

**ANEXO RP-12 - REPASSES AO TERCEIRO SETOR - DEMONSTRATIVO
INTEGRAL DAS RECEITAS E DESPESAS - TERMO DE CONVÊNIO**

ÓRGÃO PÚBLICO CONVENIENTE: PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE CHARQUEADA

CONVENIADA: Hospital e Maternidade Beneficente de Charqueada

CNPJ: 51.421.279/0001-18

ENDEREÇO E CEP: RUA OSWALDO CRUZ, Nº 70 CEP: 13.517-032

RESPONSÁVEL(IS) PELA CONVENIADA: Paulo Francisco do Nascimento

CPF: 123.767.938-90

OBJETO: Serviços médicos especializados nas áreas de pediatria, ginecologia e obstetrícia, psiquiatria adulto e infantil, ortopedia e cardiologia.

EXERCÍCIO: 2024

ORIGEM DOS RECURSOS (1): MUNICIPAL

DOCUMENTO	DATA	VIGÊNCIA	VALOR - R\$
Termo de Convênio nº 05/2024 Processo nº 11683/2023	01/01/2024	01/01/2024 a 31/12/2024	846.000,00

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\$)
16/02/2024	70.500,00	16/02/2024	322.549.223	70.500,00
(A) SALDO DO MÊS ANTERIOR				9.651,96
(B) REPASSES PÚBLICOS NO MÊS				70.500,00
(C) RECEITAS COM APLICAÇÕES FINANCEIRAS DOS REPASSES PÚBLICOS				62,32
(D) OUTRAS RECEITAS DECORRENTES DA EXECUÇÃO DO AJUSTE (3)				0,00
(E) TOTAL DE RECURSOS PÚBLICOS (A + B + C + D)				80.214,28
(F) RECURSOS PRÓPRIOS DA ENTIDADE BENEFICIÁRIA				0,00
(G) TOTAL DE RECURSOS DISPONÍVEIS NO EXERCÍCIO (E + F)				80.214,28

(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 signatário, na qualidade de representante da Hospital e Maternidade Beneficente de Charqueada vem indicar, na forma abaixo detalhada, as despesas

incorridas e pagas Fevereiro/2024 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 SEQUINTE (R\$)
Recursos humanos (5)					
Recursos humanos (6)					
Medicamentos					
Material médico e hospitalar (*)					
Gêneros alimentícios					
Outros materiais de consumo					
Serviços médicos (*)	75.509,25		75.509,25	75.509,25	
Outros serviços de terceiros					
Locação de imóveis					
Locações diversas					
Utilidades públicas (7)					
Combustível					
Bens e materiais permanentes					
Obras					
Despesas financeiras e bancárias					
Outras despesas					
TOTAL	75.509,25		75.509,25	75.509,25	

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

(5) Salários, encargos e benefícios.

(6) Autônomos e pessoa jurídica.

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

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

(9) Quando a diferença entre a Coluna DESPESAS CONTABILIZADAS NESTE EXERCÍCIO e a Coluna DESPESAS CONTABILIZADAS NESTE EXERCÍCIO E PAGAS NESTE EXERCÍCIO for decorrente de descontos obtidos ou pagamento de multa por atraso, o resultado não deve aparecer na coluna DESPESAS CONTABILIZADAS NESTE

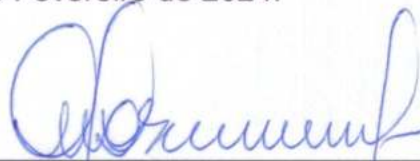
EXERCÍCIO A PAGAR EM EXERCÍCIOS SEGUINTEs, uma vez que tais descontos ou multas são contabilizados em contas de receitas ou despesas. Assim sendo deverá ser indicado como nota de rodapé os valores e as respectivas contas de receitas e despesas.

(*) Apenas para entidades da área da Saúde.

DEMONSTRATIVO DO SALDO FINANCEIRO DO EXERCÍCIO	
(G) TOTAL DE RECURSOS DISPONÍVEL NO EXERCÍCIO	80.214,28
(J) DESPESAS PAGAS NO EXERCÍCIO (H+I)	75.509,25
(K) RECURSO PÚBLICO NÃO APLICADO [E - (J - F)]	4.705,03
(L) VALOR DEVOLVIDO AO ÓRGÃO PÚBLICO	0,00
(M) VALOR AUTORIZADO PARA APLICAÇÃO NO EXERCÍCIO SEGUINTE (K - L)	4.705,03

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.

Charqueada, 29 de Fevereiro de 2024.



PAULO FRANCISCO DO NASCIMENTO
PRESIDENTE

☐ Visualizar Pix agrupados



Consultas - Extrato de conta corrente

G334041030753295025
04/03/2024 10:40:29

Cliente - Conta atual

Agência 3668-4
Conta corrente 12869-4 HOSPITAL E MATERNIDADE BE
Período do extrato 02 / 2024

Lançamentos

Dt. balancete	Dt. movimento	Ag. origem	Lote	Histórico	Documento	Valor R\$	Saldo
31/01/2024		0000	00000	000 Saldo Anterior			0,00 C
02/02/2024		3668	99015	470 Transferência enviada 02/02 14:01 SHEILA G G A M LTDA	552.656.000.030.373	7.500,00 D	
02/02/2024		0000	00000	848 Resgate Automático	1.972	7.500,00 C	0,00 C
16/02/2024		0000	14175	976 TED-Crédito em Conta 104 4901 11432559000107 FMS CHARQUEADA	322.549.223	70.500,00 C	
16/02/2024		0000	00000	271 BB-APLIC C.PRZ-APLAUT	1.972	70.500,00 D	0,00 C
28/02/2024		3668	99015	470 Transferência enviada 28/02 15:52 SHEILA G G A M LTDA	552.656.000.030.373	7.500,00 D	
28/02/2024		3668	99015	470 Transferência enviada 28/02 15:52 L R COMINETTI SERV MEDIC	553.552.000.029.721	22.500,00 D	
28/02/2024		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv 033 0497 015422515000157 CARDIOTEST AG	22.801	8.446,50 D	
28/02/2024		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv 756 5004 044269814000100 MANUEL NALESS	22.802	9.385,00 D	
28/02/2024		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv 341 0649 031255397000196 CLINICA AMORI	22.803	7.038,75 D	
28/02/2024		0000	00000	848 Resgate Automático	1.972	54.870,25 C	0,00 C
29/02/2024		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv 756 4446 029734348000194 CLINICA MODUL	22.901	13.139,00 D	
29/02/2024		0000	00000	848 Resgate Automático	1.972	13.139,00 C	
29/02/2024		0000	00000	999 S A L D O			0,00 C

OBSERVAÇÕES:

Transação efetuada com sucesso por: JF303159 PAULO FRANCISCO DO NASCIMENTO.



Extratos - Investimentos Fundos - Mensal

G334041030753295046
04/03/2024 10:49:50

Cliente

Agência 3668-4
Conta 12869-4 HOSPITAL M B CHARQUEADA
Mês/ano referência FEVEREIRO/2024

BB RF CP Automático - CNPJ: 42.592.315/0001-15

Data	Histórico	Valor	Valor IRPrej. Comp.	Valor IOF	Quantidade cotas	Valor cota	Saldo cotas
31/01/2024	SALDO ANTERIOR	9.651,96			7.835,111583		
02/02/2024	RESGATE	7.500,00	4,18	13,98	6.098,972648	1,232692854	1.736,138935
	Aplicação 16/01/2024	7.500,00	4,18	13,98	6.098,972648		
16/02/2024	APLICAÇÃO	70.500,00			57.046,704396	1,235829497	58.782,843331
28/02/2024	RESGATE	54.870,25	16,59	80,39	44.365,159918	1,238972881	14.417,683413
	Aplicação 16/01/2024	2.146,50	4,53		1.736,138935		
	Aplicação 16/02/2024	52.723,75	12,06	80,39	42.629,020983		
29/02/2024	RESGATE	13.139,00	3,72	21,02	10.621,356924	1,239365186	3.796,326489
	Aplicação 16/02/2024	13.139,00	3,72	21,02	10.621,356924		
29/02/2024	SALDO ATUAL	4.705,03			3.796,326489		3.796,326489

Resumo do mês

SALDO ANTERIOR	9.651,96
APLICAÇÕES (+)	70.500,00
RESGATES (-)	75.509,25
RENDIMENTO BRUTO (+)	202,20
IMPOSTO DE RENDA (-)	24,49
IOF (-)	115,39
RENDIMENTO LÍQUIDO	62,32
SALDO ATUAL =	4.705,03

Valor da Cota

31/01/2024	1,231884860
29/02/2024	1,239365186

Rentabilidade

No mês	0,6072
No ano	1,3504
Últimos 12 meses	9,8721

Transação efetuada com sucesso por: JF303159 PAULO FRANCISCO DO NASCIMENTO.

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC 0800 729 0722

Ouvidoria BB 0800 729 5678
Para deficientes auditivos 0800 729 0088



Extratos - Investimentos Fundos / CDB

G334041030753295038
04/03/2024 10:46:29SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
04/03/2024 - AUTO-ATENDIMENTO - 10:46:29
366803668EXTRATO UNIFICADO DE FUNDOS
PARA SIMPLES CONFERENCIAAGENCIA: 3668-4 CONTA: 12.869-4
CLIENTE: HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICIENTE DE
=====BB RF CP Automatico CNPJ 42.592.315/0001-15
Valor Cota p/dia 29.02.2024 R\$ 1,239365186
Valor Cota p/dia 04.03.2024 R\$ 1,240151472

Data Historico	Valor	Qtde.Cotas
2902 Sdo Ant.	4.705,03	3796,326489
0403 Sdo Final	4.708,02	3796,326489

Rentabilidades %

No mes: 0,0634
No ano: 1,4146
Ultimos 12 meses: 9,8721

=====

Nao houve lancamentos no periodo

Saldos Calculados ate 04.03.2024

Saldo Bruto	4.708,02
IR Estimado	1,87-
IR Complementar	0,23-
IOF	7,05-
Saldo Liquido p/Resgate	4.698,87
Saldo Carencia P/ Resgate	0,00

=====

Perfil do Investidor: Não identificado

Carteira de Investimentos: Não identificado

=====

BBDTVM - CNPJ nº 30.822.936/0001-69

Praça XV de Novembro, 20 - 3º andar

CEP 20.010-010 - Rio de Janeiro (RJ)

bbdtvm@bb.com.br

=====

Transação efetuada com sucesso por: JF303159 PAULO FRANCISCO DO NASCIMENTO.

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC 0800 729 0722

Ouvidoria BB 0800 729 5678

Para deficientes auditivos 0800 729 0088

28/02/2024 - BANCO DO BRASIL - 15:52:51
366803668 SEGUNDA VIA 0002

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: HOSPITAL E MATERNIDADE BE
AGENCIA: 3668-4 CONTA: 12.869-4

=====

DATA DA TRANSFERENCIA	28/02/2024
NR. DOCUMENTO	553.552.000.029.721
VALOR TOTAL	22.500,00

***** TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: L R COMINETTI SERV MEDICO
AGENCIA: 3552-1 CONTA: 29.721-6
NR. DOCUMENTO 553.668.000.012.869

=====

NR.AUTENTICACAO	A.787.F64.996.D3D.AA4
-----------------	-----------------------

DR LUCAS PEDIATRA.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PIRACICABA
SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS
DIVISÃO DE FISCALIZAÇÃO
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO FAZENDÁRIA
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-E



Número da Nota Fiscal
316

Série: E

Data Emissão: 27/02/2024

Certificação: 91124-5AA35

DADOS DO PRESTADOR

Nome/Razão Social: L & F COMINETTI SERVIÇOS MEDICOS LTDA
Nome Fantasia: L R COMINETTI
CNPJ/CPF: 27.408.345/0001-35 Insc. Municipal: 643016
Endereço: AVENIDA CEZIRA GIOVANONI MORETTI
Bairro: SANTA ROSA
Município: PIRACICABA
E-mail: romanocominetti@gmail.com

Insc. Estadual:
Nº: 955
Compl.: SALA 508 - TORRE 1
UF: SP CEP: 13414-157
Telefone: 1934026314

DADOS DO TOMADOR

Nome/Razão Social: HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA
CNPJ/CPF: 51.421.279/0001-18 Insc. Municipal:
Endereço: RUA OSWALDO CRUZ
Bairro: SÃO BENEDITO
Município: CHARQUEADA
E-mail: adm@hmbc.org.br

Insc. Estadual:
Nº: 80
Compl.:
UF: SP CEP: 13517-032
Telefone: 1934861333

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS EM PEDIATRIA REFERENTE AO MÊS DE FEVEREIRO/2024

DADOS BANCÁRIOS
BANCO DO BRASIL S/A
AGÊNCIA 3552-1
CONTA CORRENTE 29721-6

Item
SERVIÇOS MÉDICOS

Tributável
Sim

Qtde.
1,00

VI. Unitário R\$
22500

Total R\$
22.500,00

Em 27/02/24, recebi e conferi as mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Recibo. Essa despesa foi paga com o termo de convênio firmado com a Prefeitura Municipal de Charqueada, n.º 05/2024, processo n.º 11683/2023 de 01/01/24. Priscila

Valor Tributável:
R\$ 22.500,00

Valor não Tributável:
R\$ 0,00

VALOR BRUTO DA NOTA

R\$ 22.500,00

Valor Total das Deduções:
R\$ 0,00

Desconto Incondicionado:
R\$ 0,00

Desconto Condicionado:
R\$ 0,00

Base de Cálculo:
R\$ 22.500,00

Alíquota:
2,0000%

Valor do ISS:
R\$ 450,00

PIS: 0,000%
R\$ 0,00

COFINS: 0,000%
R\$ 0,00

INSS: 0,000%
R\$ 0,00

IR: 0,000%
R\$ 0,00

CSLL: 0,000%
R\$ 0,00

Outras Retenções:
R\$ 0,00

Valor Aproximado de Impostos: Federais R\$ 0,00 Estaduais R\$ 0,00 Municipais R\$ 0,00

VALOR LÍQUIDO DA NOTA

R\$ 22.500,00

ENQUADRAMENTO DO SERVIÇO

4.01 - Medicina e biomedicina.

OUTRAS INFORMAÇÕES

Mês de Competência: 02/2024
Recolhimento: Sem Retenção
CNAE: 8630503
Observações:

Local do Recolhimento: PIRACICABA/SP
Tributação: Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP)
Empresa Optante do Simples Nacional

Dt 27/02/2024 14:43:27
Competência:

Impresso em: 27/02/2024 às 14:43:44

O conteúdo deste documento fiscal é de inteira responsabilidade do emissor.

Recebi(emos) de: L & F COMINETTI SERVIÇOS MEDICOS LTDA

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA

28/02/2024 - BANCO DO BRASIL - 15:52:51
366803668 SEGUNDA VIA 0002

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: HOSPITAL E MATERNIDADE BE
AGENCIA: 3668-4 CONTA: 12.869-4

=====

DATA DA TRANSFERENCIA	28/02/2024
NR. DOCUMENTO	552.656.000.030.373
VALOR TOTAL	7.500,00

***** TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SHEILA G G A M LTDA
AGENCIA: 2656-5 CONTA: 30.373-9
NR. DOCUMENTO 553.668.000.012.869
=====

NR.AUTENTICACAO	2.BE8.6B7.381.D33.A7C
-----------------	-----------------------

Transação efetuada com sucesso por: JF303158 ROSEMARY DOS SANTOS RODRIGUES.

NFSE - Nota Fiscal de Serviço Eletrônica

DRA SHEILA

SHEILA GIMENEZ GIOVANONI ATENDIMENTO MEDICO LTDA - ME
R. CEZARIO AZZINE, 315
CEP: 13522-314 - Bairro: VILA RICA
Município: São Pedro - SP
E-mail: gg.sheila20@gmail.com
Fone: (19) 99297-6952



Número da NFS-e

202400000000021

Data do Serviço

Código Verificador

28/02/2024

41e16ce74

CNPJ / CPF

51.285.584/0001-20

Inscrição Estadual

**

Inscrição Municipal

16212

PREFEITURA DO MUNICIPIO DE SAO PEDRO/SP

Dt. de Emissão

Exigibilidade
ISS

Tributado no Município

Secretaria Municipal da Fazenda

Fone: (19) 3481-9200 - 200.159.89.202:8091/NFSe.Portal

28/02/2024

Exigível

São Pedro/SP

TOMADOR DO SERVIÇO

Município de Prestação do Serviço

Nome / Razão Social

HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA

Endereço

Oswaldo Cruz,70

Cidade

Charqueada

UF

SP

Fone

(99) 9999-9999

CEP

13515-000

Bairro

centro

CNPJ / CPF / NIF

51.421.279/0001-18

Inscrição Municipal

Inscrição Estadual

E-mail

São Pedro/SP

INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO

Nome / Razão Social

CNPJ / CPF

Inscrição Municipal

E-mail

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

Prestação de serviços médicos em ginecologia no mês de Fevereiro de 2024

Dra: Sheila Gimenez Giovanoni

CNPJ 51.285.584/0001-20

Banco do Brasil

AG 2656-5

CC 30373-9.. Alíquota Efetiva: 2,17000000%.

Em 28/02/2024
Valor Total 7.500,00
Alíq. 2,17
Valor Líquido 7.275,00
Valor Retido 162,75
Não
Esta Nota Fiscal/Recibo. Essa despesa foi paga com o termo de convênio firmado com a Prefeitura Municipal de Charqueada, n.º 05/2024, processo n.º 11683/2023 de 01/01/24. Pixila

Código do Serviço

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

Código NBS

CIDE

0,00

COFINS

0,00

COFINS Importação

0,00

ICMS

0,00

IOF

0,00

IPI

0,00

PIS/PASEP

0,00

PIS/PASEP Importação

0,00

Base Cálculo ISSQN Próprio

7.500,00

Valor do ISSQN Próprio

162,75

Base Cálculo ISSQN Retido

0,00

Valor do ISSQN Retido

0,00

Valor Total do ISSQN

162,75

Valor Dedução/Descontos

0,00

Valor Total da NFS-e

7.500,00

Valor Líquido da NFS-e

7.500,00

Informações Adicionais

NOTA EMITIDA POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL

NÃO GERA DIREITO A CRÉDITO FISCAL DE IPI

Lei 12741/2012: Mun: R\$201,75; Est: R\$0,00; Fed: R\$1008,75; Total Aprox: R\$1210,50. Fonte: IBPT.



Consulta realizada em 28/02/2024 às 09:34:49.

Para consultar a autenticidade acesse: 200.159.89.202:8091/NFSe.Portal



20240000000002141e16ce7451285584000120

Recebi(emos) de

SHEILA GIMENEZ GIOVANONI ATENDIMENTO MEDICO LTDA - ME

Número da NFS-e

202400000000021

Número de Controle do Município

os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado.

Competência

28/02/2024

NFS-e

41e16ce74

Data

Identificação e assinatura do recebedor

Consulta realizada em 28/02/2024 às 09:34:49.

Para consultar a autenticidade acesse: 200.159.89.202:8091/NFSe.Portal



Emissão de comprovantes - 3o nível

G3382913043723071
29/02/2024 13:15:42

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
29/02/2024 - AUTOATENDIMENTO - 13.15.42
3668403668 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: HOSPITAL E MATERNIDADE BE

AGENCIA: 3668-4 CONTA: 12.869-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : HOSPITAL E MATERNIDADE BE

BANCO: 756 - BANCO SICOOB S.A.

AGENCIA: 4446-6 - SICOOB PAULISTA

CONTA: 93.934-0

FAVORECIDO: CLINICA MODULA LTDA

CPF/CNPJ: 29.734.348/0001-94

VALOR: R\$ 13.139,00

DEBITO EM: 29/02/2024

=====

DOCUMENTO: 022901

AUTENTICACAO SISBB: 5.7B6.154.687.6DD.848

Transação efetuada com sucesso por: JF303158 ROSEMARY DOS SANTOS RODRIGUES.



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO CLARO

SECRETARIA MUNICIPAL DE ECONOMIA E

NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e

Número da NFS-e

216



Data e Hora da Emissão

27/02/2024 14:48:21

Competência

27/2/2024

Código de Verificação

59FAS7MBF

Número do RPS

RIO CLARO - SP

Dados do Prestador de Serviços

Razão Social/Nome

CLINICA MODULA LTDA

Nome Fantasia

CNPJ/CPF

29.734.348/0001-94

Inscrição Municipal

70670

Município

RIO CLARO - SP

Endereço e Cep

R 8,3008 - ALTO DO SANTANA CEP: 13504-096

Complemento:

Telefone:

(19)3534-8733

e-mail:

escritoriocontabilcobel@gmail.com

Dados do Tomador de Serviços

Razão Social/Nome

HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA

CNPJ/CPF

51.421.279/0001-18

Inscrição Municipal

Município

CHARQUEADA - SP

Endereço e CEP

RUA OSVALDO CRUZ, 70 - SÃO BENEDITO CEP: 13517-032

Complemento:

Telefone:

(19)3534-8733

e-mail:

Discriminação dos Serviços

Prestação de serviços médicos em psiquiatria no mês de Fevereiro/2024.

mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Recibo. Essa despesa foi paga com o termo de convênio firmado com a Prefeitura Municipal de Charqueada, n.º 05/2024, processo n.º 11683/2023 de 01/10/24. Duas

Razão Social/Nome

CLINICA MODULA LTDA

Nome Fantasia

CNPJ/CPF

29.734.348/0001-94

Inscrição Municipal

70670

Município

RIO CLARO - SP

Endereço e Cep

R 8,3008 - ALTO DO SANTANA CEP: 13504-096

Complemento:

Telefone:

(19)3534-8733

e-mail:

escritoriocontabilcobel@gmail.com

Dados do Tomador de Serviços

Razão Social/Nome

HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA

CNPJ/CPF

51.421.279/0001-18

Inscrição Municipal

Município

CHARQUEADA - SP

Endereço e CEP

RUA OSVALDO CRUZ, 70 - SÃO BENEDITO CEP: 13517-032

Complemento:

Telefone:

(19)3534-8733

e-mail:

Discriminação dos Serviços

Prestação de serviços médicos em psiquiatria no mês de Fevereiro/2024.

mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Recibo. Essa despesa foi paga com o termo de convênio firmado com a Prefeitura Municipal de Charqueada, n.º 05/2024, processo n.º 11683/2023 de 01/10/24. Duas

Código do Serviço / Atividade

4.03 / 863050300 - ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL RESTRITA A CONSULTAS

Detalhamento Específico da Construção Civil

Código da Obra

Código ART

Tributos Federais

PIS

91,00

COFINS

420,00

IR(R\$)

210,00

INSS(R\$)

CSLL(R\$)

140,00

Detalhamento de Valores - Prestador dos Serviços

Outras Retenções

Cálculo do ISSQN devido no Município

Valor dos Serviços R\$

14.000,00

Natureza Operação

Valor dos Serviços R\$

1-Tributação no município

(-) Deduções permitidas em lei

Regime especial Tributação

(-) Desconto Incondicionado

0-Nenhum

Base de Cálculo

Opção Simples Nacional

(x) Alíquota %

2 - Não

ISS a reter:

Incentivador Cultura

(-) Valor do ISS: R\$

2-Não

(=) Valor Líquido R\$

Valor dos Serviços R\$

14.000,00

Desconto Incondicionado

Desconto Condicionado

Retenções Federais

861,00

Outras Retenções

(-) ISS Retido

0,00

(=) Valor Líquido R\$

13.139,00

280,00

2- A autenticidade desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador dos Serviços.

1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador dos Serviços.

2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, RTOCLARO.ginfes.com.br com a utilização do Código de Verificação.

Avisos

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
28/02/2024 - AUTOATENDIMENTO - 16.26.44
3668403668 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: HOSPITAL E MATERNIDADE BE
AGENCIA: 3668-4 CONTA: 12.869-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : HOSPITAL E MATERNIDADE BE
BANCO: 341 - ITAU UNIBANCO S.A.
AGENCIA: 0649-1 - MATAO SP
CONTA: 14.616-4

FAVORECIDO: CLINICA AMORIM LTDA
CPF/CNPJ: 31.255.397/0001-96
VALOR: R\$ 7.038,75
DEBITO EM: 28/02/2024

=====

DOCUMENTO: 022803
AUTENTICACAO SISBB: 5.60A.94E.319.CF1.7E3

DRA. THAIS



PREFEITURA MUNICIPAL DE MATÃO
SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO E
NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e

Número da
NFS-e
272



Data e Hora da Emissão	27/02/2024 15:23:38	Competência	02/2024	Código de Verificação	ZKMHHK0GW
Número do RPS		No. da NFS-e substituída		Local da Prestação	MATAO - SP

Prestador de Serviço

Razão Social/Nome	CLINICA AMORIM LTDA				
Nome Fantasia					
CNPJ/CPF	31.255.397/0001-96	Inscrição Municipal	120963	Município	MATAO - SP
Endereço e CEP	Borborema - 817, Jardim Buscardi, CEP: 15991225				
Complemento		Telefone	161634722811	e-mail	

Tomador de Serviço

Razão Social/Nome	HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA				
CNPJ/CPF	51.421.279/0001-18	Inscrição Municipal		Município	CHARQUEADA - SP
Endereço e CEP	RUA R OSWALDO CRUZ - 70, charqueada, CEP: 13515000				
Complemento		Telefone		e-mail	

Discriminação do Serviço

Prestação de serviços médicos em ginecologia no mês de Fevereiro de 2024

DADOS BANCARIOS PJ 31.255.397/0001-96 - BANCO ITAU AGENCIA 0649 CC 14616-4

CHAVE PIX : 16 997851039

Valor aproximado dos Tributos R\$1.008,75(13,45%) Conforme LEI 12.741 de 10/12/2012, fonte IBPT OBS: Prazo para cancelamento da NF : 24 HORAS

Prazo para substituição da NF : 05 DIA UTEIS

Em 27/02/2024, recebi e conferi as mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Recibo. Essa despesa foi paga com o termo de convênio firmado com a Prefeitura Municipal de Matão, em 05/2024, processo nº 11683/2023 de 01/10/2024. Thaís

Código do Serviço / Atividade

4.01 / 23401 - Medicina e biomedicina

Detalhamento Específico da Construção Civil

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

Tributos Federais

PIS (R\$)	48,75	COFINS (R\$)	225,00	IR (R\$)	112,50	INSS (R\$)	0,00	CSLL (R\$)	75,00
-----------	-------	--------------	--------	----------	--------	------------	------	------------	-------

Detalhamento de Valores - Prestador do Serviço

Outras Informações

Cálculo do ISSQN devido no Município

Valor do Serviço R\$	7.500,00	Natureza Operação	Valor do Serviço R\$	7.500,00
(-) Desconto Incondicionado	0,00	1-Exigível	(-) Deduções Permitidas em Lei	0,00
(-) Desconto Condicionado	0,00	Regime Especial Tributação	(-) Desconto Incondicionado	0,00
(-) Retenções Federais	461,25		Base de Cálculo	7.500,00
(-) Outras Retenções	0,00	Opção Simples Nacional	(x) Alíquota %	3,00
(-) ISSQN Retido	0,00	2 - Não	ISSQN a Reter	() Sim (X) Não
(=) Valor Líquido R\$	7.038,75	Incentivador Cultural	(=) Valor do ISSQN R\$	225,00

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://matao.giss.com.br> com a utilização do Código de Verificação.

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
28/02/2024 - AUTOATENDIMENTO - 16.26.44
3668403668 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: HOSPITAL E MATERNIDADE BE

AGENCIA: 3668-4 CONTA: 12.869-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : HOSPITAL E MATERNIDADE BE

BANCO: 756 - BANCO SICOOB S.A.

AGENCIA: 5004-0 - CCLA CENTRO BRASILEIRA

CONTA: 1.092.886-3

FAVORECIDO: MANUEL NALESSIO FERRAZ DE CAMPOS

CPF/CNPJ: 44.269.814/0001-00

VALOR: R\$ 9.385,00

DEBITO EM: 28/02/2024

=====

DOCUMENTO: 022802

AUTENTICACAO SISBB: 9.575.397.A0B.8BD.442

DR. MANOEL



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PIRACICABA
SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS
DIVISÃO DE FISCALIZAÇÃO
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO FAZENDÁRIA
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-E



Número da Nota Fiscal
22
Série: E
Data Emissão: 27/02/2024
Certificação: 655DD-C740C

DADOS DO PRESTADOR

Nome/Razão Social: MANUEL NALESSIO FERRAZ DE CAMPOS
Nome Fantasia:
CNPJ/CPF: 44.269.814/0001-00 Insc. Municipal: 666385 Insc. Estadual:
Endereço: AVENIDA ULHOA CINTRA N°: 99
Bairro: CENTRO Compl.: SALA 01
Município: PIRACICABA UF: SP CEP: 13400-430
E-mail: elianapuppim.contabil@gmail.com Telefone: 1999381666

DADOS DO TOMADOR

Nome/Razão Social: HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA
CNPJ/CPF: 51.421.279/0001-18 Insc. Municipal: Insc. Estadual:
Endereço: RUA OSWALDO CRUZ N°: 70
Bairro: JD SÃO BENEDITO Compl.:
Município: CHARQUEADA UF: SP CEP: 13517-032
E-mail: adm@hmbc.org.br Telefone: 1934861333

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS EM ORTOPEDIA NO MÊS DE FEVEREIRO DE 2024

DADOS BANCÁRIOS:
BANCO: 756
AGÊNCIA: 5004
CONTA CORRENTE: 1.092.886-3
CNPJ: 44.269.814/0001-00

Item

PROCEDIMENTOS MEDICOS

Tributável Qtde. VI. Unitário R\$ Total R\$
Sim 1,00 10000 10.000,00

Em 27/02/24, recebi e conferi as mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Recibo. Essa despesa foi paga com o termo de convênio firmado com a Prefeitura Municipal de Charqueada, n.º 05/2024, processo n.º 11683/2023 de 01/01/24. Priscila

Valor Tributável: R\$ 10.000,00	Valor não Tributável: R\$ 0,00	VALOR BRUTO DA NOTA			R\$ 10.000,00
Valor Total das Deduções: R\$ 0,00	Desconto Incondicionado: R\$ 0,00	Desconto Condicionado: R\$ 0,00	Base de Cálculo: R\$ 10.000,00	Alíquota: 2,0000%	Valor do ISS: R\$ 200,00
PIS: 0,650% R\$ 65,00	COFINS: 3,000% R\$ 300,00	INSS: 0,000% R\$ 0,00	IR: 1,500% R\$ 150,00	CSLL: 1,000% R\$ 100,00	Outras Retenções: R\$ 0,00
Valor Aproximado de Impostos: Federais R\$ 0,00 Estaduais R\$ 0,00 Municipais R\$ 0,00			VALOR LÍQUIDO DA NOTA		R\$ 9.385,00

ENQUADRAMENTO DO SERVIÇO

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

OUTRAS INFORMAÇÕES

Mês de Competência: 02/2024 Local do Recolhimento: PIRACICABA/SP Dt 27/02/2024 20:36:58
Recolhimento: Sem Retenção Tributação: Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP) Competência:
CNAE: 8610102
Observações:

Impresso em: 27/02/2024 às 20:37:05

O conteúdo deste documento fiscal é de inteira responsabilidade do emissor.

Recebi(emos) de: MANUEL NALESSIO FERRAZ DE CAMPOS

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA



Emissão de comprovantes - 3o nível

G3342816189903431
28/02/2024 16:26:43

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
28/02/2024 - AUTOATENDIMENTO - 16.26.43
3668403668 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: HOSPITAL E MATERNIDADE BE

AGENCIA: 3668-4 CONTA: 12.869-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : HOSPITAL E MATERNIDADE BE

BANCO: 033 - BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

AGENCIA: 0497-9 - SAO PEDRO

CONTA: 13.001.074-6

FAVORECIDO: CARDIOTEST AGUAS DE SAO PEDRO S/S.

CPF/CNPJ: 15.422.515/0001-57

VALOR: R\$ 8.446,50

DEBITO EM: 28/02/2024

=====

DOCUMENTO: 022801

AUTENTICACAO SISBB: 7.628.EBA.B23.9D3.03F

DR. RAFAEL.

NFSE - Nota Fiscal de Serviço Eletrônica

CARDIOTEST AGUAS DE SAO PEDRO S/S. LTDA.

R. VALENTIN AMARAL, 467
CEP: 13520-000 - Bairro: SANTA CRUZ
Município: São Pedro - SP
E-mail: ecgcontabil@gmail.com
Fone: (19) 9981-1931

CNPJ / CPF Inscrição Estadual Inscrição Municipal
15.422.515/0001-57 ISENT0 15520



Número da NFS-e

202400000000500

Data do Serviço

28/02/2024

Código Verificador

780394bd9

PREFEITURA DO MUNICIPIO DE SAO PEDRO/SP

Secretaria Municipal da Fazenda

Fone: (19) 3481-9200 - 200.159.89.202:8091/NFSe.Portal

Dt. de Emissão

28/02/2024

Exigibilidade
ISS

Exigível

Tributado no Município

São Pedro/SP

TOMADOR DO SERVIÇO

Município de Prestação do Serviço

Nome / Razão Social

HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICIENTE DE CHARQUEADA

Endereço

RUA OSWALDO CRUZ, 70

Cidade

Charqueada

UF

SP

Fone

(19) 3486-1333

CEP

13515-000

Bairro

SÃO BENEDITO

CNPJ / CPF / NIF

51.421.279/0001-18

Inscrição Municipal

Inscrição Estadual

E-mail

adm@hmbc.org.br

São Pedro/SP

INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO

Nome / Razão Social

CNPJ / CPF

Inscrição Municipal

E-mail

Fone

Cidade

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

VALOR TOTAL

ALIQ.

VALOR IMPOSTO

RETIDO

SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS CARDIOLOGISTA NO MÊS DE FEVEREIRO

CNPJ 15.422.515.0001/57

BANCO SANTANDER / AG 0497 / CC 13001074-6

9.000,00

4,00

0,00

Não

Em 28/02/24, recebi e conferi as
mercadorias e / ou serviços constantes
nesta Nota Fiscal/Recibo. Essa despesa foi
paga com o termo de convênio firmado com
a Prefeitura Municipal de Charqueada, n.º

Código NBS
*****05/2024, processo n.º 11683/2023
de 04/04/24. Prada

Código do Serviço

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

Código NBS

*****05/2024, processo n.º 11683/2023

de 04/04/24. Prada

CIDE

0,00

COFINS

270,00

COFINS Importação

0,00

ICMS

0,00

IOF

0,00

0,00

0,00

PIS/PASEP

58,50

PIS/PASEP Importação

0,00

Base Cálculo ISSQN Próprio

9.000,00

Valor do ISSQN Próprio

0,00

Base Cálculo ISSQN Retido

0,00

Valor do ISSQN Retido

0,00

Valor Total do ISSQN

0,00

Valor Dedução/Descontos

0,00

Valor Total da NFS-e

9.000,00

Valor Líquido da NFS-e

8.446,50

Informações Adicionais

Reg. Especial de Tributação: Sociedade de Profissionais

Lei 12741/2012: Mun: R\$242,10; Est: R\$0,00; Fed: R\$1210,50; Total Aprox: R\$1452,60. Fonte: IBPT.

IR Retido: R\$135,00

Retenções: COFINS R\$ 270,00; PIS R\$ 58,50; CSLL R\$ 90,00;



Consulta realizada em 28/02/2024 às 08:55:22.

Para consultar a autenticidade acesse: 200.159.89.202:8091/NFSe.Portal



202400000000500780394bd915422515000157

Recebi(emos) de

CARDIOTEST AGUAS DE SAO PEDRO S/S. LTDA.

os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado.

Número da NFS-e

202400000000500

Número de Controle do Município

Competência

28/02/2024

NFS-e

780394bd9

Data

Identificação e assinatura do recebedor

Consulta realizada em 28/02/2024 às 08:55:22.

Para consultar a autenticidade acesse: 200.159.89.202:8091/NFSe.Portal



Emissão de comprovantes - 3o nível

G3360213554102461
02/02/2024 14:06:0502/02/2024 - BANCO DO BRASIL - 14:01:53
366803668 SEGUNDA VIA 0001COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTECLIENTE: HOSPITAL E MATERNIDADE BE
AGENCIA: 3668-4 CONTA: 12.869-4

=====

DATA DA TRANSFERENCIA 02/02/2024

NR. DOCUMENTO 552.656.000.030.373

VALOR TOTAL 7.500,00

***** TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SHEILA G G A M LTDA

AGENCIA: 2656-5 CONTA: 30.373-9

NR. DOCUMENTO 553.668.000.012.869

=====

NR.AUTENTICACAO 4.260.73D.D90.D10.4BC

Transação efetuada com sucesso por: JF303158 ROSEMARY DOS SANTOS RODRIGUES.

NFSE - Nota Fiscal de Serviço Eletrônica

SHEILA GIMENEZ GIOVANONI ATENDIMENTO MEDICO
LTDA - ME
R. CEZARIO AZZINE, 315
CEP: 13522-314 - Bairro: VILA RICA
Município: São Pedro - SP
E-mail: gg.sheila20@gmail.com
Fone: (19) 99297-6952

CNPJ / CPF Inscrição Estadual Inscrição Municipal
51.285.584/0001-20 ** 16212



Número da NFS-e

202400000000019

Data do Serviço

Código Verificador

31/01/2024

e1dca3be8

PREFEITURA DO MUNICIPIO DE SAO PEDRO/SP

Secretaria Municipal da Fazenda

Fone: (19) 3481-9200 - 200.159.89.202:8091/NFSe.Portal

Dt. de Emissão

31/01/2024

Exigibilidade
ISS

Exigível

Tributado no Município

São Pedro/SP

TOMADOR DO SERVIÇO

Município de Prestação do Serviço

Nome / Razão Social

HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA

Endereço

Oswaldo Cruz,70

Cidade

Charqueada

UF

SP

Fone

(99) 9999-9999

CEP

13515-000

Bairro

centro

CNPJ / CPF / NIF

51.421.279/0001-18

Inscrição Municipal

Inscrição Estadual

E-mail

São Pedro/SP

INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO

Nome / Razão Social

CNPJ / CPF

Inscrição Municipal

E-mail

Fone

Cidade

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

VALOR TOTAL

ALIQ.

VALOR IMPOSTO

RETIDO

Prestação de serviços médicos em ginecologia no mês de Janeiro de 2024

Dra: Sheila Gimenez Giovanoni

CNPJ 51.285.584/0001-20

Banco do Brasil

AG 2656-5

CC 30373-9. Alíquota Efetiva: 2,170000000000%.

7.500,00

2,17

162,75

Não

Código do Serviço

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

Código NBS

CIDE

0,00

COFINS

0,00

COFINS Importação

0,00

ICMS

0,00

IOF

0,00

IPI

0,00

PIS/PASEP

0,00

PIS/PASEP Importação

0,00

Base Cálculo ISSQN Próprio

7.500,00

Valor do ISSQN Próprio

162,75

Base Cálculo ISSQN Retido

0,00

Valor do ISSQN Retido

0,00

Valor Total do ISSQN

162,75

Valor Dedução/Descontos

0,00

Valor Total da NFS-e

7.500,00

Valor Líquido da NFS-e

7.500,00

Informações Adicionais

NOTA EMITIDA POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL

NÃO GERA DIREITO A CRÉDITO FISCAL DE IPI

Lei 12741/2012: Mun: R\$201,75; Est: R\$0,00; Fed: R\$1008,75; Total Aprox: R\$1210,50. Fonte: IBPT.



Consulta realizada em 31/01/2024 às 11:09:45.

Para consultar a autenticidade acesse: 200.159.89.202:8091/NFSe.Portal



202400000000019e1dca3be851285584000120

Recebi(emos) de

SHEILA GIMENEZ GIOVANONI ATENDIMENTO MEDICO LTDA - ME

os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado.

____/____/____
Data

Identificação e assinatura do recebedor

Número da NFS-e

202400000000019

Competência

31/01/2024

NFS-e

e1dca3be8

Número de Controle do Município

Consulta realizada em 31/01/2024 às 11:09:45.

Para consultar a autenticidade acesse: 200.159.89.202:8091/NFSe.Portal