



- 1 - Responsável Tributário: (X) Prestador () Tomador.
- 2 - O ISS desta Nota Fiscal é devido DENTRO do município de LIMEIRA - SP.
- 3 - Uma via desta Nota Fiscal foi enviada para o e-mail do Tomador do Serviço.
- 4 - A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site <https://www.limeira.sp.gov.br> com a utilização do Código de Verificação.

Desenvolvido por: ii-BRASIL INTELIGÊNCIA E INFORMAÇÃO LTDA®



PREFEITURA MUNICIPAL DE LIMEIRA - SP
Série | Número NFS-e
NFS | 00024
Data da Emissão
21/02/2025 10:25:42
Código de Verificação
1CFAE1DF7

Recebi a NFS-e emitida pelo prestador: RANYERE R. M. S SERVICOS MEDICOS LTDA

Identificação do receptor

Data do recebimento

GERENCIADOR DE
CAIXA**2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED: TED para terceiros
Conta origem: 04718 / 1292 / 000577495369-2
Tipo de conta: Não foi possível recuperar
Tipo de pessoa: JURÍDICA
Nome: ASSOCIACAO FILHAS DE SAO CAMILO
CPF/CNPJ: 61.986.402/0014-16

Banco: 260 - NU PAGAMENTOS S.A. - 18236120
Tipo de conta: 01 - Conta Corrente
Conta destino: 0001 / 00023126321-0
Tipo de pessoa: JURÍDICA
Nome: ADELSONDOSSANTOSSILVAJUNIORSERVICOSMEDIC
CPF/CNPJ: 44.066.917/0001-64
Valor: R\$ 3.000,00
Valor da tarifa: R\$ 0,00
Finalidade: 06 - Pagamento de Honorários
Identificação da operação: DR ADELSON NF 119

Histórico:

Data de débito: 21/02/2025
Data / Hora da operação: 21/02/2025 17:00:07

Código da operação: 09294428**Chave de segurança:** WSPSP4Q4TZ6V0EGEM

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
Atô CAIXA: 0800 104 0104



PREFEITURA MUNICIPAL DE LIMEIRA - SP
SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA

NÚMERO DA NOTA
00119
DATA DA EMISSÃO
21/02/2025 12:56:11
CÓDIGO VERIFICAÇÃO
7928C8DDF

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA

SÉRIE: NFS COMPETÊNCIA: 21/02/2025 LOCAL DO SERVIÇO: CONCHAL - SP NFS SUBSTITUÍDA: RPS:

PRESTADOR DO SERVIÇO



NOME/RAZÃO SOCIAL:

ADELSON DOS SANTOS SILVA JUNIOR SERVICOS MEDICOS LTDA - ME

NOME FANTASIA:

ENDEREÇO:

RUA SETE DE SETEMBRO, 1330 - CENTRO

COMPLEMENTO:

maria helena - vl.

CPF/CNPJ:

44.066.917/0001-64

MUNICÍPIO:

LIMEIRA - SP - BRASIL

TELEFONE:

(19) 3441-1039

INSC.MUNICIPAL:

82560

CEP:

13480-151

E-MAIL:

junioradelson70@gmail.com

SIMPLES NACIONAL:

(X) SIM () NÃO

INSC. ESTADUAL:

REGIME ESPECIAL:

NENHUM

SITE:

TOMADOR DO SERVIÇO

NOME/RAZÃO SOCIAL:

ASSOCIACAO FILHAS DE SAO CAMILO

ENDEREÇO:

RUA DAS ANGELICAS, 730 - CENTRO

COMPLEMENTO:

CPF/CNPJ/NIF:

61.986.402/0014-16

MUNICÍPIO:

CONCHAL - SP

TELEFONE:

() -

CEP:

13835-000

E-MAIL:

nfhmmv@gmail.com

PAÍS:

BRASIL

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

4.01 | Medicina e biomedicina.

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

-100% DOS SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS PELO SÓCIO ADELSON DOS SANTOS SILVA JUNIOR , A SABER R\$ 3.000,00

SERVIÇOS PRESTADOS COMP: 01/2025

-PAGO COM RECURSO DA PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE CONCHAL - LEI Nº 2.447, DE 07 DE JANEIRO DE 2025.

FIM

DETALHAMENTO DE VALORES

IMPOSTOS FEDERAIS

PIS..... R\$ 0,00
COFINS..... R\$ 0,00
IR..... R\$ 0,00
INSS..... R\$ 0,00
CSLL..... R\$ 0,00

DEDUÇÕES / DESCONTOS

Alíquota do ISS 3,05 %
Desconto Incondicionado..... R\$ 0,00
Desconto Condicionado..... R\$ 0,00
Outras Retenções..... R\$ 0,00
Outras Deduções..... R\$ 0,00

VALOR DO SERVIÇO.....

R\$ 3.000,00
Base de Cálculo..... R\$ 3.000,00
Total Deduções/Descontos..... R\$ 0,00
Total de Imp. Federais..... R\$ 0,00
Valor do ISS..... R\$ 91,50
VALOR LÍQUIDO..... R\$ 3.000,00

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Declaramos que os serviços foram prestados pessoalmente pelo sócio, sem o concurso de empregados ou auxiliares, dispensa Retenção do INSS de 11% nos termos do artigo 120 da IN/RFB nº 971/2009. DADOS BANCÁRIOS PARA PAGAMENTO: NU PAGAMENTOS S.A. (260) / AG: 0001 / CC: 23126321-0

OUTRAS INFORMAÇÕES



- 1 - Responsável Tributário: (X) Prestador () Tomador.
- 2 - O ISS desta Nota Fiscal é devido DENTRO do município de LIMEIRA - SP.
- 3 - Uma via desta Nota Fiscal foi enviada para o e-mail do Tomador do Serviço.
- 4 - A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site <https://www.limeira.sp.gov.br> com a utilização do Código de Verificação.

Desenvolvido por: ii-BRASIL INTELIGÊNCIA E INFORMAÇÃO LTDA®



PREFEITURA MUNICIPAL DE LIMEIRA - SP

Série | Número NFS-e

NFS | 00119

Data da Emissão

21/02/2025 12:56:11

Código de Verificação

7928C8DDF

Recebi a NFS-e emitida pelo prestador: ADELSON DOS SANTOS SILVA JUNIOR
SERVICOS MEDICOS LTDA - ME

Identificação do recebedor

Data do recebimento

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

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	04718 / 1292 / 000577495369-2
Tipo de conta:	Não foi possível recuperar
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOCIACAO FILHAS DE SAO CAMILO
CPF/CNPJ:	61.986.402/0014-16
Banco: 260 - NU PAGAMENTOS S.A. - 18236120	
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	0001 / 00245047863-9
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ANA CLAUDIASARAIVAROCASERVOCSMELTDA
CPF/CNPJ:	59.075.286/0001-17
Valor:	R\$ 1.500,00
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	06 - Pagamento de Honorários
Identificação da operação:	DRA ANA CLAUDIA R NF 1
Histórico:	
Data de débito:	21/02/2025
Data / Hora da operação:	21/02/2025 17:00:20
Código da operação: 09548045	
Chave de segurança: MMN8R1ZQC7R1YUL7	

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 LIMEIRA - SP
SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA

NÚMERO DA NOTA
00001
DATA DA EMISSÃO
 21/02/2025 15:15:00
CÓDIGO VERIFICAÇÃO
 D53D531C

SÉRIE: NFS **COMPETÊNCIA:** 21/02/2025 **LOCAL DO SERVIÇO:** CONCHAL - SP **NFS SUBSTITUÍDA:** **RPS:**

PRESTADOR DO SERVIÇO



NOME/RAZÃO SOCIAL:
 ANA CLAUDIA SARAIVA ROCHA SERVICOS MEDICOS LTDA
NOME FANTASIA:

ENDEREÇO:
 RUA SETE DE SETEMBRO, 1330 - CENTRO
COMPLEMENTO:
 escritorio

CPF/CNPJ:
 59.075.286/0001-17
MUNICÍPIO:
 LIMEIRA - SP - BRASIL
TELEFONE:
 (19) 9970-68894

INSC.MUNICIPAL:
 139633
CEP:
 13480-151
E-MAIL:
 contato@dadonaealvesconsultoria.com.br

SIMPLES NACIONAL:
 (x) SIM () NÃO
INSC.ESTADUAL:

REGIME ESPECIAL:
 NENHUM
SITE:

TOMADOR DO SERVIÇO

NOME/RAZÃO SOCIAL:
 ASSOCIAÇÃO FILHAS DE SÃO CAMILO
ENDEREÇO:
 RUA DAS ANGÉLICAS, 730 - JD. DULCE
COMPLEMENTO:

CPF/CNPJ/NIF:
 61.986.402/0014-16
MUNICÍPIO:
 CONCHAL - SP
TELEFONE:
 () -

CEP:
 13835-000
E-MAIL:
 nfhmmv@gmail.com

PAÍS:
 BRASIL

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

4.01 | Medicina e biomedicina.

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

100% DOS SERVIÇOS MEDICOS PRESTADOS PELA SÓCIA DRA. ANA CLAUDIA ROCHA, A SABER R\$ 1.500,00
 SERVIÇOS PRESTADOS COMP. 01/2025
 PAGO COM RECURSO DA PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE CONCHAL - LEI Nº 2.447, DE 07 DE JANEIRO DE 2025.

***** FIM

DETALHAMENTO DE VALORES

IMPOSTOS FEDERAIS	DEDUÇÕES / DESCONTOS	VALOR DO SERVIÇO.....	R\$ 1.500,00
PIS..... R\$ 0,00	Alíquota do ISS 2,01 %	Base de Cálculo.....	R\$ 1.500,00
COFINS..... R\$ 0,00	Desconto Incondicionado..... R\$ 0,00	Total Deduções/Descontos.....	R\$ 0,00
IR..... R\$ 0,00	Desconto Condicionado..... R\$ 0,00	Total de Imp. Federais.....	R\$ 0,00
INSS..... R\$ 0,00	Outras Retenções..... R\$ 0,00	Valor do ISS.....	R\$ 30,15
CSLL..... R\$ 0,00	Outras Deduções..... R\$ 0,00	VALOR LIQUIDO.....	R\$ 1.500,00

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Declaramos que os serviços foram prestados pessoalmente pelo sócio, sem o concurso de empregados ou auxiliares, dispensa Retenção do INSS de 11% nos termos do artigo 120 da IN/RFB nº 971/2009. DADOS BANCÁRIOS PARA PAGAMENTO: NUBANK (260) / AG 0001 / CC 245047863-9

OUTRAS INFORMAÇÕES



- 1 - Responsável Tributário: (X) Prestador () Tomador.
- 2 - O ISS desta Nota Fiscal é devido DENTRO do município de LIMEIRA - SP.
- 3 - Uma via desta Nota Fiscal foi enviada para o e-mail do Tomador do Serviço.
- 4 - A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site <https://www.limeira.sp.gov.br> com a utilização do Código de Verificação.

Desenvolvido por **li-BRASIL INTELIGÊNCIA E INFORMAÇÃO LTDA®**



PREFEITURA MUNICIPAL DE LIMEIRA - SP
Série | Número NFS-e
 NFS | 00001
Data da Emissão
 21/02/2025 15:15:00
Código de Verificação
 D53D531C

Recebi a NFS-e emitida pelo prestador: **ANA CLAUDIA SARAIVA ROCHA SERVICOS MEDICOS LTDA**

Identificação do recebedor

Data do recebimento

**Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED: TED para terceiros
Conta origem: 04718 / 1292 / 000577495369-2
Tipo de conta: 01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa: JURÍDICA
Nome: ASSOCIACAO FILHAS DE SAO CAMILO
CPF/CNPJ: 61.986.402/0014-16

Banco: 136 - UNICRED DO BRASIL 0000000 - 00315557
Tipo de conta: 01 - Conta Corrente
Conta destino: 3912 / 00000456625-6
Tipo de pessoa: JURÍDICA
Nome: SLPSOCIEDADELIMEIRENSEDE PEDIATRIADEL LT
CPF/CNPJ: 02.977.405/0001-00
Valor: R\$ 6.813,75
Valor da tarifa: R\$ 0,00
Finalidade: 06 - Pagamento de Honorários
Identificação da operação: DR JOS CARLOS NF 53
Histórico:

have estorno

Data de débito: 21/02/2025
Data / Hora da operação: 21/02/2025 12:04:15

Código da operação: 88879002

Chave de segurança: FXAZJ9FHH3LVHMN6

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

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

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED: TED para terceiros
Conta origem: 04718 / 1292 / 000577495369-2
Tipo de conta: Não foi possível recuperar
Tipo de pessoa: JURÍDICA
Nome: ASSOCIACAO FILHAS DE SAO CAMILO
CPF/CNPJ: 61.986.402/0014-16
Banco: 136 - UNICRED - 00315557
Tipo de conta: 01 - Conta Corrente
Conta destino: 3912 / 00000456625-4
Tipo de pessoa: JURÍDICA
Nome: DR JOSE NF 53
CPF/CNPJ: 02.977.405/0001-00
Valor: R\$ 6.813,75
Valor da tarifa: R\$ 0,00
Finalidade: 06 - Pagamento de Honorários

Identificação da operação:**Histórico:**

Data de débito: 21/02/2025
Data / Hora da operação: 21/02/2025 17:10:45

Código da operação: 10355289**Chave de segurança:** RPARUQEWRO8YK8HH

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

**Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED: TED para terceiros
Conta origem: 04718 / 1292 / 000577495369-2
Tipo de conta: 01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa: JURÍDICA
Nome: ASSOCIACAO FILHAS DE SAO CAMILO
CPF/CNPJ: 61.986.402/0014-16

Banco: 341 - ITAU UNIBANCO BM S.A. 0000000 - 60701190
Tipo de conta: 01 - Conta Corrente
Conta destino: 0279 / 00000095295-6
Tipo de pessoa: JURÍDICA
Nome: AUGUSTO FORTUNATO DE GODOI LTDA ME
CPF/CNPJ: 20.975.341/0001-90
Valor: R\$ 25.892,25
Valor da tarifa: R\$ 0,00
Finalidade: 06 - Pagamento de Honorários
Identificação da operação: DR AUGUSTO NF 112

Histórico:

Data de débito: 24/02/2025
Data / Hora da operação: 24/02/2025 16:35:49

Código da operação: 56447794**Chave de segurança:** 3XMGT2QMA4GC4GGW

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 LIMEIRA - SP
SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA

NÚMERO DA NOTA
00112
DATA DA EMISSÃO
 21/02/2025 14:29:47
CÓDIGO VERIFICAÇÃO
 B542FDB10

SÉRIE: NFS **COMPETÊNCIA:** 21/02/2025 **LOCAL DO SERVIÇO:** CONCHAL - SP **NFS SUBSTITUÍDA:** - **RPS:** -

PRESTADOR DO SERVIÇO



NOME/RAZÃO SOCIAL:
 AUGUSTO FORTUNATO DE GODOI LTDA ME
NOME FANTASIA:

ENDEREÇO:
 RUA FERNÃO DIAS, 80 - VILA PRIMAVERA
COMPLEMENTO:
 - edif. 1, apto 132

CPF/CNPJ:
 20.975.341/0001-90
MUNICÍPIO:
 LIMEIRA - SP - BRASIL
TELEFONE:
 (19) 3702-3734

INSC.MUNICIPAL:
 60046
CEP:
 13484-038
E-MAIL:
 thiago@escritoriorossi.com.br

SIMPLES NACIONAL:
 () SIM (x) NÃO
INSC. ESTADUAL:

REGIME ESPECIAL:
 NENHUM
SITE:

TOMADOR DO SERVIÇO

NOME/RAZÃO SOCIAL:
 ASSOCIAÇÃO FILHAS DE SÃO CAMILO
ENDEREÇO:
 RUA DAS ANGÉLICAS, 730 - JARDIM DULCE MARIA
COMPLEMENTO:

CPF/CNPJ/NIF:
 61.986.402/0014-16
MUNICÍPIO:
 CONCHAL - SP
TELEFONE:
 () -

CEP:
 13835-000
E-MAIL:
 contabilmvannini@gmail.com

PAÍS:
 BRASIL

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

4.01 | Medicina e biomedicina.

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

100% DOS SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS PELO SÓCIO DR AUGUSTO FORTUNATO A SABER: R\$ 28.500,00

SERVIÇOS PRESTADOS COMP: 01/2025

- PAGO COM RECURSO DA PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE CONCHAL - LEI Nº 2.447, DE 07 DE JANEIRO DE 2025

***** FIM

ISS - 855,00

DETALHAMENTO DE VALORES

IMPOSTOS FEDERAIS

PIS..... R\$ 185,25
 COFINS..... R\$ 855,00
 IR..... R\$ 427,50
 INSS..... R\$ 0,00
 CSLL..... R\$ 285,00

DEDUÇÕES / DESCONTOS

Alíquota do ISS 4,00 %
 Desconto Incondicionado..... R\$ 0,00
 Desconto Condicionado..... R\$ 0,00
 Outras Retenções..... R\$ 0,00
 Outras Deduções..... R\$ 0,00

VALOR DO SERVIÇO.....

R\$ 28.500,00
 Base de Cálculo..... R\$ 28.500,00
 Total Deduções/Descontos..... R\$ 0,00
 Total de Imp. Federais..... R\$ 1.752,75
 Valor do ISS..... R\$ 1.140,00
VALOR LÍQUIDO..... R\$ 26.747,25

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

ISS DEVIDO AO MUNICÍPIO DE CONCHAL R\$ 855,00

OUTRAS INFORMAÇÕES



- 1 - Responsável Tributário: (X) Prestador () Tomador.
- 2 - O ISS desta Nota Fiscal é devido DENTRO do município de LIMEIRA - SP.
- 3 - Uma via desta Nota Fiscal foi enviada para o e-mail do Tomador do Serviço.
- 4 - A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site <https://www.limeira.sp.gov.br> com a utilização do Código de Verificação.

Desenvolvido por: **ii-BRASIL INTELIGÊNCIA E INFORMAÇÃO LTDA®**



PREFEITURA MUNICIPAL DE LIMEIRA
 - SP
Série | Número NFS-e
 NFS | 00112
Data da Emissão
 21/02/2025 14:29:47
Código de Verificação
 B542FDB10

Recebi a NFS-e emitida pelo prestador: **AUGUSTO FORTUNATO DE GODOI LTDA ME**

Identificação do recebedor

Data do recebimento

0228
 95299 6

GERENCIADOR
CAIXA**Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED: TED para terceiros
Conta origem: 04718 / 1292 / 000577495369-2
Tipo de conta: 01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa: JURÍDICA
Nome: ASSOCIACAO FILHAS DE SAO CAMILO
CPF/CNPJ: 61.986.402/0014-16

Banco: 001 - BCO DO BRASIL S.A. 0000000 - 00000000
Tipo de conta: 01 - Conta Corrente
Conta destino: 1338 / 00000035088-5
Tipo de pessoa: JURÍDICA
Nome: CLINICAMEDICACOIMBRALTA
CPF/CNPJ: 58.213.118/0001-88
Valor: R\$ 3.637,50
Valor da tarifa: R\$ 0,00
Finalidade: 06 - Pagamento de Honorários
Identificação da operação: DR GIOVANNA NF 3
Histórico:

Data de débito: 24/02/2025
Data / Hora da operação: 24/02/2025 16:36:16

Código da operação: 56506941
Chave de segurança: 3R6FAYZT7174AJTA

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: 08 00 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Alô CAIXA: 0800 104 0104



Município de Vazante - MG
Divisão de Receita
Rua Osório Soares, Independência, 600 - 38780000 - Vazante - MG

NÚMERO DA NOTA FISCAL
2025/3



Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Dados da NFS-e

Natureza da Operação: Tributação fora do município Nº RPS:	Código de Autenticidade: 67b8c41a Nº NFS-e: 2025/3	Data de Emissão: 21/02-2025 15:21:14 Data Emissão RPS:
---	---	---

Dados do Prestador

Razão Social: CLINICA MEDICA COIMBRA LTDA
Nome Fantasia: CLINICA MEDICA COIMBRA LTDA
CNPJ: 58.213.118/0001-88 Inscrição Estadual: Inscrição Municipal: 2400089
Endereço: Rua PEREIRA GUIMARAES, 679, APTO 01, CENTRO, Cep:38780000, VAZANTE - MG
Telefone: () E-mail:
Incentivador Cultural: Não Simples Nacional: Optante Regime Especial: Nenhum

Dados do Tomador

Razão Social: ASSOCIACAO FILHAS DE SAO CAMILO
CNPJ: 61.986.402/0014-16 Insc. Estadual: ISENTO Insc. Municipal: ISENTO
Endereço: R DAS ANGELICAS, 730, JD. DULCE MARIA - CEP 13.835-000 - CONCHAL - SP
E-mail:

Discriminação dos Serviços

SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS EM JANEIRO/2025.

Observações

100% DOS SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS PELA SÓCIA DRA. GIOVANNA FERREIRA, A SABER R\$ 3.750,00.
PAGO COM RECURSO DA PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE CONCHAL - LEI Nº 2.447, DE 07 DE JANEIRO DE 2025.

Código/Serviço - Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza

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

Código CNAE 8630503	ISSQN Retido Sim	Local Prestação dos Serviços 3512209 - CONCHAL - SP	Local de Incidência ISSQN 3512209 - CONCHAL - SP
------------------------	---------------------	--	---

Retenções Federais

PIS R\$ 0,00	COFINS R\$ 0,00	INSS R\$ 0,00	IR R\$ 0,00	CSLL R\$ 0,00	OUTRAS R\$ 0,00
-----------------	--------------------	------------------	----------------	------------------	--------------------

Valores da NFS-e

Valor Total dos Serviços R\$ 3.750,00	Deduções R\$ 0,00	Desconto Incondicionado R\$ 0,00	Desconto Condicionado R\$ 0,00	Base de Cálculo R\$ 3.750,00
Alíquota 3,00	Valor do ISSQN R\$ 112,50	Valor Total R\$ 3.750,00	Valor Líquido R\$ 3.637,50	

Recebemos de CLINICA MEDICA COIMBRA LTDA os serviços discriminados na nota fiscal eletrônica indicada ao lado.		NFS-e 2025/3
Data de recebimento	Assinatura e Documento do receptor	

1328
32058-5

**Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED: TED para terceiros
Conta origem: 04718 / 1292 / 000577495369-2
Tipo de conta: 01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa: JURÍDICA
Nome: ASSOCIACAO FILHAS DE SAO CAMILO
CPF/CNPJ: 61.986.402/0014-16

Banco: 001 - BCO DO BRASIL S.A. 0000000 - 00000000
Tipo de conta: 01 - Conta Corrente
Conta destino: 4102 / 00000013995-5
Tipo de pessoa: JURÍDICA
Nome: GERMANFONGROCAEPP
CPF/CNPJ: 37.833.211/0001-15
Valor: R\$ 26.744,32
Valor da tarifa: R\$ 0,00
Finalidade: 06 - Pagamento de Honorários
Identificação da operação: DR GERMAN NF 107

Histórico:


Data de débito: 24/02/2025
Data / Hora da operação: 24/02/2025 16:36:36

Código da operação: 56531806
Chave de segurança: 22CKKEG7808TONRW

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 TABAPORÃ SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFSE	Número da Nota 107				
		Data e Hora de Emissão 21/2/2025 10:46:37				
		Código de Verificação KTERNX7RLDB				
PRESTADOR DE SERVIÇOS						
CPF/CNPJ: 37.833.211/0001-15		Inscrição Municipal: 1863216				
Nome/Razão Social: GERMAN FONG ROCA EPP						
Endereço: RUA CARLOS ROBERTO PLATERO, S/N, LT 14 - QD 139, CENTRO, 78563000						
Município: TABAPORÃ		UF: MT				
Email: peçoalsilviosantos@hotmail.com		Fone: (19) 9 9935-1762				
TOMADOR DE SERVIÇOS						
CPF/CNPJ: 61.986.402/0014-16		Inscrição Municipal: 0				
Nome/Razão Social: ASSOCIAÇÃO FILHAS DE SAO CAMILO		Inscrição Estadual: 0				
Endereço: RUA DAS ANGELICAS, 730, , CENTRO, 13835000						
Município: CONCHAL		UF: SP				
Email: contabilmvannini@gmail.com		Fone: 1938661200				
DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS						
-100% DOS SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS PELO SÓCIO GERMAN FONG ROCA, A SABER R\$26.744,32 SERVIÇOS PRESTADOS COMP: 01/2025						
-PAGO COM RECURSO DA PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE CONCHAL - LEI Nº 2.447, DE 07 DE JANEIRO DE 2025.						
<p>4102 13 993-5</p>						
Serviço:	403 Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres					
Valor do Serviço(R\$)	Desconto Condicionado(R\$)	Desconto Incondicionado(R\$)	Dedução(R\$)	Base de Cálculo(R\$)	Aliquota(%)	Valor do ISS(P.S)
26.744,32	0,00	0,00	0,00	26.744,32	5,0000	1.337,22
VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 26.744,32						
RETENÇÕES						
INSS(R\$)	PIS(R\$)	COFINS(R\$)	C.S.L.L.(R\$)	IRRF(R\$)		
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		
Outras Deduções(R\$)	ISS Retido(R\$)	Total das Retenções(R\$)	Valor Líquido da Nota(R\$)			
0,00	0,00	0,00	26.744,32			
OUTRAS INFORMAÇÕES						
- ENQUADRAMENTO: ISS MENSAL (RESPONSABILIDADE DO PRESTADOR DE SERVIÇOS)						
- VENCIMENTO DO ISS: 25/03/2025						
- SERVIÇO PRESTADO NO MUNICÍPIO DE : CONCHAL						

consulte a autenticidade dessa nota em tabapora.fisslex.com.br

**Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED: TED para terceiros
Conta origem: 04718 / 1292 / 000577495369-2
Tipo de conta: 01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa: JURÍDICA
Nome: ASSOCIACAO FILHAS DE SAO CAMILO
CPF/CNPJ: 61.986.402/0014-16

Banco: 237 - BCO BRADESCO S.A. 0000000 - 60746948
Tipo de conta: 01 - Conta Corrente
Conta destino: 0329 / 00000476998-8
Tipo de pessoa: JURÍDICA
Nome: VETORMEDICINAESPECIALIZADASS
CPF/CNPJ: 25.117.929/0001-26
Valor: R\$ 2.725,50
Valor da tarifa: R\$ 0,00
Finalidade: 06 - Pagamento de Honorários
Identificação da operação: DR VETORAZZI NF 866

Histórico:

Data de débito: 24/02/2025
Data / Hora da operação: 24/02/2025 16:36:53

Código da operação: 56584408**Chave de segurança:** 1MTLG7P858F6K37G

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

<p align="center">VETOR</p> <p align="center">VETOR MEDICINA ESPECIALIZADA SS</p> <p align="center">CNPJ : 25.117.929/0001-26 I. Mun. : 34868 I. Est. : Isento</p> <p align="center">Telefone : 1935414854</p> <p align="center">RUA AMÉRICA, 144 - CENTRO</p> <p align="center">Araras - SP CEP: 13600100</p> <p align="center">E-mail : escritoriomatrix@gmail.com</p>	<p align="center">NOTA FISCAL</p> <p align="center">ELETRÔNICA DE</p> <p align="center">SERVIÇO</p>	<p>NÚMERO</p> <p align="center">00000866</p>	<p>SÉRIE</p> <p align="center">E</p>
	<p>CÓDIGO DE AUTENTICIDADE</p> <p>044217929000175846000010020011426325118669</p>		

Consulte a Autenticidade em : araras.sigissweb.com

REMETENTE / DESTINATÁRIO		C.N.P.J. / C.P.F.	INS. MUNICIPAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL
<p>NOME - RAZÃO SOCIAL</p> <p>ASSOCIAÇÃO FILHAS DE SÃO CAMILO</p>		61.986.402/0014-16		
ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO	MUNICÍPIO	UF	
RUA DAS ANGÉLICAS, 730 null	JD DULCE MARIA	Conchal	SP	
CEP	TELEFONE : FAX	E-MAIL		
13835-000	1935414854	contabilmvannini@gmail.com		
DATA EMISSÃO	FORMA DE PAGAMENTO			
21/02/2025				

DESCRIÇÃO DO(S) SERVIÇO(S).

DISP.A RET DISP.DA RET, DO ISSQN CF ARTG 10DEC.5052 DE 08/01/2004
 DA PREV.POR SERV.PREST. PESSO. PELO SOCIO CF. PARG.2º ARTG.120 INCISO III DA INST.NORM. N.971 DE 13-11-2009.
 -Pago com recurso da Prefeitura do Município de Conchal - Lei nº 2406, de 29 de Dezembro de 2023

100 % DOS SERV. MÉDICOS PREST. PELO SÓCIO DR. MARCOS N. VETORAZZI, A SABER R\$ 3.000,00, SERVIÇOS PRESTADOS COMP. 01/2025
 ISS devido ao Município de Conchal, retido na fonte 3% valor R\$ 90,00
 valor líquido dessa nota R\$ 2.725,50

ISS = 90,00

CLASSIFICAÇÃO DO SERVIÇO
 4.01 - Medicina e biomedicina.

IMPOSTOS FEDERAIS RETIDOS	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR
PIS	R\$ 3.000,00	0,65	R\$ 19,50
COFINS	R\$ 3.000,00	3,00	R\$ 90,00
CSLL	R\$ 3.000,00	1,00	R\$ 30,00
IRRF	R\$ 3.000,00	1,50	R\$ 45,00
TOTAL DE IMPOSTOS FEDERAIS RETIDOS			R\$ 184,50

VALOR POR EXTENSO	VALOR BRUTO DA NOTA FISCAL	R\$ 3.000,00
três mil reais	DEDUÇÕES	R\$ 0,00
	VALOR DO(S) SERVIÇO(S)	R\$ 3.000,00
INSTRUÇÃO DE RETENÇÃO DO ISS	ALÍQUOTA ISS(%)	VALOR I.S.S.
0 ISS NÃO DEVE SER RETIDO	0,000000000	R\$ 0,00
VALOR LÍQUIDO A RECEBER		R\$ 2.815,50

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Nota Fiscal Eletrônica Autorizada pelo Decreto nº 5805 de 15/04/2011

Empresa enquadrada no Regime de Apuração Especial.

Conf. Lei Federal 12741/12 a Carga Tributária Aproximada desta NF é de 13,45% Federal (IBPT).

RECEBEMOS DE 25117929000126 - VETOR MEDICINA ESPECIALIZADA SS OS SERVIÇOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO.	Nº 00000866
DATA DE RECEBIMENTO	SÉRIE E
IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	

**Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	04718 / 1292 / 000577495369-2
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOCIACAO FILHAS DE SAO CAMILO
CPF/CNPJ:	61.986.402/0014-16
Banco:	748 - BCO COOPERATIVO SICREDI S.A. 0000000 - 01181521
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	0818 / 00000011455-2
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	EDEASSISPINHEIROSERVICOSMEDICOSEIRELI
CPF/CNPJ:	40.074.256/0001-68
Valor:	R\$ 6.400,00
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	06 - Pagamento de Honorários
Identificação da operação:	DR EDER NF 144
Histórico:	
Data de débito:	24/02/2025
Data / Hora da operação:	24/02/2025 16:37:11

Código da operação: 56617425**Chave de segurança:** A4R74UQYTFAPSPMM

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
AÍO CAIXA: 0800 104 0104



PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTA FLORESTA/MT
SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA
TRAVESSA ALVARO TEIXEIRA COSTA, 50, CANTEIRO CENTRAL
Telefones: (66) 3512-3100
CNPJ: 15.023.906/0001-07

Número da Nota Fiscal de Serviço
 Série Eletrônica
144

Dados do Prestador

E. DE ASSIS PINHEIRO SERVICOS MEDICOS EIRELI
 PINHEIRO CLINICA MEDICA
CPF/CNPJ: 40.074.256/0001-68 **Inscrição Municipal:** 622437055802 **Inscrição Estadual:**
End.: AVENIDA PERIMETRAL DOM PEDRO II, Nº 175, JARDIM IMPERIAL (SETOR **Complemento:** SETOR NW-A CHACARA C
Cidade: ALTA FLORESTA - MT **Telefone:** 6684108672 **Email:** ASCON.AF@HOTMAIL.COM

Identificação da Nota Fiscal Eletrônica

Natureza da Operação EXIGIVEL	Data e Hora de Emissão da NFS-e 21/02/2025 14:38	Código de Autenticidade 6NU27GNMH	
Número do RPS	Data de Emissão da Nota Fiscal	Série da Nota Fiscal	

Dados do Tomador de Serviço

CNPJ/CPF 61.986.402/0014-16	Inscrição Estadual	Inscrição Municipal	Razão Social ASSOCIACAO FILHAS DE SAO CAMILO	
Endereço R DAS ANGELICAS	Número 730	Complemento		Bairro CENTRO
CEP 13.835-000	Cidade CONCHAL	UF SP	Telefone	Email

Descrição dos Serviços

100% DOS SERVIÇOS PRESTADOS PELO SÓCIO EDER PINHEIRO A SABER R\$ 6.400,00 SERVIÇOS PRESTADOS COMP:01/2025
 PAGO COM RECURSO DA PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE CONCHAL- LEI Nº 2.447 DE 07 DE JANEIRO DE 2025

VALOR TOTAL DA NFS-e: R\$ 6.400,00

Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISSQN

Atividade do Município	Alíquota	Item 116/2003	CNAE
04.01 - Medicina e biomedicina.	0,00	04	8610-1/02
Valor Total dos Serviços		R\$	6.400,00
Base de Cálculo		R\$	6.400,00
Desconto Incondicionado		R\$	0,00
Desconto Condicionado		R\$	0,00
Deduções (Material)		R\$	0,00
Deduções Base de Cálculo		R\$	0,00
ISSQN Devido		R\$	0,00
ISSQN Retido			NÃO

Retenções na Fonte

PIS 0,00	COFINS 0,00	INSS 0,00	IRRF 0,00	CSLL 0,00	Outras Retenções 0,00	ISSQN 0,00
-----------------	--------------------	------------------	------------------	------------------	------------------------------	-------------------

Valor líquido da Nota Fiscal 6.400,00

Informações Complementares

/ VALOR APROXIMADO DOS TRIBUTOS R\$ 1045,17(16,33%) FONTE: IBPT, CONFORME LEI 12.741/2012. / CONTRIBUINTE OPTANTE DO SIMPLES NACIONAL / ESTA NOTA PODF SFR CANCELADA EM 7 DIAS APÓS A GERAÇÃO / PROCON - MTSUPERINTENDÊNCIA DE DEFESA DO CONSUMIDORAV. HISTORIADOR RUBENS DE MENDONÇA, 917 - BAIRRO ARAÉS CUIABÁ - MT / CFP: 78.0080-00 TELEFONE: (65) 3613-8500 F 151

Gerado Por: EDER DE ASSIS PINHEIRO

Impresso Por:

Protocolo de entrega de Nota Fiscal Eletrônica

Natureza da Operação EXIGIVEL	Data e Hora de Emissão da NFS-e 21/02/2025	Código de Autenticidade 6NU27GNMH	Número da Nota Fiscal de Serviço Série Eletrônica 144
Recebi(mos) de E. DE ASSIS PINHEIRO SERVICOS MEDICOS EIRELI 40.074.256/0001-68, Todos o(s) serviço(s) relacionados nesta Nota Fiscal de Serviço Eletrônica A autenticação deste documento poderá ser realizada pelo endereço https://www.sp.srv.br/tributario/altafloresta/portal_validacao_nfs-e?4558129 / / _____ Data			
_____ Nome e Número do CPF do Tomador			

**Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED: TED para terceiros
Conta origem: 04718 / 1292 / 000577495369-2
Tipo de conta: 01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa: JURÍDICA
Nome: ASSOCIACAO FILHAS DE SAO CAMILO
CPF/CNPJ: 61.986.402/0014-16

Banco: 033 - BCO SANTANDER (BRASIL) S.A. 0000000 - 90400888
Tipo de conta: 01 - Conta Corrente
Conta destino: 0013 / 00013014618-2
Tipo de pessoa: JURÍDICA
Nome: LLBORBASERVICOSMEDICOSLTDA
CPF/CNPJ: 56.865.028/0001-46
Valor: R\$ 7.500,00
Valor da tarifa: R\$ 0,00
Finalidade: 06 - Pagamento de Honorários
Identificação da operação: DRA LARISSA NF 10
Histórico:

Data de débito: 24/02/2025
Data / Hora da operação: 24/02/2025 16:37:28

Código da operação: 56712485**Chave de segurança:** AM62S02F6JG6040A

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

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

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



MUNICÍPIO DE TAUBATÉ - ESTADO DE SÃO PAULO
Secretaria Municipal de Finanças

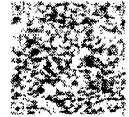
Nota Nº - 1414
 0000000010 - E

Autenticidade
 N7A0-GF8E

NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS

Data da Emissão: 21/02/2025 16:06:29

Competência: 02/2025



PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social: L.L. BORBA SERVICOS MEDICOS LTDA
 Nome Fantasia: L.L. BORBA SERVICOS MEDICOS LTDA
 CNPJ/CPF: 56.865.028/0001-46 IM: 998823 IE: TELEFONE: 97407072
 Endereço: RUA BERNARDINA COPE DE SOUZA BRUM, 30 - LOTEAMENTO PARQUE PIRACANGAUA
 CEP: 12040-410 Cidade: TAUBATE UF: SP
 Email: CONTABILIDADEDONNA@GMAIL.COM

TOMADOR DE SERVIÇOS

Razão Social: ASSOCIACAO FILHAS DE SAO CAMILO
 Nome Fantasia:
 CNPJ/CPF: 61.986.402/0014-16 IM: IE: TELEFONE:
 Endereço: RUA DAS ANGELICAS, 730 - CENTRO
 CEP: 13835-000 Cidade: CONCHAL UF: SP PAIS:
 Email:

LOCAL DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

Cidade: CONCHAL

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Página 1 de 1

Serviços médicos - -Pago com recurso da Prefeitura do Município de Conchal - Lei nº 2.477, de 17 de janeiro de 2025.

Tributos aprox. 13,45! Fonte IBPT

Documento emitido por Optante do Simples Nacional, de acordo com a L.C. 123/2006.

Processo executado por: 172.16.20.60

Situação de Tributação do ISSQN

Consulte a autenticidade desta Nota através do site:
<https://taubateiss.meumunicipio.digital/taubateiss>

Tributada no Prestador

Código do Serviço
 401 - Medicina e biomedicina.

Código de Atividade (CNAE)
 8630502 - Atividade médica ambulatorial com recursos para realização de exames complementares

INSS (R\$)	IR (R\$)	PIS (R\$)	COFINS (R\$)	CSEL (R\$)	OUTRAS DEBITO (R\$)
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Os valores acima referem-se as retenções de tributos administrados pela União, sendo de responsabilidade do Prestador os dados informados e não implicam na base de cálculo do ISSQN.

DEDUÇÕES (R\$)	SUBEMPREGADA (R\$)	BASE DE CÁLCULO (R\$)	ALÍQUOTA (%)	VALOR (R\$)	VALOR TOTAL (R\$)
0,00	0,00	7.500,00	2,0100	150,75	7.500,00

VALOR LÍQUIDO DA NOTA R\$ 7.500,00

**Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED: TED para terceiros
Conta origem: 04718 / 1292 / 000577495369-2
Tipo de conta: 01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa: JURÍDICA
Nome: ASSOCIACAO FILHAS DE SAO CAMILO
CPF/CNPJ: 61.986.402/0014-16

Banco: 403 - CORA SCFI 0000000 - 37880206
Tipo de conta: 01 - Conta Corrente
Conta destino: 0001 / 00005508329-1
Tipo de pessoa: JURÍDICA
Nome: MARIA CLARA ABRAMBILLASERVICOSMEDICOSLTD
CPF/CNPJ: 58.737.274/0001-48
Valor: R\$ 7.500,00
Valor da tarifa: R\$ 0,00
Finalidade: 06 - Pagamento de Honorários
Identificação da operação: DRA MARIA CLARA BRAM NF 1

Histórico:


Data de débito: 24/02/2025
Data / Hora da operação: 24/02/2025 16:37:46

Código da operação: 56749791
Chave de segurança: S0F7YXVA203GRMRN

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

 <p>PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e</p>	Número da Nota 00000001			
	Data e Hora de Emissão 21/02/2025 16:38:03			
	Código de Verificação GMHS-YMJD			
PRESTADOR DE SERVIÇOS				
CPF/CNPJ: 58.737.274/0001-48	Inscrição Municipal: 1.631.365-8			
Nome/Razão Social: MARIA CLARA A. BRAMBILLA SERVICOS MEDICOS LTDA				
Endereço: AV PAULISTA 1636, CONJ 4 - BELA VISTA - CEP: 01310-200				
Município: São Paulo	UF: SP			
TOMADOR DE SERVIÇOS				
Nome/Razão Social: ASSOCIAÇÃO FILHAS DE SÃO CAMILO				
CPF/CNPJ: 61.986.402/0014-16	Inscrição Municipal: ---			
Endereço: Rua RUA DAS ANGÉLICAS 730 - JARDIM DULCE MARIA - CEP: 13835-084				
Município: Conchal	UF: SP E-mail: contabilmvannini@gmail.com			
INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS				
CPF/CNPJ: ---	Nome/Razão Social: ---			
DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS				
Serviços médicos prestados pela sócia Maria Clara A Brambila.				
Serviços prestados comp: 01/2025				
Pago com recurso da Prefeitura do Município de Conchal - Lei nº 2.447, de 07 de Janeiro de 2025.				
Dados Bancários:				
Corá SCD - 403				
Agência - 0001				
Conta corrente - 5508329-1				
Chave PIX: 58.737.274/0001-48				
VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 7.500,00				
INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEF (R\$)
-	-	-	-	-
Código do Serviço 04030 - Medicina e biomedicina.				
Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito (R\$)
0,00	*	*	*	0,00
Município da Prestação do Serviço	Número Inscrição da Obra	Valor Aproximado dos Tributos / Fonte		
-	-	-		
OUTRAS INFORMAÇÕES				
(1) Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 14.097/2005; (2) Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional;				

**Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	04718 / 1292 / 000577495369-2
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOCIACAO FILHAS DE SAO CAMILO
CPF/CNPJ:	61.986.402/0014-16
Banco:	748 - BCO COOPERATIVO SICREDI S.A. 0000000 - 01181521
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	0718 / 00000049270-9
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ROCKFELLERSERVICOSMEDICOSLTDA
CPF/CNPJ:	53.046.665/0001-00
Valor:	R\$ 7.800,00
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	06 - Pagamento de Honorários
Identificação da operação:	DRA BRENDA NF 28
Histórico:	
Data de débito:	24/02/2025
Data / Hora da operação:	24/02/2025 16:38:03

Código da operação: 56778877**Chave de segurança:** SLLK73AC73J1MTCU

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 ITAPIRA
SECRETARIA MUNICIPAL DE NEGÓCIOS DA FAZENDA
FISCALIZAÇÃO TRIBUTÁRIA

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

Número da Nota - Série
00000000028 - 1

Autenticidade
E1AK-4F2H

Data de Emissão
24/02/2025

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: 53.046.665/0001-00 IM: 47043 IE: Fone: (17)3353-3020
Nome/Razão Social: ROCKFELLER SERVICOS MEDICOS LTDA
Endereço: RUA PEDRO MANDATO,795 APT 1 - CEP : 13976221
Bairro: CONJUNTO HABITACIONAL JUSCELINO KUBITSCHKEK DE OLIV
Município: Itapira UF: SP E-mail: societario@pavaocontabilidade.com.br

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: 61.986.402/0014-16 IM: IE: Fone:
Nome/Razão Social: ASSOCIACAO FILHAS DE SAO CAMILO Bairro: CENTRO
Endereço: RUA RUA DAS ANGELICAS,730 - CEP : 13835000
Município: CONCHAL UF: SP E-mail:

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS REFERENTE AO MÊS 01/2025.

DRA. BRENDA ROCKFELLER FREITAS DE OLIVEIRA - CRM: 235199
DADOS BANCARIOS: BANCO SICRED (748) - AGÊNCIA 0718 - CONTA 49270-9 CNPJ/PIX: 53.046.665/0001-00

PAGO COM RECURSO DA PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE CONCHAL - LEI Nº 2.447, DE 07 DE JANEIRO DE 2025

VALOR APROXIMADO DOS TRIBUTOS (16,70%) FONTE IBPT

SERVIÇOS PRESTADOS PELO SÓCIO PROPRIETÁRIO DA EMPRESA, DISPENSANDO RETENÇÃO PARA A SEGURIDADE SOCIAL, CONFORME INSTRUÇÃO NORMATIVA 2110/22, ARTIGO 115, INCISO III, PARÁGRAFO 3º.

EMPRESA OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL.

Documento Emitido por Optante do Simples Nacional, de acordo com a L.C. 123/2006.

Processo executado por: 172.16.20.60

Consulte a autenticidade desta Nota Fiscal através do site: <http://www.itapira.sp.gov.br>

Situação de Tributação
Tributada no Prestador

Código de Serviço e Aliquota de ISSQN correspondente ao Município de Itapira

Código do Serviço
401 - Medicina e biomedicina.

I.N.S.S. (R\$)	I.RENDA (R\$)	PIS (R\$)	COFINS (R\$)	CSLL (R\$)
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Os valores acima referem-se as retenções de tributos administrados pela União, sendo de responsabilidade do Prestador e não implicam na base de cálculo

Deduções de Materiais	Base de Cálculo (R\$)	Aliquota (%)	Valor do ISS (R\$)
0,00	7.800,00	2,010%	156,78

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 7.800,00

**Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED: TED para terceiros
Conta origem: 04718 / 1292 / 000577495369-2
Tipo de conta: 01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa: JURÍDICA
Nome: ASSOCIACAO FILHAS DE SAO CAMILO
CPF/CNPJ: 61.986.402/0014-16

Banco: 260 - NU PAGAMENTOS S.A. 0000000 - 18236120
Tipo de conta: 01 - Conta Corrente
Conta destino: 0001 / 00096054452-3
Tipo de pessoa: JURÍDICA
Nome: GERALDOANDREJORGENERSERVICOSMEDICOSLTDA
CPF/CNPJ: 49.221.894/0001-39
Valor: R\$ 10.500,00
Valor da tarifa: R\$ 0,00
Finalidade: 06 - Pagamento de Honorários
Identificação da operação: DR JULIANA NF 74

Histórico:

Data de débito: 24/02/2025
Data / Hora da operação: 24/02/2025 16:38:22

Código da operação: 56823107**Chave de segurança:** 6CEJ4WC3Q1V7US32

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

N
A



PREFEITURA MUNICIPAL DE LIMEIRA - SP
SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA

NÚMERO DA NOTA
00074

DATA DA EMISSÃO
24/02/2025 10:37:38
CÓDIGO VERIFICAÇÃO
5873A503A

SÉRIE: NFS COMPETÊNCIA: 24/02/2025 LOCAL DO SERVIÇO: CONCHAL - SP NFS SUBSTITUÍDA: RPS:

PRESTADOR DO SERVIÇO



NOME/RAZÃO SOCIAL:
GERALDO ANDRE JORGE NERY SERVICOS MEDICOS LTDA
NOME FANTASIA:
ENDEREÇO:
RUA SETE DE SETEMBRO, 1330 - CENTRO
COMPLEMENTO:

CPF/CNPJ:
49.221.894/0001-39
MUNICÍPIO:
LIMEIRA - SP - BRASIL
TELEFONE:
(63) 8138-4968

INSC.MUNICIPAL:
84992
CEP:
13480-151
E-MAIL:
geraldoajn@gmail.com

SIMPLES NACIONAL:
(x) SIM () NÃO
INSC.ESTADUAL:
REGIME ESPECIAL:
NENHUM
SITE:

TOMADOR DO SERVIÇO

NOME/RAZÃO SOCIAL:
ASSOCIACAO FILHAS DE SAO CAMILO
ENDEREÇO:
RUA DAS ANGELICAS, 730 - CENTRO
COMPLEMENTO:

CPF/CNPJ/NIF:
61.986.402/0014-16
MUNICÍPIO:
CONCHAL - SP
TELEFONE:
() -

CEP:
13835-000
E-MAIL:
nfhmmv@gmail.com

PAÍS:
BRASIL

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

4.01 | Medicina e biomedicina.

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

100% DOS SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS PELA SOCIA JULIANA L. VELOSO, A SABER R\$ 10.500,00
SERVIÇOS PRESTADOS COMP: 01/2025

PAGO COM RECURSO DA PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE CONCHAL - LEI Nº 2.447, DE 07 DE JANEIRO DE 2025.

FIM

DETALHAMENTO DE VALORES

IMPOSTOS FEDERAIS	DEDUÇÕES / DESCONTOS	VALOR DO SERVIÇO.....	R\$ 10.500,00
PIS..... R\$ 0,00	Alíquota do ISS 2,83 %	Base de Cálculo.....	R\$ 10.500,00
COFINS..... R\$ 0,00	Desconto Incondicionado..... R\$ 0,00	Total Deduções/Descontos.....	R\$ 0,00
IR..... R\$ 0,00	Desconto Condicionado..... R\$ 0,00	Total de Imp. Federais.....	R\$ 0,00
INSS..... R\$ 0,00	Outras Retenções..... R\$ 0,00	Valor do ISS.....	R\$ 297,15
CSLL..... R\$ 0,00	Outras Deduções..... R\$ 0,00	VALOR LÍQUIDO.....	R\$ 10.500,00

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Declaramos que os serviços foram prestados pessoalmente pelo sócio, sem o concurso de empregados ou auxiliares, dispensa Retenção do INSS de 11% nos termos do artigo 120 da IN/RFB nº 971/2009. DADOS BANCÁRIOS PARA PAGAMENTO: BANCO NU PAGAMENTOS S.A. (260) / AG: 0001 / CC: 96054452-3

OUTRAS INFORMAÇÕES



- 1 - Responsável Tributário: (X) Prestador () Tomador.
- 2 - O ISS desta Nota Fiscal é devido DENTRO do município de LIMEIRA - SP.
- 3 - Uma via desta Nota Fiscal foi enviada para o e-mail do Tomador do Serviço.
- 4 - A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site <https://www.limeira.sp.gov.br> com a utilização do Código de Verificação.

Desenvolvido por ii-BRASIL INTELIGÊNCIA E INFORMAÇÃO LTDA®



PREFEITURA MUNICIPAL DE LIMEIRA - SP
Série | Número NFS-e
NFS | 00074
Data da Emissão
24/02/2025 10:37:38
Código de Verificação
5873A503A

Recebi a NFS-e emitida pelo prestador: **GERALDO ANDRE JORGE NERY SERVICOS MEDICOS LTDA**

Identificação do receptor

Data do recebimento

**Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED: TED para terceiros
Conta origem: 04718 / 1292 / 000577495369-2
Tipo de conta: 01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa: JURÍDICA
Nome: ASSOCIACAO FILHAS DE SAO CAMILO
CPF/CNPJ: 61.986.402/0014-16

Banco: 260 - NU PAGAMENTOS S.A. 0000000 - 18236120
Tipo de conta: 01 - Conta Corrente
Conta destino: 0001 / 00096054452-3
Tipo de pessoa: JURÍDICA
Nome: GERALDOANDREJORGENERYSERVICOSMEDICOSLTDA
CPF/CNPJ: 49.221.894/0001-39
Valor: R\$ 13.500,00
Valor da tarifa: R\$ 0,00
Finalidade: 06 - Pagamento de Honorários
Identificação da operação: DR GERALDO NF 73

Histórico:

Data de débito: 24/02/2025
Data / Hora da operação: 24/02/2025 16:38:39

Código da operação: 56857461**Chave de segurança:** ZKQMQ9AK7PUHKF1T

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 LIMEIRA - SP
SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA

NÚMERO DA NOTA
00073
DATA DA EMISSÃO
 24/02/2025 10:35:24
CÓDIGO VERIFICAÇÃO
 4DF97D88

SÉRIE: NFS **COMPETÊNCIA:** 24/02/2025 **LOCAL DO SERVIÇO:** CONCHAL - SP **NFS SUBSTITUÍDA:** **RPS:**

PRESTADOR DO SERVIÇO



NOME/RAZÃO SOCIAL:
 GERALDO ANDRE JORGE NERY SERVICOS MEDICOS LTDA
NOME FANTASIA:

ENDEREÇO:
 RUA SETE DE SETEMBRO, 1330 - CENTRO
COMPLEMENTO:

CPF/CNPJ:
 49.221.894/0001-39
MUNICÍPIO:
 LIMEIRA - SP - BRASIL
TELEFONE:
 (63) 8138-4968

INSC.MUNICIPAL:
 84992
CEP:
 13480-151
E-MAIL:
 geraldoajn@gmail.com

SIMPLES NACIONAL:
 (x) SIM () NAO
INSC. ESTADUAL:

REGIME ESPECIAL:
 NENHUM
SITE:

TOMADOR DO SERVIÇO

NOME/RAZÃO SOCIAL:
 ASSOCIACAO FILHAS DE SAO CAMILO
ENDEREÇO:
 RUA DAS ANGELICAS, 730 - CENTRO
COMPLEMENTO:

CPF/CNPJ/NIF:
 61.986.402/0014-16
MUNICÍPIO:
 CONCHAL - SP
TELEFONE:
 () -

CEP:
 13835-000
E-MAIL:
 nfhmmv@gmail.com

PAÍS:
 BRASIL

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

4.01 | Medicina e biomedicina.

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

100% DOS SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS PELO SÓCIO GERALDO JORGE NERY, A SABER R\$ 13.500,00
 SERVIÇOS PRESTADOS COMP: 01/2025
 PAGO COM RECURSO DA PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE CONCHAL - LEI Nº 2.447, DE 07 DE JANEIRO DE 2025.

***** FIM

DETALHAMENTO DE VALORES

IMPOSTOS FEDERAIS
 PIS..... R\$ 0,00
 COFINS..... R\$ 0,00
 IR..... R\$ 0,00
 INSS..... R\$ 0,00
 CSLL..... R\$ 0,00

DEDUÇÕES / DESCONTOS
 Alíquota do ISS 2,83 %
 Desconto Incondicionado..... R\$ 0,00
 Desconto Condicionado..... R\$ 0,00
 Outras Retenções..... R\$ 0,00
 Outras Deduções..... R\$ 0,00

VALOR DO SERVIÇO..... R\$ 13.500,00
 Base de Cálculo..... R\$ 13.500,00
 Total Deduções/Descontos..... R\$ 0,00
 Total de Imp. Federais..... R\$ 0,00
 Valor do ISS..... R\$ 382,05
VALOR LÍQUIDO..... R\$ 13.500,00

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Declaramos que os serviços foram prestados pessoalmente pelo sócio, sem o concurso de empregados ou auxiliares, dispensa Retenção do INSS de 11% nos termos do artigo 120 da IN/RFB nº 971/2009. DADOS BANCÁRIOS PARA PAGAMENTO: BANCO NU PAGAMENTOS S.A. (260) / AG: 0001 / CC: 96054452-3

OUTRAS INFORMAÇÕES



- 1 - Responsável Tributário: (X) Prestador () Tomador.
- 2 - O ISS desta Nota Fiscal é devido DENTRO do município de LIMEIRA - SP.
- 3 - Uma via desta Nota Fiscal foi enviada para o e-mail do Tomador do Serviço.
- 4 - A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site <https://www.limeira.sp.gov.br> com a utilização do Código de Verificação.

Desenvolvido por: **ii-BRASIL INTELIGÊNCIA E INFORMAÇÃO LTDA®**



PREFEITURA MUNICIPAL DE LIMEIRA - SP
Série | Número NFS-e
 NFS | 00073
Data da Emissão
 24/02/2025 10:35:24
Código de Verificação
 4DF97D88

Recebi a NFS-e emitida pelo prestador: **GERALDO ANDRE JORGE NERY SERVICOS MEDICOS LTDA**

Identificação do receptor

Data do recebimento

GERENCIADOR
CAIXA**Comprovante de transferência eletrônica disponível**


Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	04718 / 1292 / 000577495369-2
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOCIACAO FILHAS DE SAO CAMILO
CPF/CNPJ:	61.986.402/0014-16
Banco:	033 - BCO SANTANDER (BRASIL) S.A. 0000000 - 90400888
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	3769 / 00013001217-0
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	JHBMARONESISERVICOSMEDICOSSEIRELI
CPF/CNPJ:	28.095.887/0001-68
Valor:	R\$ 2.725,50
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	06 - Pagamento de Honorários
Identificação da operação:	DR JOAO BRAMBI NF 118
Histórico:	
Data de débito:	24/02/2025
Data / Hora da operação:	24/02/2025 16:38:55
	Código da operação: 56892835
	Chave de segurança: PV233YYFE3RQ7AYC

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

J.H.B. MARONESI SERVIÇOS MEDICOS SS EIRELI CNPJ : 28.095.887/0001-68 I. Mun. : 000005400001207 I. Est. : Isento Telefone : (19) 3547-3547 RODOVIA SP 316, 000 - km 157-9 c - CASCALHO Cordeirópolis - SP CEP: 13490000 E-mail : escritafiscal@lukky.com.br	NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO	NÚMERO 00000118	SÉRIE NFD
	CÓDIGO DE AUTENTICIDADE 044665887000150272000010040019368828091183		

Consulte a Autenticidade em : cordeirapolis.sigissweb.com

REMETENTE / DESTINATÁRIO

NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOCIAÇÃO FILHAS DE SÃO CAMILO	C.N.P.J. / C.P.F. 61.986.402/0014-16	INS. MUNICIPAL 00947	INSCRIÇÃO ESTADUAL ISENTO
ENDEREÇO RUA DAS ANGÉLICAS, 730 null	BAIRRO / DISTRITO CENTRO	MUNICÍPIO Conchal	UF SP
CEP 13835-000	TELEFONE / FAX 019-38661200	E-MAIL contabilmvannini@gmail.com	

DATA EMISSÃO 21/02/2025	FORMA DE PAGAMENTO
----------------------------	--------------------

DESCRIÇÃO DO(S) SERVIÇO(S).

-100% dos serviços médicos prestados pelo sócio João Henrique Brambilla , a saber R\$ 3.000,00
 Serviços prestados comp: 01/2025
 -Pago com recurso da Prefeitura do Município de Conchal - Lei nº 2.447, de 07 de Janeiro de 2025.
 ISS DEVIDO AO MUNICÍPIO DE CONCHAL 3% = R\$ 90,00
 Valor líquido na nota R\$ 2.725,50

Dados Bancários:
 JHB MARONESI SERVIÇOS MEDICOS SS EIRELI
 BANCO SANTANDER
 AGENCIA - 3769 - CORDEIROPOLIS/SP
 CONTA CORRENTE - 000130012170

CLASSIFICAÇÃO DO SERVIÇO 4.01 - Medicina e biomedicina.
--

IMPOSTOS FEDERAIS RETIDOS	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR
PIS	R\$ 3.000,00	0,65	R\$ 19,50
COFINS	R\$ 3.000,00	3,00	R\$ 90,00
CSLL	R\$ 3.000,00	1,00	R\$ 30,00
IRRF	R\$ 3.000,00	1,50	R\$ 45,00
TOTAL DE IMPOSTOS FEDERAIS RETIDOS			R\$ 184,50

VALOR POR EXTENSO três mil reais	VALOR BRUTO DA NOTA FISCAL R\$ 3.000,00
INSTRUÇÃO DE RETENÇÃO DO ISS O ISS NÃO DEVE SER RETIDO	DEDUÇÕES R\$ 0,00
ALÍQUOTA ISS(%) 3,000000000	VALOR DO(S) SERVIÇO(S) R\$ 3.000,00
VALOR I.S.S. R\$ 90,00	VALOR LÍQUIDO A RECEBER R\$ 2.815,50

INFORMAÇÕES ADICIONAIS Nota Fiscal Eletrônica Autorizada pelo Decreto nº 5701 de 15/12/2017 Empresa enquadrada no Regime de Apuração Variável. Conf. Lei Federal 12741/12 a Carga Tributária Aproximada desta NF é de 13,45% Federal (IBPT) e de 3.0% Municipal, perfazendo o valor de R\$ 493,50
--

RECEBEMOS DE 28095887000168 - J.H.B. MARONESI SERVIÇOS MEDICOS SS EIRELI OS SERVIÇOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO.	Nº 00000118
DATA DE RECEBIMENTO	SÉRIE NFD
IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	

**Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	04718 / 1292 / 000577495369-2
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOCIACAO FILHAS DE SAO CAMILO
CPF/CNPJ:	61.986.402/0014-16

Banco:	033 - BCO SANTANDER (BRASIL) S.A. 0000000 - 90400888
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	3769 / 00001030414-6
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	NILSON LUIZ FAVARETTO JUNIOR
CPF/CNPJ:	154.882.908-00
Valor:	R\$ 3.542,00
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	06 - Pagamento de Honorários
Identificação da operação:	NILSON ESCA NF

Histórico:

Data de débito:	26/02/2025
Data / Hora da operação:	26/02/2025 15:20:31

Código da operação: 62359473**Chave de segurança:** 1AYYMP4Q8KHUZW9X

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

**Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED: TED para terceiros
Conta origem: 04718 / 1292 / 000577495369-2
Tipo de conta: 01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa: JURÍDICA
Nome: ASSOCIACAO FILHAS DE SAO CAMILO
CPF/CNPJ: 61.986.402/0014-16

Banco: 033 - BCO SANTANDER (BRASIL) S.A. 0000000 - 90400888
Tipo de conta: 01 - Conta Corrente
Conta destino: 3769 / 00001030414-6
Tipo de pessoa: JURÍDICA
Nome: NILSON LUIZ FAVARETTO JUNIOR
CPF/CNPJ: 44.368.422/0001-90
Valor: R\$ 3.542,00
Valor da tarifa: R\$ 0,00
Finalidade: 06 - Pagamento de Honorários
Identificação da operação: NILSON ESCA NF 21

Histórico:

Data de débito: 26/02/2025
Data / Hora da operação: 26/02/2025 14:56:42

Código da operação: 60771285**Chave de segurança:** S5208HSG6FF5NSHA

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



A autenticidade desta NFS-e pode ser verificada pela leitura deste código QR ou pela consulta da chave de acesso no portal nacional da NFS-e

Chave de Acesso da NFS-e
503307224436842200019000000000002125029527034530

Número da NFS-e
21

Número da DPS
33

Competência da NFS-e
25/02/2025

Série da DPS
900

Data e Hora da emissão da NFS-e
25/02/2025 10:39:56

Data e Hora da emissão da DPS
25/02/2025 10:39:56

EMITENTE DA NFS-e Prestador do Serviço	GNPJ / CPF / NIF 44.368.422/0001-90	Inscrição Municipal -	Telefone (19) 9782-6132
Nome / Nome Empresarial NILSON LUIZ FAVARETTO JUNIOR 15488290800		E-mail JUNIOR.HMC@HOTMAIL.COM	
Endereço IOAO ANTONIO DA SILVA, 99, JARDIM DOM BOSCO		Município Araras - SP	CEP 13607-610
Regime de Apuração Tributária pelo SN Simples Nacional na Data de Competência Optante - Microempreendedor Individual (MEI)			

FOMADOR DO SERVIÇO	CNPJ / CPF / NIF 61.986.402/0014-16	Inscrição Municipal -	Telefone -
Nome / Nome Empresarial ASSOCIACAO FILHAS DE SAO CAMILO		E-mail -	
Endereço R. DAS ANGELICAS, 730, CENTRO		Município Conchal - SP	CEP 13835-033

INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO NÃO IDENTIFICADO NA NFS-e

SERVIÇO PRESTADO	Código de Tributação Municipal	Local da Prestação Conchal - SP	País da Prestação -
Código de Tributação Nacional 17.01 - Datilografia, digitação, xerografia e congêneres.			
Descrição do Serviço 100% dos serviços prestados pelo sócio Nilson Favaretto, a saber R\$ 3.542,00			
Serviços prestados comp: 01/2025			
Pago com recurso da Prefeitura do Município de Conchal - Lei nº 2.447, de 07 de Janeiro de 2025.			

TRIBUTAÇÃO MUNICIPAL	País Resultado da Prestação do Serviço	Município de Incidência do ISSQN Araras - SP	Regime Especial de Tributação Nenhum
Tributação do ISSQN Operação Tributável		Número Processo Suspensão -	Benefício Municipal -
Tipo de Imunidade	Suspensão da Exigibilidade do ISSQN Não	Total Deduções/Reduções -	Cálculo do BM -
Valor do Serviço R\$ 3.542,00	Desconto Incondicionado -	Retenção do ISSQN Não Retido	ISSQN Apurado -
IC ISSQN	Alíquota Aplicada -		

TRIBUTAÇÃO FEDERAL	CP -	CSLL -	TOTAL TRIBUTAÇÃO FEDERAL -
RRF		Retenção do PIS/COFINS -	
PIS	COFINS -		

VALOR TOTAL DA NFS-E	Desconto Condicionado R\$	Desconto Incondicionado R\$	ISSQN Retido -
Valor do Serviço R\$ 3.542,00			Valor Líquido da NFS-e R\$ 3.542,00
RRF, CP, CSLL - Retidos R\$ 0,00	PIS/COFINS Retidos -		

TOTAIS APROXIMADOS DOS TRIBUTOS	Federais	Estaduais	Municipais

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

**Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED: TED para terceiros
Conta origem: 04718 / 1292 / 000577495369-2
Tipo de conta: 01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa: JURÍDICA
Nome: ASSOCIACAO FILHAS DE SAO CAMILO
CPF/CNPJ: 61.986.402/0014-16

Banco: 077 - BANCO INTER 0000000 - 00416968
Tipo de conta: 01 - Conta Corrente
Conta destino: 0001 / 00032544319-0
Tipo de pessoa: JURÍDICA
Nome: AGUIAR PIRES SERVICOS MEDICOS LTDA
CPF/CNPJ: 53.029.882/0001-84
Valor: R\$ 4.800,00
Valor da tarifa: R\$ 0,00
Finalidade: 06 - Pagamento de Honorários
Identificação da operação: DR DANIEL AGUIAR NF 41

Histórico:

Data de débito: 26/02/2025
Data / Hora da operação: 26/02/2025 14:57:04

Código da operação: 60817795**Chave de segurança:** VOLCJLXSZXYEH5L7

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

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

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

**MUNICÍPIO DE JANAÚBA**

Secretaria Municipal da Fazenda

CNPJ: 18.017.392/0001-67

Fone:(38) 3821-4009

Endereço: PRAÇA DR. ROCKERT, 92 - CENTRO

JANAÚBA - MG | 39442052

Nº NOTA: 41/2025

**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e**

Chave de Acesso da NFS-e: 3512209125302988200018400000000004125026235001913

Data e Hora de Emissão: 24/02/2025 09:00:29 Competência da NFS-e: 02/2025 Tributado em outro município: NÃO

Local da Prestação: CONCHAL - SP País de Prestação: Brasil

Data e Hora da emissão da DPS: 24/02/25 09:00

Número da DPS: 6

Série da DPS: 900

Data e Hora de Emissão(RPS):

Número RPS:

Natureza da Operação: Operação tributável

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social: AGUIAR PIRES SERVICOS MEDICOS LTDA

Inscrição Municipal: 414212

Inscrição Estadual:

CNPJ/CPF/NIF: 53.029.882/0001-84

Endereço: R JAIME MACEDO DE MOURA, 153 - PADRE EUSTAQUIO Janaúba - MG | 39442252

Fone:

E-mail: daniel.aguiar.pires@gmail.com

Simples Nacional na Data de Competência: OPTANTE - MICROEMPRESA OU EMPRESA DE PEQUENO PORTE (ME/EPP)

Regime de Apuração Tributária pelo SN:

TOMADOR DE SERVIÇOS

Razão Social: ASSOCIAÇÃO FILHAS DE SAO CAMILO - HOSPITAL E MATERNIDADE MADRE VINNINI

CNPJ/CPF/NIF: 61.986.402/0014-16

Inscrição Municipal:

Inscrição Estadual:

Fone:

Endereço: RUA DAS ANGELICAS, 730 - JD.DULCE MARIA Conchal - SP | 13835000

E-mail:

INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO NÃO IDENTIFICADO NA NFS-e

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	QTD.	V.UNIT.	TOTAL	ALIQ.	IMPOSTO	RETIDO
SERVIÇOS MEDICOS PRESTADOS POR DR. DANIEL AGUIAR PIRES. COMPETENCIA 01/2025	1,0000	4.800,0000	4.800,00	3,00	144,00	0,00
BANCO: INTER						
AGENCIA: 001						
CONTA CORRENTE: 32544319-0						

CNAE

Código Tributação Nacional

Código Tributação Municipal

8630-5-03

04.01.01 - Medicina.

04.01 - Medicina e biomedicina.

TRIBUTAÇÃO MUNICIPALTributação do ISSQN
Operação tributávelPaís Resultado da Prestação do Serviço
BrasilMunicípio de Incidência do ISSQN
Janaúba - MGRegime Especial de Tributação
Nenhum

Tipo de Imunidade

Suspensão da Exigibilidade do ISSQN
NÃO

Número Processo Suspensão

Benefício Municipal

Cálculo do BM

RETENÇÕES FEDERAIS

PIS (R\$)

COFINS (R\$)

IR (R\$)

INSS (R\$)

CSLL (R\$)

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

VALORES

Valores dos Serviços (R\$)

Deduções (R\$)

Desconto Incondicionado (R\$)

Base de Cálculo (R\$)

Alíquota (R\$)

4.800,00

0,00

0,00

4.800,00

3,00

ISSQN (R\$)

ISSQN Retido (R\$)

Desconto Condicionado (R\$)

Valor Bruto da Nota (R\$)

Valor Líquido (R\$)

144,00

0,00

0,00

4.800,00

4.800,00



Visualizado em: 24/02/2025 09:00:35

Para consultar a autenticidade desta NFS-e, acesse: <https://janauba.sintesenotafiscal.com.br/NFSEWeb/verificarAutenticacao.xhtml>

Esta NFS-e foi emitida em 24/02/2025 09:00:29

GERENCIADOR
CAIXA**Boleto de Cobrança - Comprovante de Autorização**

Via Gerenciador CAIXA

R.C.

Banco Receptor: CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
Representação numérica do código de barras: 10498.03248 91100.100048 00000.540484 1 10050000206642
Instituição Emissora - Nome do Banco: CAIXA ECONOMICA FEDERAL
Código do Banco: 104
Código do ISPB: 360305

Nome Fantasia: S P DATA SERVICO DE PROCESSAMENTO DE DAD
Nome/Razão Social: S P DATA SERVICO DE PROCESSAMENTO DE DAD
C'PF/C'NPJ: 25.326.661/0001-32

Nome/Razão Social: ASS.FILHAS DE S CAMILO/HOSP.MAT.MADRE
C'PF/C'NPJ: 61.986.402/0014-16

Nome/Razão Social: ASSOCIACAO FILHAS DE SAO CAMILO
C'PF/C'NPJ: 61.986.402/0014-16
Data de Vencimento: 27/02/2025
Data de Efetivação / Agendamento: 27/02/2025
Valor Nominal do Boleto: R\$ 2.066,42
Juros (RS): R\$ 0,00
IOF (RS): R\$ 0,00
Multa (RS): R\$ 0,00
Desconto (RS): R\$ 0,00
Abatimento (RS): R\$ 0,00
Valor Calculado (RS): R\$ 2.066,42
Valor a Pagar (RS): R\$ 2.066,42

Data/hora da operação: 27/02-2025 - 10:03:33
Código da Operação: 43062553275

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da 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

**COBRANÇA BANCÁRIA CAIXA**

RECLAMAÇÕES E SUGESTÕES	
DISQUE CAIXA	0800 726 0101
OUVIDORIA	0800 725 7474
www.caixa.gov.br	

Cedente S P DATA SERVICIO DE PROCESSAMENTO DADO				CPF/CNPJ 25.326.661/0001-32	Agência / Código do Cedente 4257/0803249-1
Endereço do cedente JOAO DE DEUS COSTA 517 - PLANO DIRETOR - CONTAGEM				UF MG	CEP 32040580
Data do documento 20/01/2025	Nº do documento 192195	Espécie documento DM	Carteira 01	Data do processamento 20/01/2025	Nosso Número 14/100000000005404-4
Sacado ASS.FILHAS DE S CAMILO/HOSP.MAT.M				CPF/CNPJ 61.986.402/0014-16	
Endereço do sacado RUA DAS ANGELICAS, 730 - JD DULCE MARIA - CONCHAL				UF SP	CEP 13835-000
Sacador/avalista				CPF/CNPJ	
Instruções (Texto de Responsabilidade do Cedente):					
NÃO RECEBER APOS 30 DIAS DO VENCIMENTO					

Moeda R\$	Quantidade	Valor	Vencimento 27/02/2025	Valor do Documento 2.066,42	Autenticação Mecânica	Recibo do Sacado
---------------------	------------	-------	---------------------------------	---------------------------------------	-----------------------	------------------

Recebimento através do cheque n. _____ do Banco _____
 Esta quitação só terá validade após pagamento do cheque pelo Banco Sacado.



104-0 10498.03248 91100.100048 00000.540484 1 10050000206642

Local de pagamento PREFERENCIALMENTE NAS CASAS LOTÉRICAS ATÉ O VALOR LIMITE				Vencimento 27/02/2025
Cedente S P DATA SERVICIO DE PROCESSAMENTO DADO				Agência / Código do Cedente 4257/0803249-1
Data do documento 20/01/2025	Nº do documento 192195	Espécie de docto. DM	Aceite NAO	Data do processamento 20/01/2025
Uso do Banco	Carteira 01	Moeda R\$	Quantidade	Valor
Instruções (Texto de Responsabilidade do Cedente):				(=) Valor do Documento 2.066,42
NÃO RECEBER APOS 30 DIAS DO VENCIMENTO				(-) Desconto
				(-) Outras Deduções/Abatimentos
				(+) Mora/Multa/Juros
				(+) Outros Acréscimos
				(=) Valor Cobrado

Sacado: **ASS.FILHAS DE S CAMILO/HOSP.MAT.M**
RUA DAS ANGELICAS, 730 - JD DULCE MARIA
CONCHAL

CPF/CNPJ: **61.986.402/0014-16**



UF: **SP** CEP: **13835-000**

Sacador Avalista:

CPF/CNPJ:




Autenticação Mecânica **Ficha de Compensação**

	PREFEITURA MUNICIPAL DE CONTAGEM SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e	Número da NFS-e 44765	
---	---	--	---

Data e Hora da Emissão	17/01/2025 16:42:24	Competência	17/1/2025	Código de Verificação	OIKMUAVNT
Número do RPS	192195	No. da NFS-e substituída		Local da Prestação	CONTAGEM - MG

Prestador de Serviço

	Razão Social/Nome	S P DATA SERVICIO DE PROCESSAMENTO DE DADOS LIMITADA				
	Nome Fantasia					
	CNPJ/CPF	25.326.661/0001-32	Inscrição Municipal	25170015	Município	CONTAGEM - MG
	Endereço e CEP	AVENI AV. JOAO CESAR DE OLIVEIRA ,5757 - BEATRIZ CEP: 32040-000				
	Complemento	SALA 907	Telefone	9286-0741	e-mail	MARCIA.OLIVEIRA@SPDATA.COM.BR

Tomador de Serviço

Razão Social/Nome	ASSOCI.FILHAS DE SAO CAMILO/HOSP.MAT.MADRE VANNINI				
CNPJ/CPF	61.986.402/0014-16	Inscrição Municipal		Município	CONCHAL - SP
Endereço e CEP	RUA DAS ANGELICAS ,730 - JARDIM DULCE MARIA CEP: 13835-000				
Complemento		Telefone	(19)3866-1200	e-mail	contabilmvannini@gmail.com

Discriminação do Serviço

Licenciamento ou cessao de direito de uso de programas de computacao. Competencia 01/2025 - AIH - Faturamento SIH/SUS - Locacao - AMB - Faturamento SIA/SUS - Locacao - Controle de Estoque - Locacao - Recepcão Ambulatorial - Locacao - Radiologia - Locacao - Sadt - Outros - Locacao

Código do Serviço / Atividade

1.05 / 620310002 - licenciamento de programas de informática não - customizáveis

Detalhamento Especifico da Construção Civil

Código da Obra		Código ART	
----------------	--	------------	--

Tributos Federais

PIS (R\$)	14,31	COFINS (R\$)	66,06	IR (R\$)	33,03	INSS (R\$)	0,00	CSLL (R\$)	22,02
-----------	-------	--------------	-------	----------	-------	------------	------	------------	-------

Detalhamento de Valores - Prestador do Serviço		Outras Informações		Cálculo do ISSQN devido no Município	
Valor do Serviço R\$	2.201,84	Natureza Operação		Valor do Serviço R\$	2.201,84
(-) Desconto Incondicionado	0,00	1-Tributação no município		(-) Deduções Permitidas em Lei	0,00
(-) Desconto Condicionado	0,00	Regime Especial Tributação		(-) Desconto Incondicionado	0,00
(-) Retenções Federais	135,42	0-Nenhum		Base de Cálculo	2.201,84
(-) Outras Retenções	0,00	Opção Simples Nacional		(x) Alíquota %	2,00
(-) ISSQN Retido	0,00	2 - Não		ISSQN a Reter	() Sim (X) Não
(=) Valor Líquido R\$	2.066,42	Incentivador Cultural		(=) Valor do ISSQN R\$	44,04
		2-Não			

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

**Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	04718 / 1292 / 000577495369-2
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOCIACAO FILHAS DE SAO CAMILO
CPF/CNPJ:	61.986.402/0014-16
Banco: 341 - ITAU UNIBANCO BM S.A. 0000000 - 60701190	
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	0025 / 00000046339-9
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	MACAVALHIERIE CIA LTDA ME
CPF/CNPJ:	66.685.009/0001-91
Valor:	R\$ 1.420,15
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	05 - Pagamento de Fornecedores
Identificação da operação:	MAC COPIADORA FAT 19323
Histórico:	
Data de débito:	28/02/2025
Data / Hora da operação:	28/02/2025 11:31:56

Código da operação: 59258509**Chave de segurança:** AGXLSEKHNW043A44

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



COPIADORAS E IMPRESSORAS

CONTATOS
(19) 3362-3971 / (19) 3818-5346
(19) 99837-6882

suporte@mac-copiadoras.com.br

M. A. CAVALHIERI & CIA LTDA - ME
RUA EMYDIO PEDRINI SOBRINHO, 28 - CEP: 13.843-099
JARDIM ITAMARATY - MOGI GUAÇU - SP

FATURA DA LOCAÇÃO

Nº
019323

INSC. CNPJ Nº: 66685009000191
INSC. EST. Nº: 455.053.261.118
INSC. MUNICIPAL Nº: 56154

NAT. DA OPERAÇÃO: LOCAÇÃO
Data de Emissão: 13/02/2025

CONTROLE Nº: 56464

QUANT.	UNID.	DESCRIÇÃO DA LOCAÇÃO - ESPECIFICADOS (Espécie, Qualidade, Marca, Volume, Etc.)	VALOR	
			UNITÁRIO	TOTAL
1,00	SRV	LOCAÇÃO COPIADORAS	1.420,15	1.420,15

OBSERVAÇÕES:

"Não incidência de ICMS de acordo com a Artigo 7º inciso IX do RICMS".
"Não incidência de ISS, conforme lei complementar nº 116 de 31/07/2003".

VALOR DA LOCAÇÃO

1.420,15

TOTAL DESTA FATURA

1.420,15

FATURA Nº	FATURA		VENCIMENTO
	VALOR R\$	NÚMERO DA ORDEM	
019323	1.420,15	019323	28/02/2025

NOME DA EMPRESA: ASSOCIACAO FILHAS DE SAO CAMILO
ENDEREÇO: RUA R.DAS ANGÉLICAS, Nº 730
MUNICÍPIO: CONCHAL CEP: 13.835-000 ESTADO: SP
PRAÇA DE PAGTO: MOGI GUAÇU
INSC. CNPJ Nº: 61.986.402/0014-16 INSCR. ESTADUAL Nº:

VALOR POR EXTENSO: UM MIL QUATROCENTOS E VINTE REAIS E QUINZE CENTAVO(S)

PAGAVEL À M. A. CAVALHIERI & CIA LTDA - ME, OU À SUA ORDEM NA PRAÇA E VENCIMENTO INDICADOS

FATURA DA LOCAÇÃO
Nº 019323

RECEBI(EMOS) DE M. A. CAVALHIERI & CIA LTDA - ME

DATA DO RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

/ /

Razão: M A Cavaliheri CIA LTDA ME
 CNPJ: 66685009000191 I.E.: 455053261118
 Endereço: Rua Emydio Pedrini Sobrinho, 28 Bairro: Jardim Itamaraty
 CEP: 13843-099 Cidade: Mogi Guaçu – SP
 Telefone: (19) 3362-3971 / (19) 3818-5346 / (19) 99837-6882
 www.mac-copiadoras.com.br



COPIADORAS E IMPRESSORAS

ASSOCIAÇÃO FILHAS DE SÃO CAMILO - HOSPITAL DE CONCHAL

Relatório de Locação Referente Janeiro

Modelo	NF Remessa	Patrimônio	N/S	Medidor Anterior	Medidor Atual	Total
Multifuncional Brother DCP 8080 DN saiu manut	5742	2360	U6269D0J373403	296003	297110	1107
Multifuncional Brother DCP 8085 DN backup		1124	M1J951186	38786	38786	0
Multifuncional Brother MFC 8480 DN	5742	2010	D2J181994	174887	180591	5704
Impressora HP M 1005	5742	2103	BRES77N085	218887	219985	1098
Multifuncional Brother DCP 8085 DN	4606	1260	E2J211132	256901	263649	6748
Multifuncional Brother DCP 8080 DN	4738	1408	B2J146461	171443	175067	3624
Multifuncional Brother DCP 8085 DN	6246	1980	M1J975602	251987	251987	0
HP 1005	Equipamento do cliente		BRBS99H028	129160	131475	2315
Impressora HP P 1005	7931	2614	BRBS87R1GP	3646	4418	772
HP 1005	Equipamento do cliente		BRBS99H01Z	152531	152590	59
Total de páginas						21427
Valor fixo						R\$ 850,00
Multifuncional Epson L3150	5044	2272	X5EVD43344	15931	16774	843
Franquia de 300 páginas a R\$135,00 e excedente a R\$0,45 por página						R\$ 379,35
Multifuncional Epson L 3250	8344	2799	XAABJ00757	761	1185	424
Franquia de 300 páginas a R\$135,00 e excedente a R\$0,45 por página						R\$ 190,80
VALOR TOTAL						R\$ 1.420,15

Mogi Guaçu, 13 de fevereiro de 2025.

GERENCIADOR
CAIXA**Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	04718 / 1292 / 000577495369-2
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOCIACAO FILHAS DE SAO CAMILO
CPF/CNPJ:	61.986.402/0014-16
Banco: 237 - BCO BRADESCO S.A. 0000000 - 60746948	
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	0247 / 00000005885-8
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ILFMSERVICOSMEDICOSLTDA
CPF/CNPJ:	35.879.973/0001-27
Valor:	R\$ 12.750,00
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	06 - Pagamento de Honorários
Identificação da operação:	DRA ISADORA NF 452
Histórico:	
Data de débito:	28/02/2025
Data / Hora da operação:	28/02/2025 11:32:17
Código da operação: 59988331	
Chave de segurança: QSGK4A3UW2CUKGW0	

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

AÍO CAIXA: 0800 104 0104



ESTADO DE GOIÁS
PREFEITURA MUNICIPAL DE ITABERAÍ

02.451.938/0001-53

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA- NFS-e

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social: **ILFM SERVICOS MEDICOS LTDA**
 Nome Fantasia: **ILFM SERVICOS MEDICOS**
 CNPJ: **35.879.973/0001-27** Inscrição Municipal: **7782**
 Endereço: **RUA 09 C/ RUA 01, QD: 02, LT: 07, JARDIM CABRAL, CEP: 76.630-000**
 Município: **ITABERAÍ - GO**

Telefone:

Número da Nota
0000000452
 Data e Hora de Emissão
27/02/2025 14:08:22
 Código de Verificação
8d93

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: **ASSOCIACAO FILHAS DE SAO CAMILO**
 CNPJ/CPF: **61.986.402/0014-16**
 Endereço: **R DAS ANGELICAS, NR: 730, CENTRO, CEP:13835-000**
 Município: **Conchal - São Paulo**
 E-mail:

Telefone:

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Descrição: 100% DOS SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS PELO SÓCIO ISADORA LEONEL A SABER R\$ 12.750,00
 SERVIÇOS PRESTADOS REFERENTE: 01/2025

PAGOS COM RECURSO DA PREFEITURA DO MUNICIPIO DE CONCHAL - LEI Nº2.447, DE 07 DE JANEIRO DE 2025

DADOS BANCÁRIOS PARA PIX
 CHAVE CNPJ
 35.879.973/0001-27
 ILFM SERVICOS MEDICOS

Serviço / Item-Serviço

04.03 - HOSPITAIS, CLÍNICAS, LABORATÓRIOS, SANATÓRIOS, MANICÔMIOS, CASAS DE SAÚDE, PRONTOS-SOCORROS, AMBULATÓRIOS E CONGÊNERES.

CNAE / Atividade Município

8630503 / 5910 Atividade médica ambulatorial restrita a consultas

RETENÇÕES FEDERAIS	PIS 0,00	COFINS 0,00	INSS 0,00	IR 0,00	CSLL 0,00
Demonstrativo			Demonstrativo		
Valor dos Serviços	R\$	12.750,00	Valor dos Serviços	RS	12.750,00
(-) Desconto Condicionado	RS	0,00	(-) Desconto Condicionado	RS	0,00
(-) Desconto Incondicionado	RS	0,00	(-) Desconto Incondicionado	RS	0,00
(-) Retenções Federais	RS	0,00	(-) Valor da Nota	RS	12.750,00
(-) Outras Retenções	RS	0,00	(-) Deduções	RS	0,00
(-) ISS Relido pelo Tomador	RS	0,00	(=) Base de Cálculo	RS	12.750,00
() Valor Líquido	RS	12.750,00	(X) Alíquota	%	3,00
Serviço prestado em	Imposto Devido em		(-) Valor do Imposto (ISS)	RS	382,50
Conchal - SP	Conchal - SP			Valor da Nota	
Valor dos Serviços	Desconto			12.750,00	
12.750,00	0,00				

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

ME ou EPP optante pelo Simples Nacional.

Recolhimento: ISS a recolher pelo PRESTADOR

Essa nota não gera direito a crédito fiscal do ISS.

NFS-e instituída 0



**Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED: TED para terceiros
Conta origem: 04718 / 1292 / 000577495369-2
Tipo de conta: 01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa: JURÍDICA
Nome: ASSOCIACAO FILHAS DE SAO CAMILO
CPF/CNPJ: 61.986.402/0014-16

Banco: 237 - BCO BRADESCO S.A. 0000000 - 60746948
Tipo de conta: 01 - Conta Corrente
Conta destino: 0247 / 00000005885-8
Tipo de pessoa: JURÍDICA
Nome: ILMSERVICOSMEDICOSLTDA
CPF/CNPJ: 35.879.973/0001-27
Valor: R\$ 3.080,00
Valor da tarifa: R\$ 0,00
Finalidade: 06 - Pagamento de Honorários
Identificação da operação: DRA ISADORA NF 455

Histórico:

Data de débito: 28/02/2025
Data / Hora da operação: 28/02/2025 11:32:34

Código da operação: 60049016**Chave de segurança:** W4CNQ0JRR9V3E2EJ

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



ESTADO DE GOIÁS
PREFEITURA MUNICIPAL DE ITABERAÍ

02.451.938/0001-53

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA- NFS-e

Número da Nota

000000455

Data e Hora de Emissão

27/02/2025 14:24:45

Código de Verificação

407d

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social: **ILFM SERVICOS MEDICOS LTDA**
 Nome Fantasia: **ILFM SERVICOS MEDICOS**
 CNPJ: **35.879.973/0001-27** Inscrição Municipal: **7782**
 Endereço: **RUA 09 C/ RUA 01, QD: 02, LT: 07, JARDIM CABRAL, CEP: 76.630-000**
 Município: **ITABERAÍ - GO**

Telefone:

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: **ASSOCIACAO FILHAS DE SAO CAMILO**
 CNPJ/CPF: **61.986.402/0014-16**
 Endereço: **R DAS ANGELICAS, NR: 730, CENTRO, CEP:13835-000**
 Município: **Conchal - São Paulo**
 E-mail:

Telefone:

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Descrição: 100% DOS SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS PELO SÓCIO ISADORA LEONEL A SABER R\$ 3.080,00
 SERVIÇOS PRESTADOS REFERENTE: 01/2025

PAGOS COM RECURSO DA PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE CONCHAL - LEI Nº2.447, DE 07 DE JANEIRO DE 2025

DADOS BANCÁRIOS PARA PIX
 CHAVE CNPJ
 35.879.973/0001-27
 ILFM SERVICOS MEDICOS

Serviço / Item-Serviço

04.03 - HOSPITAIS, CLÍNICAS, LABORATÓRIOS, SANATÓRIOS, MANICÔMIOS, CASAS DE SAÚDE, PRONTOS-SOCORROS, AMBULATÓRIOS E CONGÊNERES.

CNAE / Atividade Município

8630503 / 5910 Atividade médica ambulatorial restrita a consultas

RETENÇÕES FEDERAIS	PIS 0,00	COFINS 0,00	INSS 0,00	IR 0,00	CSLL 0,00
Demonstrativo			Demonstrativo		
Valor dos Serviços	R\$	3.080,00	Valor dos Serviços	R\$	3.080,00
(-) Desconto Condicionado	R\$	0,00	(-) Desconto Condicionado	R\$	0,00
(-) Desconto Incondicionado	R\$	0,00	(-) Desconto Incondicionado	R\$	0,00
(-) Retenções Federais	R\$	0,00	(=) Valor da Nota	R\$	3.080,00
(-) Outras Retenções	R\$	0,00	(-) Deduções	R\$	0,00
(-) ISS Relido pelo Tomador	R\$	0,00	(=) Base de Cálculo	R\$	3.080,00
(-) Valor Líquido	R\$	3.080,00	(X) Alíquota	%	3,00
Serviço prestado em	Imposto Devido em		(-) Valor do Imposto (ISS)	R\$	92,40
Conchal - SP	Conchal - SP				
Valor dos Serviços		Desconto		Valor da Nota	
3.080,00		0,00		3.080,00	

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

ME ou EPP optante pelo Simples Nacional.

Recolhimento: ISS a recolher pelo PRESTADOR

Essa nota não gera direito a crédito fiscal do ISS.

NFSe instituída 0



**Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED: TED para terceiros
Conta origem: 04718 / 1292 / 000577495369-2
Tipo de conta: 01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa: JURÍDICA
Nome: ASSOCIACAO FILHAS DE SAO CAMILO
CPF/CNPJ: 61.986.402/0014-16

Banco: 237 - BCO BRADESCO S.A. 0000000 - 60746948
Tipo de conta: 01 - Conta Corrente
Conta destino: 0247 / 00000005885-8
Tipo de pessoa: JURÍDICA
Nome: ILFMSERVICOSMEDICOSLTDA
CPF/CNPJ: 35.879.973/0001-27
Valor: R\$ 13.500,00
Valor da tarifa: R\$ 0,00
Finalidade: 06 - Pagamento de Honorários
Identificação da operação: DRA FRANCIELLY NF 454

Histórico:

Data de débito: 28/02/2025
Data / Hora da operação: 28/02/2025 11:32:50

Código da operação: 60089541
Chave de segurança: CT57K4SKRJ131GT5

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



ESTADO DE GOIÁS
PREFEITURA MUNICIPAL DE ITABERÁ

02.451.938/0001-53

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA- NFS-e

Número da Nota
000000454
 Data e Hora de Emissão
27/02/2025 14:16:55
 Código de Verificação
 a604

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social: **ILFM SERVICOS MEDICOS LTDA**
 Nome Fantasia: **ILFM SERVICOS MEDICOS**
 CNPJ: **35.879.973/0001-27** Inscrição Municipal: **7782**
 Endereço: **RUA 09 C/ RUA 01, QD: 02, LT: 07, JARDIM CABRAL, CEP: 76.630-000**
 Município: **ITABERÁ - GO**

Telefone:

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: **ASSOCIACAO FILHAS DE SAO CAMILO**
 CNPJ/CPF: **61.986.402/0014-16**
 Endereço: **R DAS ANGELICAS, NR: 730, CENTRO, CEP:13835-000**
 Município: **Conchal - São Paulo**
 E-mail:

Telefone:

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Descrição: 100% DOS SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS PELO SÓCIO FRANCIELLY MARQUES A SABER R\$ 13.500,00
 SERVIÇOS PRESTADOS REFERENTE: 01/2025

PAGOS COM RECURSO DA PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE CONCHAL - LEI Nº2.447, DE 07 DE JANEIRO DE 2025

DADOS BANCÁRIOS PARA PIX
 CHAVE CNPJ
 35.879.973/0001-27
 ILFM SERVICOS MEDICOS

Serviço / Item-Serviço

04.03 - HOSPITAIS, CLÍNICAS, LABORATÓRIOS, SANATÓRIOS, MANICÓMIOS, CASAS DE SAÚDE, PRONTOS-SOCORROS, AMBULATÓRIOS E CONGÊNERES.

CNAE / Atividade Município

8630503 / 5910 Atividade médica ambulatorial restrita a consultas

RETENÇÕES FEDERAIS	PIS 0,00	COFINS 0,00	INSS 0,00	IR 0,00	CSLL 0,00
Demonstrativo			Demonstrativo		
Valor dos Serviços	R\$	13.500,00	Valor dos Serviços	R\$	13.500,00
(-) Desconto Condicionado	R\$	0,00	(-) Desconto Condicionado	R\$	0,00
(-) Desconto Incondicionado	R\$	0,00	(-) Desconto Incondicionado	R\$	0,00
(-) Retenções Federais	R\$	0,00	(=) Valor da Nota	R\$	13.500,00
(-) Outras Retenções	R\$	0,00	(-) Deduções	R\$	0,00
(-) ISS Retido pelo Tomador	R\$	0,00	(=) Base de Cálculo	R\$	13.500,00
(-) Valor Líquido	R\$	13.500,00	(X) Alíquota	%	3,00
Serviço prestado em	Imposto Devido em		(=) Valor do Imposto (ISS)	R\$	405,00
Conchal - SP	Conchal - SP				
Valor dos Serviços	Desconto		Valor da Nota		
13.500,00	0,00		13.500,00		

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

ME ou EPP optante pelo Simples Nacional.
 Recolhimento: ISS a recolher pelo PRESTADOR
 Essa nota não gera direito a crédito fiscal do ISS.
 Esta Nota Fiscal Substitui a Nota Nº453
 NFSe instituída 0



**Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED: TED para terceiros
Conta origem: 04718 / 1292 / 000577495369-2
Tipo de conta: 01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa: JURÍDICA
Nome: ASSOCIACAO FILHAS DE SAO CAMILO
CPF/CNPJ: 61.986.402/0014-16

Banco: 001 - BCO DO BRASIL S.A. 00000000 - 00000000
Tipo de conta: 01 - Conta Corrente
Conta destino: 3383 / 00000077301-8
Tipo de pessoa: JURÍDICA
Nome: TIAGO FELTRIN SIERRA EIRELI ME
CPF/CNPJ: 24.374.741/0001-09
Valor: R\$ 2.725,50
Valor da tarifa: R\$ 0,00
Finalidade: 06 - Pagamento de Honorários
Identificação da operação: DR TIAGO FELTIN NF 252

Histórico:

Data de débito: 28/02/2025
Data / Hora da operação: 28/02/2025 17:21:01

Código da operação: 93251503**Chave de segurança:** VFV4XVJR6XRR11X2

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 LIMEIRA - SP
SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA

NÚMERO DA NOTA
00252
DATA DA EMISSÃO
27/02/2025 15:11:56
CÓDIGO VERIFICAÇÃO
66865F748

SÉRIE: NFS **COMPETÊNCIA:** 26/02/2025 **LOCAL DO SERVIÇO:** LIMEIRA - SP **NFS SUBSTITUIDA:** 00250 **RPS:** -

PRESTADOR DO SERVIÇO



NOME/RAZÃO SOCIAL:
TIAGO FELTRIN SIERRA EIRELI ME
NOME FANTASIA:

ENDEREÇO:
APARECIDO ZACHARIA DO PRADO, 00374
SAO PAULO -JD.
COMPLEMENTO:

CPF/CNPJ:
24.374.741/0001-09
MUNICÍPIO:
LIMEIRA - SP - BRASIL
TELEFONE:
(19) 9992-61030

INSC. MUNICIPAL:
61283
CEP:
13484-470
E-MAIL:
rafaelhsolar@gmail.com

SIMPLES NACIONAL:
() SIM (x) NÃO
INSC. ESTADUAL:

REGIME ESPECIAL:
NENHUM
SITE:

TOMADOR DO SERVIÇO

NOME/RAZÃO SOCIAL:
ASSOCIAÇÃO FILHAS DE SÃO CAMILO
ENDEREÇO:
RUA DAS ANGÉLICAS, 730 - JD. DULCE MARIA
COMPLEMENTO:

CPF/CNPJ/NIF:
61.986.402/0014-16
MUNICÍPIO:
CONCHAL - SP
TELEFONE:
() -

CEP:
13835-000 **PAÍS:**
BRASIL
E-MAIL:
fscamilo@conchalnet.com.br

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

4.01 | Medicina e biomedicina.

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

SERVIÇOS PRESTADOS 01/2025 - DR. TIAGO FELTRIN SIERRA.

- PAGO COM RECURSO DA PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE CONCHAL - LEI Nº 2.447, DE 07 DE JANEIRO DE 2025.

FIM

DETALHAMENTO DE VALORES

IMPOSTOS FEDERAIS	DEDUÇÕES / DESCONTOS	VALOR DO SERVIÇO.....	R\$ 3.000,00
PIS..... R\$ 19,50	Alíquota do ISS 4,00 %	Base de Cálculo.....	R\$ 3.000,00
COFINS..... R\$ 90,00	Desconto Incondicionado..... R\$ 0,00	Total Deduções/Descontos.....	R\$ 0,00
R..... R\$ 45,00	Desconto Condicionado..... R\$ 0,00	Total de Imp. Federais.....	R\$ 184,50
NSS..... R\$ 0,00	Outras Retenções..... R\$ 0,00	Valor do ISS.....	R\$ 120,00
CSLL..... R\$ 30,00	Outras Deduções..... R\$ 0,00	VALOR LÍQUIDO.....	R\$ 2.815,50

ISS = 30,00

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

OUTRAS INFORMAÇÕES



- 1 - Responsável Tributário: (X) Prestador () Tomador.
- 2 - O ISS desta Nota Fiscal é devido DENTRO do município de LIMEIRA - SP.
- 3 - Uma via desta Nota Fiscal foi enviada para o e-mail do Tomador do Serviço.
- 4 - A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site <https://www.limeira.sp.gov.br> com a utilização do Código de Verificação.

Desenvolvido por: **li-BRASIL INTELIGÊNCIA E INFORMAÇÃO LTDA®**



PREFEITURA MUNICIPAL DE LIMEIRA - SP
Série | Número NFS-e
NFS | 00252
Data da Emissão
27/02/2025 15:11:56
Código de Verificação
66865F748

Recebi a NFS-e emitida pelo prestador: **TIAGO FELTRIN SIERRA EIRELI ME**

Identificação do receptor

Data do recebimento