

**ANEXO RP-10 - REPASSES AO TERCEIRO SETOR - DEMONSTRATIVO  
INTEGRAL DAS RECEITAS E DESPESAS - TERMO DE  
COLABORAÇÃO/FOMENTO**

**ÓRGÃO PÚBLICO:** PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE CHARQUEADA

**ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL:** 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 OSC:** Paulo Francisco do Nascimento

**CPF:** 123.767.938-90

**OBJETO DA PARCERIA:** Despesas de custeio e manutenção da entidade.

**EXERCÍCIO:** 2024

**ORIGEM DOS RECURSOS (1):** MUNICIPAL

DOCUMENTO	DATA	VIGÊNCIA	VALOR - R\$
Termo de Colaboração nº 02/2024 Processo nº 11681/2023	01/01/2024	01/01/2024 a 31/12/2024	4.200.000,00

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\$)
28/03/2024	350.000,00	28/03/2024	202.403.270.047.745	350.000,00
(A) SALDO DO MÊS ANTERIOR				25.650,01
(B) REPASSES PÚBLICOS NO MÊS				375.650,01
(C) RECEITAS COM APLICAÇÕES FINANCEIRAS DOS REPASSES PÚBLICOS				45,44
(D) OUTRAS RECEITAS DECORRENTES DA EXECUÇÃO DO AJUSTE (3)				0,00
(E) TOTAL DE RECURSOS PÚBLICOS (A + B + C + D)				375.695,45
(F) RECURSOS PRÓPRIOS DA ENTIDADE PARCEIRA				76.500,00
(G) TOTAL DE RECURSOS DISPONÍVEIS NO EXERCÍCIO (E + F)				452.195,45

(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


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	452.195,45
(J) DESPESAS PAGAS NO EXERCÍCIO (H+I)	433.603,40
(K) RECURSO PÚBLICO NÃO APLICADO [E - (J - F)]	18.592,05
(L) VALOR DEVOLVIDO AO ÓRGÃO PÚBLICO	0,00
(M) VALOR AUTORIZADO PARA APLICAÇÃO NO EXERCÍCIO SEGUINTE (K - L)	18.592,05

Declaro, na qualidade de responsável 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 Parceiro.

Charqueada, 31 de Março de 2024.

  
\_\_\_\_\_  
PAULO FRANCISCO DO NASCIMENTO  
PRESIDENTE

Visualizar Pix agrupados

## Consultas - Extrato de conta corrente

0332010858389860012  
01/04/2024 08:01:24

## Cliente - Conta atual

Agência 3668-4  
 Conta corrente 300016-8 HOSPITAL MAT BENEFICENTE  
 Período do extrato 03 / 2024

## Lançamentos

Dt. balance	Dt. movimento	Ag. origem	Lote	Histórico	Documento	Valor R\$	Saldo
29/02/2024		0000	00000	000 Saldo Anterior			0,00 C
01/03/2024		0000	13134	250 Folha de Pagamento	45.537	11.648,55 D	
01/03/2024		0000	00000	848 Resgate Automático	1.972	11.648,55 C	0,00 C
05/03/2024		0000	13105	375 Impostos	30.501	13.475,35 D	
				FGTS ARRECADACAO GRF			
05/03/2024		0000	00000	848 Resgate Automático	1.972	13.475,35 C	0,00 C
06/03/2024		3668	99015	870 Transferência recebida	553.668.000.005.150	50.000,00 C	
				06/03 13:44 HOSP M B CHARQUEDA			
06/03/2024		0000	13134	250 Folha de Pagamento	56.986	528,86 D	
06/03/2024		0000	00000	271 88-APLIC C.PRZ-APLAUT	1.972	49.471,14 D	0,00 C
11/03/2024		0000	13134	250 Folha de Pagamento	38.447	6.271,85 D	
11/03/2024		0000	00000	848 Resgate Automático	1.972	6.271,85 C	0,00 C
14/03/2024		3668	99015	470 Transferência enviada	553.552.000.035.366	10.675,44 D	
				14/03 14:07 QUALITYMED S S LTDA			
14/03/2024		0000	00000	848 Resgate Automático	1.972	10.675,44 C	0,00 C
15/03/2024		0000	13134	250 Folha de Pagamento	47.443	830,95 D	
15/03/2024		0000	00000	848 Resgate Automático	1.972	830,95 C	0,00 C
20/03/2024		3668	99015	870 Transferência recebida	553.668.000.005.150	6.500,00 C	
				20/03 14:51 HOSP M B CHARQUEDA			
20/03/2024		0000	13105	375 Impostos	32.001	29.483,33 D	
				RFB-DARF CODIGO DE BARRAS			
20/03/2024		0000	00000	848 Resgate Automático	1.972	22.983,33 C	0,00 C
25/03/2024		0000	13105	109 Pagamento de Boletim	32.501	9.203,80 D	
				COMERCIAL MORAES ARARAS LTDA			
25/03/2024		0000	00000	848 Resgate Automático	1.972	9.203,80 C	0,00 C
27/03/2024		0000	14175	976 TED-Crédito em Conta	327.667,267	19.896,99 C	
				104 4901 11432559000107 FMS CHARQUEADA			
27/03/2024		0000	00000	271 88-APLIC C.PRZ-APLAUT	1.972	19.896,99 D	0,00 C
28/03/2024		3668	99015	870 Transferência recebida	553.668.000.005.150	20.000,00 C	
				28/03 14:19 HOSP M B CHARQUEDA			
28/03/2024		0000	14138	632 Ordem Bancária	202.403.270.047.745	350.000,00 C	
				114325590001-07 FUNDO MUNICIPAL DE SAU			
28/03/2024		3668	99015	470 Transferência enviada	552.656.000.025.764	12.000,00 D	
				28/03 13:49 GOLINELLI S MEDICOS LTDA			
28/03/2024		3668	99015	470 Transferência enviada	553.552.000.035.366	750,00 D	
				28/03 13:49 QUALITYMED S S LTDA			
28/03/2024		3668	99015	470 Transferência enviada	553.552.000.035.366	6.250,00 D	
				28/03 13:49 QUALITYMED S S LTDA			

28/03/2024	3668	99015	470 Transferência enviada	553.668.000.014.232	9.500,00 D	
			28/03 14:24 UNIAO S R M SS LTDA ME			
28/03/2024	3668	99015	470 Transferência enviada	556.823.000.015.937	17.538,72 D	
			28/03 13:48 ASSOMED SERVICOS MEDICOS			
28/03/2024	0000	13134	250 Folha de Pagamento	62.543	18.859,54 D	
28/03/2024	0000	13134	250 Folha de Pagamento	62.544	144.827,89 D	
28/03/2024	0000	13134	250 Folha de Pagamento	62.545	12.456,69 D	
28/03/2024	0000	13134	250 Folha de Pagamento	62.546	5.964,92 D	
28/03/2024	0000	13134	250 Folha de Pagamento	62.547	774,64 D	
28/03/2024	0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	32.801	44.937,50 D	
			033 0041 046092119000132 ZANATTA SERVI			
28/03/2024	0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	32.802	10.000,00 D	
			033 0041 046092119000132 ZANATTA SERVI			
28/03/2024	0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	32.803	12.375,00 D	
			033 0041 046092119000132 ZANATTA SERVI			
28/03/2024	0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	32.804	125,00 D	
			077 0001 008409368000110 BRONDI SERVIC			
28/03/2024	0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	32.805	7.625,31 D	
			077 0001 008409368000110 BRONDI SERVIC			
28/03/2024	0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	32.806	32.143,62 D	
			077 0001 008409368000110 BRONDI SERVIC			
28/03/2024	0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	32.807	13.625,00 D	
			077 0001 045578276000190 TAINA ARAUJO			
28/03/2024	0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	32.808	625,00 D	
			077 0001 045578276000190 TAINA ARAUJO			
28/03/2024	0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	32.809	14.000,00 D	
			104 4901 034703450000162 VENERANDO MIZ			
28/03/2024	0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	32.810	6.804,13 D	
			077 0001 041432737000160 ANDF SERVICOS			
28/03/2024	0000	00000	848 Resgate Automático	1.972	1.182,46 C	0,00 C
31/03/2024	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**

 G332011009737385033  
 01/04/2024 10:20:52

**Cliente**

 Agência 3688-4  
 Conta 300016-8 HOSPITAL MAT BENEFICENTE  
 Mês/ano referência MARÇO/2024

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

Data	Histórico	Valor	Valor IFRPrej. Comp.	Valor IOF	Quantidade cotas	Valor cota	Saldo cotas
29/02/2024	SALDO ANTERIOR	25.650,01			20.696,089156		
01/03/2024	RESGATE	11.648,55	0,24	9,99	9.404,070800	1,239758850	11.292,018356
	Aplicação 27/02/2024	11.648,55	0,24	9,99	9.404,070800		
05/03/2024	RESGATE	13.475,35	1,15	16,26	10.876,468585	1,240546037	415,549771
	Aplicação 27/02/2024	13.475,35	1,15	16,26	10.876,468585		
06/03/2024	APLICAÇÃO	49.471,14			39.865,958634	1,240936822	40.281,508405
11/03/2024	RESGATE	6.271,85	0,35	5,31	5.053,917273	1,242107767	35.227,591132
	Aplicação 27/02/2024	515,20	0,15	0,81	415,549771		
	Aplicação 06/03/2024	5.756,65	0,20	4,50	4.838,367502		
14/03/2024	RESGATE	10.675,44	1,23	14,80	8.599,297756	1,243285709	26.628,293376
	Aplicação 06/03/2024	10.675,44	1,23	14,80	8.599,297756		
15/03/2024	RESGATE	830,95	0,12	1,26	669,258437	1,243689962	25.959,034939
	Aplicação 06/03/2024	830,95	0,12	1,26	669,258437		
20/03/2024	RESGATE	22.983,33	7,69	38,65	18.499,584793	1,244869581	7.459,450146
	Aplicação 06/03/2024	22.983,33	7,69	38,55	18.499,584793		
25/03/2024	RESGATE	9.203,60	5,38	13,48	7.401,657128	1,245898354	57,793018
	Aplicação 06/03/2024	9.203,60	5,38	13,48	7.401,657128		
27/03/2024	APLICAÇÃO	19.696,99			15.798,745038	1,246743963	15.856,538056
28/03/2024	RESGATE	1.182,46	0,08	0,40	948,523245	1,247117567	14.908,014811
	Aplicação 06/03/2024	71,92	0,06	0,09	67,793018		
	Aplicação 27/03/2024	1.110,54		0,31	890,730227		
28/03/2024	SALDO ATUAL	18.592,05			14.908,014811		14.908,014811

**Resumo do mês**

SALDO ANTERIOR	25.650,01
APLICAÇÕES (+)	69.168,13
RESGATES (-)	76.271,53
RENDIMENTO BRUTO (+)	161,73
IMPOSTO DE RENDA (-)	16,22
IOF (-)	100,07
RENDIMENTO LÍQUIDO	45,44
SALDO ATUAL =	18.592,05

**Valor da Cota**

29/02/2024	1,239365186
28/03/2024	1,247117567

**Rentabilidade**

No mês	0,6255
No ano	1,9843
Últimos 12 meses	9,5358

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

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC 0800 729 0722.

 Ouvidoria BB 0800 729 5678  
 Para deficientes auditivos 0800 729 0088



## Extratos - Investimentos Fundos / CDB

G332011009737385027  
01/04/2024 10:17:33

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
01/04/2024 - AUTO-ATENDIMENTO - 10:17:35  
366803668

### EXTRATO UNIFICADO DE FUNDOS PARA SIMPLES CONFERENCIA

AGENCIA: 3668-4 CONTA: 300.016-8  
CLIENTE: HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICIENTE DE  
\*\*\*\*\*  
BB RF CP Automatico CNPJ 42.592.315/0001-15  
Valor Cota p/dia 28.03.2024 R\$ 1,247117567  
Valor Cota p/dia 01.04.2024 R\$ 1,247490945  
\*\*\*\*\*

Data Historico	Valor	Qtde.Cotas
2803 Sdo Ant.	18.592,05	14908,014811
0104 Sdo Final	18.597,61	14908,014811

#### Rentabilidades %

No mes: 0,0299  
No ano: 2,0148  
Ultimos 12 meses: 9,5358  
\*\*\*\*\*

Nao houve lancamentos no periodo  
\*\*\*\*\*

#### Saldos Calculados ate 01.04.2024

Saldo Bruto	18.597,61
IR Estimado	0,38-
IR Complementar	0,05-
IDF	9,24-
Saldo Liquido p/Resgate	18.587,94
Saldo Carencia P/ Resgate	0,00

\*\*\*\*\*  
Perfil do Investidor: Não identificado  
Carteira de Investimentos: Não identificado  
\*\*\*\*\*

BBOTVM - CNPJ nº 30.822.936/0001-69  
Praça XV de Novembro, 20 - 3º andar  
CEP 20.010-010 - Rio de Janeiro (RJ)  
bbotvm@bb.com.br  
\*\*\*\*\*

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

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC 0800 729 0722

Ouvidoria BB 0800 729 5676  
Para deficientes auditivos 0800 729 0088



## Emissão de comprovantes - 3o nível

G3350410045972201  
04/03/2024 10:08:50

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
04/03/2024 - AUTO-ATENDIMENTO - 10:08:50  
3668003668

## COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

PAGADOR: HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFIC  
CNPJ: 01.421.279/0001-18

-----  
FAVORECIDO: ANETE SIRLEI BASSO  
CPF: 017.209.858-04  
AGENCIA: 3668-4 - CHARQUEADA SP  
CONTA: 11.238-5  
DATA DE PAGAMENTO: 01/03/2024  
VALOR CREDITADO (R\$): 3.300,46

-----  
EVENTO: FERIAS - LICENCA PREMI

-----  
AUTENTICACAO SISBB: 0.049.83F.007.EF8.336



**AVISO DE FÉRIAS**  
**CAPÍTULO VI - TÍTULO II DA C.L.T.**  
 DEC.-LEI Nº 5452 DE 01/05/1943, COM AS ALTERAÇÕES DO DEC.-LEI Nº 1.535 DE 13/04/1977  
**AVISO PRÉVIO DE FÉRIAS**  
 DE ACORDO COM O ART. 135 DA C.L.T., PARTICIPANDO NO MÍNIMO COM 30 DIAS DE ANTECEDÊNCIA

**NOTIFICAÇÃO**

Nome: ANETE SIRLEI BASSO Obs:  
 Nº Registro: 88    Nº Cart. Prof.: 033781    Série: 530    Função: Técnico (a) Enfermagem    Data Admissão: 01/03/2011

**PERÍODOS**

De Aquisição:	de 01 de Março de 2023	a 28 de Fevereiro de 2024
De gozo de férias:	de 04 de Março de 2024	a 02 de Abril de 2024

**BASE PARA CÁLCULO DA REMUNERAÇÃO DAS FÉRIAS**

Faltas Não Justificadas: 0	Salário Base: 1.883,00	Base de Cálculo: 2.640,05
013 Férias Normais	30,00	2.640,05
044 1/3 de Férias	890,02	
Total de Proventos		3.530,07
306 Retenção de IR sobre Férias	15,00	98,39
353 INSS Férias	12,00	321,22
Total de Descontos		419,61

Pelo presente comunicamos-lhe que, de acordo com a lei, ser-lhe-ão concedidas férias relativas ao período acima descrito e a sua disposição fica a importância líquida de R\$ 3.100,46

**VALOR POR EXTENSO**    TRES MIL COM OBAIS E QUARENTA E SEIS CENTAVOS \*\*\*\*\*

a ser paga adiantadamente.

Anete S. Basso  
 ANETE SIRLEI BASSO

CHARQUEADA, 01/03/2024  
 LOCAL E DATA  
[Assinatura]  
 HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE C  
 CNPJ/CEI: 51.421.279/0001-18

Em 01/03/24, recebi e conferi as mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Recibo. Essa despesa foi paga com o termo de colaboração/fomento firmado com a Prefeitura Municipal de Charqueada, n.º 06/2024, processo n.º 11682/2023, de 01/01/24.  
 Auxíla



**RECIBO DE FÉRIAS**

DE ACORDO COM O PARÁGRAFO ÚNICO DO ARTIGO 145 DA CLT.

Recebi da empresa HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA, CNPJ/CEI:  
51.421.279/0001-18, estabelecida na RUA OSWALDO CRUZ, 70 em CHARQUEADA  
a importância de R\$ 3.100,46

**VALOR POR  
EXTENSO**

TRES MIL COM REAIS E QUARENTA E OITO CENTAVOS .....

que me é paga antecipadamente por motivo das minhas férias regulares, ora concedidas, e que vou gozar de acordo com a descrição acima, tudo conforme o aviso que recebi em tempo, no qual dei o meu "CIENTE".  
Para clareza e documento, firmo o presente recibo, dando à empresa plena e geral quitação.

CHARQUEADA, 01/03/2024

LOCAL E DATA

Anete S. Basso

ANETE SIRLEI BASSO

Em 01/03/24, recebi e conferi as mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Recibo. Essa despesa foi paga com o termo de colaboração/fomento firmado com a Prefeitura Municipal de Charqueada, n.º 06/2024, processo n.º 11682/2023, de 01/01/24.

Priscila

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
04/03/2024 - AUTO-ATENDIMENTO - 10:09:50  
3668803668

## COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

PAGADOR: HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFIC  
CNPJ: 51.421.279/0001-18

FAVORECIDO: ELISANGELA A S BARUSSI

CPF: 323.118.013-05

AGENCIA: 3668-4 - CHARQUEADA

SP

CONTA:

15.828-3

DATA DE PAGAMENTO:

01/03/2024

VALOR CREDITADO (R\$):

3.230,99

EVENTO: FERIAS - LICENCA PREMI

AUTENTICACAO SISBB: 0.37E.DF9.087.72C.671



06: 01/03

### AVISO DE FÉRIAS

CAPÍTULO VI - TÍTULO II DA C.L.T.  
DEC.-LEI Nº 5452 DE 01/05/1943, COM AS ALTERAÇÕES DO DEC.-LEI Nº 1.535 DE 13/04/1977

### AVISO PRÉVIO DE FÉRIAS

DE ACORDO COM O ART. 115 DA C.L.T., PARTICIPANDO NO MÍNIMO COM 30 DIAS DE ANTECEDÊNCIA

### NOTIFICAÇÃO

Nome: ELISANGELA ALVES DA SILVA BARUSSI Ots:  
Nº Registro: 222 Nº Cart. Prof. 80563 Série: 00246 Função: Técnico (a) Enfermagem Data Admissão: 25/01/2021

### PERÍODOS

De Aquisição: de 25 de Janeiro de 2023 a 24 de Janeiro de 2024  
De gozo de férias: de 04 de Março de 2024 a 02 de Abril de 2024

### BASE PARA CÁLCULO DA REMUNERAÇÃO DAS FÉRIAS

Férias Não Justificadas: 0	Salário Base: 1.883,00	Base de Cálculo: 2.742,41
013 Férias Normais: 30,00	2.742,41	306 Retencao de IR sobre Férias: 15,00
044 1/3 de Férias: 314,14		353 INSS Férias: 12,00
		87,96
		337,60
Total de Proventos: 3.656,55		Total de Descontos: 425,56

Pelo presente comunicamos-lhe que, de acordo com a lei, ser-lhe-ão concedidas férias relativas ao período acima descrito e a sua disposição fica a importância líquida de R\$ 3.230,99

VALOR POR EXTENSO: TRÊS MIL DUEZENTOS E TRINTA REAIS E NOVENTA E NOVE CENTAVOS \*\*\*\*\*

a ser paga adiantadamente.

CHARQUEADA, 06/03/24

LOCAL E DATA

ELISANGELA A DA SILVA BARUSSI

HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE C  
CNPJ/CEI: 51.421.279/0001-18

Em 01/03/24, recebi e conferi as mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Recibo. Essa despesa foi paga com o termo de colaboração/fomento firmado com a Prefeitura Municipal de Charqueada, n.º 06/2024, processo n.º 11682/2023, de 01/01/24.

Dixila

**RECIBO DE FÉRIAS**

DE ACORDO COM O PARÁGRAFO ÚNICO DO ARTIGO 145 DA C.L.T.

Recebi da empresa HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA, CNPJ/CEI:  
51.421.279/0001-18, estabelecida na RUA OSWALDO CRUZ, 70 em CHARQUEADA  
a importância de R\$ 3.230,99

**VALOR POR  
EXTENSO**

TRES MIL DUESENTOS E TRINTA REAIS E NOVENTA E NOVE CENTAVOS \*\*\*\*\*

que me é paga antecipadamente por motivo das minhas férias regulares, ora concedidas, e que vou gozar de acordo com a descrição acima, tudo conforme o aviso que recebi em tempo, no qual dei o meu "CIENTE".

Para clareza e documento, firmo o presente recibo, dando à empresa plena e geral quitação.

CHARQUEADA, 01/03/2024

LOCAL E DATA



ELISÂNGELA A DA SILVA BARUSSI

Em 01/03/24, recebi e conferi as mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Recibo. Essa despesa foi paga com o termo de colaboração/fomento firmado com a Prefeitura Municipal de Charqueada, n.º 06/2024, processo n.º 11682/2023 de 01/01/24.

*Priscila*

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
04/03/2024 - AUTO-ATENDIMENTO - 10:08:51  
3668003668

## COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

PAGADOR: HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFIC  
CNPJ: 51.421.279/0001-18

-----  
FAVORECIDO: MARIANA FERRAZ CARLOS

CPF: 377.808.538-70

AGENCIA: 3668-4 - CHARQUEADA

SP

CONTA: 16.972-2

DATA DE PAGAMENTO: 01/03/2024

VALOR CREDITADO (R\$): 3.080,21

-----  
EVENTO: FERIAS - LICENCA PREMI

-----  
AUTENTICACAO SISBB: C.948.C47.649.A5C.F10

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



Vagar 01/03

### AVISO DE FÉRIAS

CAPÍTULO VI - TÍTULO II DA C.L.T.  
DEC.-LEI Nº 5452 DE 01/05/1943, COM AS ALTERAÇÕES DO DEC.-LEI Nº 1.535 DE 13/04/1977

### AVISO PRÉVIO DE FÉRIAS

DE ACORDO COM O ART. 135 DA C.L.T., PARTICIPANDO NO MÍNIMO COM 30 DIAS DE ANTECIPIDÊNCIA

### NOTIFICAÇÃO

Nome: MARIANA FERRAZ CARLOS				Obs:	
Nº Registro: 255	Nº Cart. Prof.: 0088922	Série: 00307	Função: Técnico (a) Enfermagem	Data Admissão: 23/02/2023	

### PERÍODOS

De Aquisição:	de 23 de Fevereiro de 2023	a 22 de Fevereiro de 2024
De gozo de férias:	de 05 de Março de 2024	a 03 de Abril de 2024

### BASE PARA CÁLCULO DA REMUNERAÇÃO DAS FÉRIAS

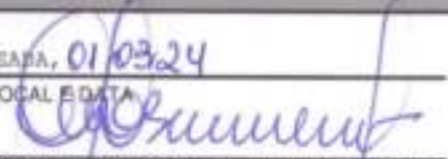
Faltas Não Justificadas: 0	Salário Base: 1.883,00	Base de Cálculo: 2.569,47
013 Férias Normais: 30,00	2.569,47	306 Retenção de IR sobre Férias: 7,50
044 1/3 de Férias: 856,43		353 INSS Férias: 12,00
Total de Proventos: 3.425,96		Total de Descontos: 345,75

Pelo presente comunicamos-lhe que, de acordo com a lei, ser-lhe-ão concedidas férias relativas ao período acima descrito e a sua disposição fica a importância líquida de R\$ 3.080,21

VALOR POR EXTENSO	TRÊS MIL OITENTA E OITO E VINTE E UM CENTAVOS *****
-------------------	---

a ser paga adiantadamente.

  
 MARIANA FERRAZ CARLOS

CHARQUEADA, 01/03/24  
 LOCAL E DATA  
  
 HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE C  
 CNPJ/CEI: 51.421.279/0001-18

Em 01/03/24, recebi e conferi as mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Recibo. Essa despesa foi paga com o termo de colaboração/fomento firmado com a Prefeitura Municipal de Charqueada, n.º 06/2024, processo n.º 11682/2023, de 01/01/24.

**RECIBO DE FÉRIAS**

DE ACORDO COM O PARÁGRAFO ÚNICO DO ARTIGO 145 DA C.L.T.

Recebi da empresa HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA, CNPJ/CEI:  
51.421.279/0001-18, estabelecida na RUA OSWALDO CRUZ, 70 em CHARQUEADA  
a importância de R\$ 3.080,21

**VALOR POR  
EXTENSO**

TRÊS MIL OITENTA REAIS E VINTE E UM CENTAVOS \*\*\*\*\*

que me é paga antecipadamente por motivo das minhas férias regulares, ora concedidas, e que vou gozar de acordo com a descrição acima, tudo conforme o aviso que recebi em tempo, no qual dei o meu "CIENTE".  
Para clareza e documento, firmo o presente recibo, dando à empresa plena e geral quitação.

CHARQUEADA, 01/03/2024

LOCAL E DATA

  
MARIANA FERRAZ CARLOS

Em 01/03/24, recebi e conferi as mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Recibo. Essa despesa foi paga com o termo de colaboração/fomento firmado com a Prefeitura Municipal de Charqueada, n.º 06/2024 processo n.º 11682/2023 de 01/01/24.

*Priscila*

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
04/03/2024 - AUTO-ATENDIMENTO - 10:00:50  
3668003668

## COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

PAGADOR: HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFIC  
CNPJ: 51.421.279/0001-18

-----  
FAVORECIDO: MARIA TERESA JESUS CANO  
CPF: 352.004.366-85  
AGENCIA: 3668-4 - CHARQUEADA SP  
CONTA: 15.040-1  
DATA DE PAGAMENTO: 01/03/2024  
VALOR CREDITADO (R\$): 2.236,89

-----  
EVENTO: FERIAS - LICENCA PREZI

-----  
AUTENTICACAO SISBB: 6.67B.A86.814.31B.9FB



01/03

### AVISO DE FÉRIAS

CAPÍTULO VI - TÍTULO II DA C.L.T.  
DEC.-LEI Nº 5452 DE 01/05/1943, COM AS ALTERAÇÕES DO DEC.-LEI Nº 1.535 DE 13/04/1977

### AVISO PRÉVIO DE FÉRIAS

DE ACORDO COM O ART. 135 DA C.L.T., PARTICIPANDO NO MÍNIMO COM 30 DIAS DE ANTECEDÊNCIA

### NOTIFICAÇÃO

Nome: MARIA TERESA JESUS CANO				Obs:	
Nº Registro: 243	Nº Cart. Prot.: 17565	Série: 00307	Função: Auxiliar de Limpeza	Data Admissão: 04/02/2022	

### PERÍODOS

De Aquisição :	de 04 de Fevereiro	de 2023	a 03 de Fevereiro	de 2024
De gozo de férias :	de 04 de Março	de 2024	a 02 de Abril	de 2024

### BASE PARA CÁLCULO DA REMUNERAÇÃO DAS FÉRIAS

Faltas Não Justificadas	0	Salário Base	1.545,60	Base de Cálculo	1.834,48
013 Férias Normais	30,00	1.834,48	006 Retenção de IR sobre Férias	7,50	10,13
044 1/3 de Férias		611,49	353 INSS Férias	9,00	198,95
Total de Proventos		2.445,97	Total de Descontos		209,08

Pelo presente comunicamos-lhe que, de acordo com a lei, serão-lhe concedidas férias relativas ao período acima descrito e a sua disposição fica a importância líquida de R\$ 2.236,89

VALOR POR EXTENSO	DOIS MIL DUZENTOS E TRINTA E SEIS REAIS E OITENTA E NOVE CENTAVOS*****
-------------------	--

a ser paga adiantadamente.

Maria Teresa Jesus Cano  
MARIA TERESA JESUS CANO

CHARQUEADA, 01/03/24  
LOCAL E DATA  
[Assinatura]  
HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE C  
CNPJ/CEI: 51.421.279/0001-18

Em 01/03/24, recebi e conferi as mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Recibo. Essa despesa foi paga com o termo de colaboração/fomento firmado com a Prefeitura Municipal de Charqueada, n.º 06/2024, processo n.º 11682/2023 de 01/01/24.

Prixila

**RECIBO DE FÉRIAS**

DE ACORDO COM O PARÁGRAFO ÚNICO DO ARTIGO 145 DA C.L.T.

Recebi da empresa HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA, CNPJ/CEI:  
51.421.279/0001-18, estabelecida na RUA OSWALDO CRUZ, 70 em CHARQUEADA,  
a importância de R\$ 2.236,89

**VALOR POR  
EXTENSO**DOIS MIL DUZENTOS E TRINTA E SEIS REAIS E OITENTA E NOVE  
CENTAVOS\*\*\*\*\*

que me é paga antecipadamente por motivo das minhas férias regulares, ora concedidas, e que vou gozar de acordo com a descrição acima, tudo conforme o aviso que recebi em tempo, no qual dei o meu "CIENTE".

Para desta e documento, firmo o presente recibo, dando à empresa plena e geral quitação.

CHARQUEADA, 01/03 2024

LOCAL E DATA

Maria Teresa Jesus Cano

MARIA TERESA JESUS CANO

Em 01/03/24, recebi e conferi as mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Recibo. Essa despesa foi paga com o termo de colaboração/fomento firmado com a Prefeitura Municipal de Charqueada, n.º 06/2024, processo n.º 11682/2023 de 01/01/24.

Priscila



## Emissão de comprovantes - 3o nível

G3380513414846311  
05/03/2024 13:44:22

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
05/03/2024 - AUTOATENDIMENTO - 13.44.22  
3668483668 SEGUNDA VIA 0001

## COMPROVANTE DE PAGAMENTO

CLIENTE: HOSPITAL MAT BENEFICENTE

AGENCIA: 3668-4 CONTA: 300.816-8

Convenio FGTS ARRECADACAO GRF

Codigo de Barras 85840000134-1 75350179240-1

30768605085-8 14212790001-4

Data do pagamento 05/03/2024

CNPJ/CEI/CPF 51421279/0001-18

COMPETENCIA 02/2024

CODIGO RECOLHIMENTO 115

VENCIMENTO 07/03/2024

VALOR DEPOSITO 13.475,35

Valor Total 13.475,35

DOCUMENTO: 030501

AUTENTICACAO SISBB: 8.318.188.872.3C0.351

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



FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

GFIP - SEFIP 8.40

GRF - GUIA DE RECOLHIMENTO DO FGTS  
GERADA EM 29/02/2024 - 08:34:11

01-RAZÃO SOCIAL/NOME HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CH				02-COO/TELEFONE (0019)34861333
03-PPAS 639	04-SIMPLES 1	05-REMUNERAÇÃO 168.441,90	06-QTDE TRABALHADORES 53	07-ALÍQUOTA FGTS 8
08-CÓD RECOLHIMENTO 115	09-ID RECOLHIMENTO 017980-9	10-INSCRIÇÃO/TIPO( # ) 51.421.279/0001-18	11-COMPETÊNCIA 02/2024	12-DATA DE VALIDADE 07/03/2024

13-DEPÓSITO + CONTRIB SOCIAL 13.475,35	14-ENCARGOS 0,00	15-TOTAL A RECOLHER 13.475,35
---	---------------------	----------------------------------

**\*\*VALOR FGTS A RECOLHER ATÉ O DIA 07/03/2024\*\***

858400001341 753501792401 307686050858 142127900014

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Em 29/02/24, recebi e conferi as mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Recibo. Essa despesa foi paga com o termo de colaboração/fomento firmado com a Prefeitura Municipal de Charqueada, n.º 06/2024, processo n.º 11682/2023, de 01/01/24.  
*Rivalda*



FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

GFIP - SEFIP 8.40

GRF - GUIA DE RECOLHIMENTO DO FGTS  
GERADA EM 29/02/2024 - 08:34:11

01-RAZÃO SOCIAL/NOME HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CH				02-COO/TELEFONE (0019)34861333
03-PPAS 639	04-SIMPLES 1	05-REMUNERAÇÃO 168.441,90	06-QTDE TRABALHADORES 53	07-ALÍQUOTA FGTS 8
08-CÓD RECOLHIMENTO 115	09-ID RECOLHIMENTO 017980-9	10-INSCRIÇÃO/TIPO( # ) 51.421.279/0001-18	11-COMPETÊNCIA 02/2024	12-DATA DE VALIDADE 07/03/2024

13-DEPÓSITO + CONTRIB SOCIAL 13.475,35	14-ENCARGOS 0,00	15-TOTAL A RECOLHER 13.475,35
---	---------------------	----------------------------------

**\*\*VALOR FGTS A RECOLHER ATÉ O DIA 07/03/2024\*\***

858400001341 753501792401 307686050858 142127900014

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



06/03/2024 - BANCO DO BRASIL - 13.55.45  
COMPROVANTE  
PAG SALARIO ELETRON

-----  
PAGADOR: HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE C  
AGENCIA: 366E CONTA: 300.016-9  
NR. DOCUMENTO: 0

-----  
BENEFICIARIO: AMANDA ROSO ROCHA  
CPF/CNPJ: 300.591.738-07  
AGENCIA: 2656 CONTA: 7.911-1  
DATA DO PAGAMENTO: 06/03/2024  
VALOR: 528,86  
NR. DOCUMENTO:

-----  
NR. AUTENTICACAO: C.224.43D.131.99F.AAA  
-----

|Central de Atendimento BB  
4004 0001 Capitais e regiões metropolitanas  
0800 719 0001 Demais localidades  
Consultas, informações e serviços transacionais.  
|SAC BB  
0800 729 0722  
Informações, reclamações, cancelamentos de  
produtos e serviços.  
|Ouvidoria  
0800 719 5678  
Reclamações não solucionadas na agência, SAC  
e demais canais de atendimento.  
|Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala  
0800 729 0088  
Informações, reclamações, cancelamento de  
cartão, outros produtos e serviços e Ouvidoria.

→ pagamento reversão R\$466,05



→ Pago parte rescisão R\$ 466,05

AG 08/03

**TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO**

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR				
01 CNPJ/CEI	02 Razão Social/Nome			
51.421.279/0001-18	HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA			
03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)			04 Bairro	
RUA OSWALDO CRUZ, 70			CENTRO	
05 Município	06 UF	07 CEP	08 CNAE	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra
CHARQUEADA	SP	13517-032	8610101	

IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR				
10 PIS/PASEP	11 Nome			
12881436260	AMANDA ROSO ROCHA			
12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)			13 Bairro	
Rua NATAL CABANA, 169			JARDIM N ESTANCIA	
14 Município	15 UF	16 CEP	17 CTPS (nº, série, UF)	18 CPF
SÃO PEDRO	SP	13520-000	51927 246 SP	300.591.738-07

19 Data de Nascimento	20 Nome da Mãe			
04/03/1981	MARIA LUCIA ROSO ROCHA			

DADOS DO CONTRATO	
21 Tipo de Contrato	Contrato de trabalho por prazo indeterminado.

22 Causa do Afastamento	Rescisão contratual a pedido do empregado
-------------------------	---

23 Remuneração Mês Ant.	24 Data de Admissão	25 Data do Aviso Prévio	26 Data de Afastamento	27 Cód. Afastamento
3.520,46	07/07/2021	01/03/2024	01/03/2024	SJ1

28 Pensão Alim. (%) (TRCT)	29 Pensão Alim. (%) (FGTS)	30 Categoria do trabalhador
0,00	0,00	01 - Empregado

31 Código Sindical	32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral	
000.021.150.01670-3	47.745.484/0001-61 - Sind dos Emp em Estab de Serv de Saúde de Piracicaba	

**DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS**

Rubrica	Valor	Rubrica	Valor	Rubrica	Valor
50 Saldo de 1/dias Salário (líquido de ___ faltas e DSR)	60,74	51 Comissões	0,00	52 Gratificação	0,00
53 Adic. de Insalubridade %	0,00	54 Adic. de Periculosidade %	0,00	55 Adic. Noturno ___ Horas a ___%	0,00
56.1 Horas Extras ___ horas a ___%	0,00	57 Gorjetas	0,00	58 Descanso Semanal Remunerado (DSR)	0,00
59 Reflexo do DSR sobre Salário Variável	0,00	60 Multa Art. 477, § 8º/CLT	0,00	62 Salário-Família	0,00
63 13º Salário Proporcional 2/12 avos	404,73	64.1 13º Salário-Exerc. ___ - ___/12 avos	0,00	65 Férias Proporc 8/12 avos	1.479,05
66.1 Férias Venc. Per. Acquis. #	0,00	68 Terço Constituc. de Férias	493,02	69 Aviso Prévio Indenizado	0,00
70 13º Salário (Aviso Prévio Indenizado)	0,00	71 Férias (Aviso Prévio Indenizado)	0,00	95.1 Adicional de Insalubridade	9,97
		99 Ajuste do Saldo Devidor	0,00	<b>TOTAL BRUTO</b>	<b>2.447,51</b>

DEDUÇÕES					
Desconto	Valor	Desconto	Valor	Desconto	Valor
100 Pensão Alimentícia	0,00	101 Adiantamento Salarial	0,00	102 Adiantamento 13º Salário	0,00
103 Aviso Prévio Indenizado ___ dias	0,00	112.1 Previdência Social	5,30	112.2 Prev Social - 13º Salário	30,35
114.1 IRRF	0,00	114.2 IRRF sobre 13º Salário	0,00	115.1 Aviso Prévio Não Cumprido	1.883,00
				<b>TOTAL DEDUÇÕES</b>	<b>1.918,65</b>
				<b>VALOR LÍQUIDO</b>	<b>528,86</b>

Em 06/03/24, recebi e conferi as mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Recibo. Essa despesa foi paga como termo de colaboração/tomente firmado com a Prefeitura Municipal de Charqueada, n.º 06/2024, processo n.º 11682/2023, de 01/01/24.

Duxila

**TERMO DE HOMOLOGAÇÃO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO**

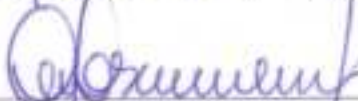
EMPREGADOR				
01 CNPJ/CEI	02 Razão Social/Nome			
51.421.279/0001-18	HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA			
TRABALHADOR				
10 PIS/PASEP	11 Nome			
12881436260	AMANDA ROSO ROCHA			
17 CTPS (nº, série, UF)	18 CPF	19 Data de Nascimento	20 Nome da Mãe	
51927 246 SP	300.591.738-07	04/03/1981	MARIA LUCIA ROSO ROCHA	
CONTRATO				
22 Causa do Afastamento				
Rescisão contratual a pedido do empregado				
24 Data de Admissão	25 Data do Aviso Prévio	26 Data de Afastamento	27 Cód. Afast.	28 Pensão Alimentícia (%) (FGTS)
07/07/2021	01/03/2024	01/03/2024	SJ1	0,00
30 Categoria do Trabalhador				
01 - Empregado				
31 Código Sindical	32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral			
000.021.150.01670-3	47.745.484/0001-61 - Sínd dos Emp em Estab de Serv de Saúde de Piracicaba			

Foi prestada assistência na rescisão do contrato de trabalho, sendo comprovado neste ato o efetivo pagamento das verbas rescisórias especificadas no corpo do TRCT, no valor líquido de R\$ 528,86, o qual, devidamente rubricado pelas partes, é parte integrante do presente Termo de Homologação.

As partes assistidas no presente ato de rescisão contratual foram identificadas como legítimas.

Fica ressalvado o direito de o trabalhador pleitear judicialmente os direitos informados no campo 155, abaixo.

Charqueada, 01 de março de 2024

  
 150 Assinatura do Empregador ou Preposto  
 PAULO FRANCISCO DO NASCIMENTO  
 CPF: 123.767.938-90

  
 151 Assinatura do Trabalhador

  
 152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

153 Carimbo e Assinatura do Assistente

154 Nome do Órgão Homologador

155 Ressalvas

Em 06/03/24, recebi e conferi as mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Recibo. Essa despesa foi paga com o termo de colaboração/fomento firmado com a Prefeitura Municipal de Charqueada, n.º 06/2024, processo n.º 11682/2023, de 01/01/24.  
*Piscilar*

156 Informações à CAIXA

**A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA.**

Pode o trabalhador iniciar ação judicial quanto aos créditos resultantes das relações de trabalho até o limite de dois anos após a extinção do contrato de trabalho (Inc. XXIX, Art. 7º da Constituição Federal/1988).

11/03/2024 - BANCO DO BRASIL - 15.22.04

COMPROVANTE  
PAG SALARIO ELETROM

-----  
PAGADOR: HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICIENTE DE C  
AGENCIA: 3668 CONTA: 300.016-8  
NR. DOCUMENTO: 0

-----  
BENEFICIARIO: EVERTON SILVA DA COSTA  
CPF/CNPJ: 166.706.988-01  
AGENCIA: 4484 CONTA: 7.171-4  
DATA DO PAGAMENTO: 11/03/2024  
VALOR: 3.364,54  
NR. DOCUMENTO:

-----  
NR. AUTENTICACAO: 7.323.91C.D9A.P57.C1F  
-----

|Central de Atendimento BB  
4004 0001 Capitais e regiões metropolitanas  
0800 729 0001 Demais localidades  
Consultas, informações e serviços transacionais.  
|SAC BB  
0800 729 0722  
Informações, reclamações, cancelamentos de  
produtos e serviços.  
|Ouvidoria  
0800 729 5678  
Reclamações não solucionadas na agência, SAC  
e demais canais de atendimento.  
|Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala  
0800 729 0098  
Informações, reclamações, cancelamento de  
cartão, outros produtos e serviços e Ouvidoria.





Pagar 11/03

### AVISO DE FÉRIAS

CAPÍTULO VI - TÍTULO II DA C.L.T.  
DEC.-LEI Nº 5452 DE 01/05/1943, COM AS ALTERAÇÕES DO DEC.-LEI Nº 1.535 DE 13/04/1977

### AVISO PRÉVIO DE FÉRIAS

DE ACORDO COM O ART. 135 DA C.L.T., PARTICIPANDO NO MÍNIMO COM 30 DIAS DE ANTECEDÊNCIA

### NOTIFICAÇÃO

Nome: EVERTON SILVA DA COSTA				Cbe:	
Nº Registro: 168	Nº Cart. Prof.: 82645	Série: 00307	Função: Enfermeiro	Data Admissão: 01/03/2016	

### PERÍODOS

De Aquisição:	de 01 de Março	de 2023	a 28 de Fevereiro	de 2024
De gozo de férias:	de 13 de Março	de 2024	a 27 de Março	de 2024

### BASE PARA CÁLCULO DA REMUNERAÇÃO DAS FÉRIAS

Faltas Não Justificadas	0	Salário Base	4.721,51	Base de Cálculo	5.809,68
013 Férias Normais	15,00	2.904,84	306 Retenção de IR sobre Férias	15,00	144,99
044 1/3 de Férias		969,28	353 INSS Férias	12,00	363,59
Total de Proventos		3.873,12	Total de Descontos		508,58

Pelo presente comunicamos-lhe que, de acordo com a lei, ser-lhe-ão concedidas férias relativas ao período acima descrito e a sua disposição fica a importância líquida de R\$ 3.364,54

VALOR POR EXTENSO	TRÊS MIL TREZENTOS E SESENTA E QUATRO REAIS E CINQUENTA E QUATRO CENTAVOS*****
-------------------	--

a ser paga adiantadamente

  
 EVERTON SILVA DA COSTA

CHARQUEADA, 11/03/24  
 LOCAL E DATA  
  
 HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE C  
 CNPJ/CEI: 51.421.279/0001-18

Em 11/03/24, recebi e conferi as mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Recibo. Essa despesa foi paga com o termo de colaboração/fomento firmado com a Prefeitura Municipal de Charqueada, n.º 06/2024, processo n.º 11682/2023, de 01/01/24.  
 Priscila

**RECIBO DE FÉRIAS**

DE ACORDO COM O PARÁGRAFO ÚNICO DO ARTIGO 145 DA CLT.


Recebi da empresa HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA, CNPJ/CEI:  
51.421.279/0001-18, estabelecida na RUA OSWALDO CRUZ, 70 em CHARQUEADA  
a importância de R\$ 3.364,54

VALOR POR  
EXTENSO

TRES MIL TREZENTOS E SESENTA E QUATRO REAIS E CINQUENTA E  
QUATRO CENTAVOS\*\*\*\*\*

que me é paga antecipadamente por motivo das minhas férias regulares, ora concedidas, e que vou gozar de acordo com a descrição acima, tudo conforme o aviso que recebi em tempo, no qual dei o meu "CIENTE".  
Para clareza e documento, firmo o presente recibo, dando à empresa plena e geral quitação.

CHARQUEADA, 11/03/2024  
LOCAL E DATA

  
EVERTON SILVA DA COSTA

Em 11/03/24, recebi e conferi as mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Recibo. Essa despesa foi paga com o termo de colaboração/fomento firmado com a Prefeitura Municipal de Charqueada, n.º 06/2024, processo n.º 11682/2023 de 01/01/24.

*Disala*

11/03/2024 - BANCO DO BRASIL - 11.48.30

COMPROVANTE

PAG SALARIO ELETRON

-----  
PAGADOR: HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICIENTE DE C  
AGENCIA: 3668 CONTA: 300.016-9  
NR. DOCUMENTO: 0

-----  
BENEFICIARIO: ELISANGELA SANTOS SILVA  
CPF/CNPJ: 329.362.358-12  
AGENCIA: 3668 CONTA: 12.987-9  
DATA DO PAGAMENTO: 11/03/2024  
VALOR: 1.391,80  
NR. DOCUMENTO:

-----  
NR. AUTENTICACAO: C.630.F8A.EC9.F24.3C9  
-----

|Central de Atendimento BB  
4004 0001 Capitais e regiões metropolitanas  
0800 729 0001 Demais localidades  
Consultas, informações e serviços transacionais.  
|SAC BB  
0800 729 0772  
Informações, reclamações, cancelamentos de  
produtos e serviços.  
|Ouvidoria  
0800 729 5678  
Reclamações não solucionadas na agência, SAC  
e demais canais de atendimento.  
|Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala  
0800 729 0088  
Informações, reclamações, cancelamento de  
cartão, outros produtos e serviços e Ouvidoria.



05-11/03

### AVISO DE FÉRIAS

CAPÍTULO VI - TÍTULO II DA C.L.T.  
DEC.-LEI Nº 5452 DE 01/05/1943, COM AS ALTERAÇÕES DO DEC.-LEI Nº 1.535 DE 13/04/1977

### AVISO PRÉVIO DE FÉRIAS

DE ACORDO COM O ART. 135 DA C.L.T., PARTICIPANDO NO MÍNIMO COM 30 DIAS DE ANTECEDÊNCIA

### NOTIFICAÇÃO

Nome: ELISANGELA SANTOS SILVA      Obs:  
Nº Registro: 157      Nº Cart. Prot.: 91020      Série: 246      Função: Auxiliar de Escritório      Data Admissão: 16/10/2014

### PERÍODOS

De Aquisição :      de 16 de Outubro de 2022 a 15 de Outubro de 2023  
De gozo de férias :      de 13 de Março de 2024 a 27 de Março de 2024

### BASE PARA CÁLCULO DA REMUNERAÇÃO DAS FÉRIAS

Faltas Não Justificadas	0	Salário Base	1.569,75	Base de Cálculo	2.259,26
013 Férias Normais	15,00	1.129,63	353 INSS Férias	9,00	114,33
044 1/3 de Férias		376,54			
Total de Proventos		1.506,17		Total de Descontos	
				114,33	

Pelo presente comunicamos-lhe que, de acordo com a lei, ser-lhe-ão concedidas férias relativas ao período acima descrito e a sua disposição fica a importância líquida de R\$ 1.391,80

VALOR POR EXTENSO      UM MIL TREZENTOS E NOVENTA E UM REAL E OITENTA CENTAVOS \*\*\*\*\*

a ser paga adiantadamente.

CHARQUEADA, 11/03/24  
LOCAL E DATA  
*[Assinatura]*  
HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE G  
CNPJ/CEI: 51.421.279/0001-18

*[Assinatura]*  
ELISANGELA SANTOS SILVA

Em 11/03/24, recebi e conferi as mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Recibo. Essa despesa foi paga com o termo de colaboração/fomento firmado com a Prefeitura Municipal de Charqueada, n.º 06/2024, processo n.º 11682/2023, de 01/01/24.

*Priscila*

**RECIBO DE FÉRIAS**

DE ACORDO COM O PARÁGRAFO ÚNICO DO ARTIGO 145 DA CLT.

Recebi da empresa HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA, CNPJ/CEI:  
51.421.279/0001-18, estabelecida na RUA OSWALDO CRUZ, 70 em CHARQUEADA  
a importância de R\$ 1.391,80

**VALOR POR  
EXTENSO**

UM MIL TRECENTOS E NOVENTA E UM REAIS E OITENTA CENTAVOS \*\*\*\*\*

que me é paga antecipadamente por motivo das minhas férias regulares, ora concedidas, e que vou gozar de acordo com a descrição acima, tudo conforme o aviso que recebi em tempo, no qual dei o meu "CIENTE".  
Para clareza e documento, firmo o presente recibo, dando à empresa plena e geral quitação.

CHARQUEADA, 11 / 03 / 2024

LOCAL E DATA

  
ELIÂNGEA SANTOS SILVA

Em 11/03/24, recebi e conferi as mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Recibo. Essa despesa foi paga com o termo de colaboração/fomento firmado com a Prefeitura Municipal de Charqueada, n.º 06/2024, processo n.º 11682/2023 de 01/01/24.

Priscila

11/03/2024 - BANCO DO BRASIL - 15.21.29

COMPROVANTE  
DO SALARIO ELETRON

-----  
PAGADOR: HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE C  
AGENCIA: 3668 CONTA: 300.016-8  
NR. DOCUMENTO: 0

-----  
BENEFICIARIO: MIRIAM APARECIDA PEDRO  
CPF/CNPJ: 190.303.258-01  
AGENCIA: 3668 CONTA: 15.031-2  
DATA DO PAGAMENTO: 11/03/2024  
VALOR: 1.515,51  
NR. DOCUMENTO:

-----  
NR. AUTENTICACAO: 8.63E.448.79F.4FE.178  
-----

[Central de Atendimento BB  
4004 0001 Capitais e regiões metropolitanas  
0800 729 0001 Demais localidades  
Consultas, informações e serviços transacionais.  
|SAC BB  
0800 729 0722  
Informações, reclamações, cancelamentos de  
produtos e serviços.  
|Ouvidoria  
0800 729 5678  
Reclamações não solucionadas na agência, SAC  
e demais canais de atendimento.  
|Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala  
0800 729 0088  
Informações, reclamações, cancelamento de  
cartão, outros produtos e serviços e Ouvidoria.



15: 12/03

### AVISO DE FÉRIAS

CAPÍTULO VI - TÍTULO II DA C.L.T.  
DEC.-LEI Nº 5452 DE 01/05/1943, COM AS ALTERAÇÕES DO DEC.-LEI Nº 1.535 DE 13/04/1977

### AVISO PRÉVIO DE FÉRIAS

DE ACORDO COM O ART. 135 DA C.L.T., PARTICIPANDO NO MÍNIMO COM 30 DIAS DE ANTECIPIDÊNCIA

### NOTIFICAÇÃO

Nome: MIRIAN APARECIDA PEDRO Obs:  
Nº Registro: 198 Nº Cart. Prof.: 050318 Série: 00105 Função: Técnico (a) Enfermagem Data Admissão: 12/09/2019

### PERÍODOS

De Aquisição: de 12 de Setembro de 2022 a 11 de Setembro de 2023  
De gozo de férias: de 14 de Março de 2024 a 28 de Março de 2024

### BASE PARA CÁLCULO DA REMUNERAÇÃO DAS FÉRIAS

Faltas Não Justificadas	0	Salário Base	2.223,00	Base de Cálculo	2.463,18
013 Férias Normais	15,00	1.231,59	353 INSS Férias	9,00	126,61
044 1/3 de Férias		410,53			
Total de Proventos		1.642,12		Total de Descontos	
				126,61	

Pelo presente comunicamos-lhe que, de acordo com a lei, ser-lhe-ão concedidas férias relativas ao período acima descrito e a sua disposição fica a importância líquida de R\$ 1.515,51

VALOR POR EXTENSO: UM MIL QUINHENTOS E QUINZE REAIS E CINQUENTA E UM CENTAVOS \*\*\*\*\*

a ser paga adiantadamente.

11/03/24 *Mirian Aparecida Pedro*  
MIRIAN APARECIDA PEDRO

CHARQUEADA, 11/03/24  
LOCAL E DATA  
*[Assinatura]*  
HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE C  
CNPJ/CEI: 51.421.279/0001-18

Em 11/03/24, recebi e conferi as mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Recibo. Essa despesa foi paga com o termo de colaboração/limento firmado com a Prefeitura Municipal de Charqueada, n.º 06/2024, processo n.º 11682/2023 de 01/01/24.

*Priscila*

**RECIBO DE FÉRIAS**

DE ACORDO COM O PARÁGRAFO ÚNICO DO ARTIGO 145-DA-C.L.T.

Recebi da empresa HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA, CNPJ/CEI:  
51.421.279/0001-18, estabelecida na RUA OSWALDO CRUZ, 70 em CHARQUEADA  
a importância de R\$ 1.515,51

**VALOR POR  
EXTENSO**

UM MIL QUINHENTOS E QUINZE REAIS E CINQUENTA E UM CENTAVOS \*\*\*\*\*

que me é paga antecipadamente por motivo das minhas férias regulares, ora concedidas, e que vou gozar de acordo com a descrição acima, tudo conforme o aviso que recebi em tempo, no qual dei o meu "CIENTE".

Para clareza e documento, firmo o presente recibo, dando à empresa plena e geral quitação.

CHARQUEADA, 11/03/24

LOCAL E DATA



MIRIAN APARECIDA PEDRO

Em 11/03/24, recebi e conferi as mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Recibo. Essa despesa foi paga com o termo de colaboração/fomento firmado com a Prefeitura Municipal de Charqueada, n.º 06/2024, processo n.º 11682/2023 de 01/01/24.

Priscila





## Emissão de comprovantes - 3o nivel

G3331414384514831  
14/03/2024 14:48:37

14/03/2024 - BANCO DO BRASIL - 14:07:33  
366803668 SEGUNDA VIA 0001  
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: HOSPITAL MAT BENEFICENTE  
AGENCIA: 3668-4 CONTA: 300.016-8  
\*\*\*\*\*  
DATA DA TRANSFERENCIA 14/03/2024  
NR. DOCUMENTO 553.552.000.035.366  
VALOR TOTAL 10.675,44  
\*\*\*\*\* TRANSFERIDO PARA:  
CLIENTE: QUALITYRED S S LTDA  
AGENCIA: 3552-1 CONTA: 35.366-3  
NR. DOCUMENTO 553.668.000.300.016  
\*\*\*\*\*  
NR. AUTENTICACAO 2.6CF.70D.2F7.79A.520

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

DRA. BRUNA



MUNICÍPIO DE AMERICANA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA  
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e



20240228553484141000121

Número da Nota <b>00000013</b>	Data e Hora de Emissão <b>29/02/2024 12:01:44</b>	Competência <b>02/2024</b>	Código de Verificação <b>W6LK-XBFX</b>
Exigibilidade <b>Exigível em Americana/SP</b>		Localidade da Prestação <b>Americana/SP</b>	

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

CPF/CNPJ: **53.464.141/0001-21** Inscrição Municipal: **00121174**  
 Nome/Razão Social: **QUALITYMED SERVICOS DE SAUDE LTDA**  
 Endereço: **RUA FORTUNATO FARAONE 1100, Andar 03 Apto 33 - VILA SANTO ANTONIO - CEP: 13466-660**  
 Município: **Americana** UF: **SP**

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

Nome/Razão Social: **HOSPITAL E MATERIDADE BENEFICIENTE DE CHARQUEADA**  
 CPF/CNPJ: **61.421.279/0001-18** Inscrição Municipal: **—**  
 Endereço: **R OSWALDO CRUZ 70 - JARDIM SAO BENEDITO - CEP: 13617-032**  
 Município: **Charqueada** UF: **SP** E-mail: **adm@hmhc.org.br**

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

REFERENTE A PLANTÕES MÉDICOS DE FEVEREIRO- 2024

Valor líquido Receber R\$ R\$ 10.675,44

Dados para depósito:

QUALITYMED SERVICOS DE SAUDE LTDA

Banco do Brasil  
 Agência 3552-1  
 cc 35.366-3

Em 29/02/24, recebi e conferi as mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Recibo. Essa despesa foi paga com o termo de colaboração/fomento firmado com a Prefeitura Municipal de Charqueada, n.º 06/2024, processo n.º 11682/2023 de 01/01/24.

*Priscila*

Retenção de COFINS	Retenção de CRLI	Retenção de INSS	Retenção IR	Retenção de PIS	Outras Retenções
R\$ 341,25	R\$ 113,75	R\$ 0,00	R\$ 170,63	R\$ 73,94	R\$ 0,00

CNAE: 8630503 - Atividade médica ambulatorial restrita a consultas  
 Subitem: 04.01 - Medicina e biomedicina

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 11.375,00**

Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito p/ Abatimento do IPTU
0,00	11.375,00	3,00%	341,25	0,00

**OUTRAS INFORMAÇÕES**

- Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 4.930/2009 e no Decreto nº 8.260/2008
- Data de vencimento do ISS desta NFS-e: 20/03/2024
- Esta NFS-e não gera crédito pois o Tomador de Serviço está localizado fora do município de Americana.
- Valor Líquido a Pagar: R\$ 10.675,43

15/03/2024 - BANCO DO BRASIL - 15.29.51  
COMPROVANTE  
PAG SALARIO ELETRON

-----  
PAGADOR: HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE C  
AGENCIA: 3668 CONTA: 300.016-8  
NR. DOCUMENTO: 0

-----  
BENEFICIARIO: ERICA BUCCIER  
CPF/CNPJ: 361.404.088-73  
AGENCIA: 3668 CONTA: 15.220-X  
DATA DO PAGAMENTO: 15/03/2024  
VALOR: 830,95  
NR. DOCUMENTO:

-----  
NR. AUTENTICACAO: 2.E23.F72.476.4DC.1AA  
-----

|Central de Atendimento BB  
4004 0001 Capitais e regiões metropolitanas  
0800 729 0001 Demais localidades  
Consultas, informações e serviços transacionais.  
|SAC BB  
0800 729 0722  
Informações, reclamações, cancelamentos de  
produtos e serviços.  
|Ouvidoria  
0800 729 3478  
Reclamações não solucionadas na agência, SAC  
e demais canais de atendimento.  
|Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala  
0800 729 0088  
Informações, reclamações, cancelamento de  
cartão, outros produtos e serviços e Ouvidoria.



### AVISO DE FÉRIAS

CAPÍTULO VI - TÍTULO II DA CLT.  
DEC.-LEI Nº 5452 DE 01/05/1943, COM AS ALTERAÇÕES DO DEC.-LEI Nº 1.535 DE 13/04/1977

### AVISO PRÉVIO DE FÉRIAS

DE ACORDO COM O ART. 135 DA CLT., PARTICIPANDO NO MÍNIMO COM 30 DIAS DE ANTECEDÊNCIA

### NOTIFICAÇÃO

Nome: ERICA BUCCIER Obs:  
Nº Registro: 307    Nº Cart. Prof.: 39943    Série: 00307    Função: Auxiliar de Escritório    Data Admissão: 11/03/2020

### PERÍODOS

De Aquisição: de 11 de Março de 2023 a 10 de Março de 2024  
De gozo de férias: de 10 de Março de 2024 a 28 de Março de 2024

### BASE PARA CÁLCULO DA REMUNERAÇÃO DAS FÉRIAS

Faltas Não Justificadas: 0	Salário Base: 1.569,75	Base de Cálculo: 2.021,22
013 Férias Normais	10,00	673,74
044 1/3 de Férias		224,56
Total de Proventos		898,32
353 INSS Férias		7,50
Total de Descontos		67,32

Pelo presente comunicamos-lhe que, de acordo com a lei, ser-lhe-ão concedidas férias relativas ao período acima descrito e a sua disposição fica a importância líquida de R\$ 830,96

VALOR POR EXTENSO: OITOCENTOS E TRINTA REAIS E NOVENTA E CINCO CENTAVOS \*\*\*\*\*

a ser paga adiantadamente.

Erica Buccier  
ERICA BUCCIER

CHARGUEADA, 15/03/2024.  
LOCALE DATA  
[Assinatura]  
HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE G  
CNPJ/CEI: 51.421.279/0001-18

Em 15/03/24, recebi e conferi as mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Recibo. Essa despesa foi paga com o termo de colaboração firmado com a Prefeitura Municipal via Chargueada, n.º 06/2024, processo n.º 11682/2023 de 01/01/24.

*Priscila*

**RECIBO DE FÉRIAS**

DE ACORDO COM O PARÁGRAFO ÚNICO DO ARTIGO 145 DA CLT.

Recebi da empresa HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA, CNPJ/CEI:  
51.421.279/0001-18, estabelecida na RUA OSWALDO CRUZ, 70 em CHARQUEADA  
a importância de R\$ 830,95

**VALOR POR  
EXTENSO**

OITOCENTOS E TRINTA REAIS E NOVENTA E CINCO CENTAVOS \*\*\*\*\*

que me é paga antecipadamente por motivo das minhas férias regulares, ora concedidas, e que vou gozar de acordo com a descrição acima, tudo conforme o aviso que recebi em tempo, no qual dei o meu "CIENTE".

Para clareza e documento, firmo o presente recibo, dando à empresa plena e geral quitação.

CHARQUEADA, 15.03.2024.

LOCAL E DATA

ERICA BUCCIER.

ERICA BUCCIER

Em 15/03/24, recebi e conferi as mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Recibo. Essa despesa foi paga com o termo de colaboração/fomento firmado com a Prefeitura Municipal de Charqueada, n.º 06/2024, processo n.º 11682/2023 de 01/01/24.

Disata



## Emissão de comprovantes - 3o nível

G3342013511134401  
20/03/2024 13:57:34

SIS88 - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
20/03/2024 - AUTOATENDIMENTO - 13.57.34  
3668403668 SEGUNDA VIA 0001

## COMPROVANTE DE PAGAMENTO

CLIENTE: HOSPITAL KAY BENEFICENTE  
AGENCIA: 3668-4 CONTA: 300.016-8  
\*\*\*\*\*  
Convenio RFB-DARF CODIGO DE BARRAS  
Agente Arrecadador: CNC 001 Banco do Brasil S.A.  
Codigo de Barras 85880000294-9 83330385240-0  
80071624066-2 99023136392-6  
Data do pagamento 20/03/2024  
Numero do Documento 07.16.24066.9902313-6  
Valor Total 29.483,33  
-----  
DOCUMENTO: 032001  
AUTENTICACAO SIS88: A.EED.705.3C2.DFA.8E4

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

CNPJ <b>51.421.279/0001-18</b>	Razão Social <b>HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA</b>		
Período de Apuração <b>Fevereiro/2024</b>	Data de Vencimento <b>20/03/2024</b>	Número do Documento <b>07.16.24066.9902313-6</b>	Pagar este documento até <b>20/03/2024</b>
Observações <b>Nº Recibo Declaração: 50000212172596</b>			Valor Total do Documento <b>29.483,33</b>

### Composição do Documento de Arrecadação

Código	Denominação	Principal	Multa	Juros	Total
1082	CONTR. PREV. DESCONTA. SEGURADO-EMPREGADO/AVULSO	15.226,85			15.226,85
	01 CP SEGURADOS - EMPREGADOS/AVULSO				
	PA:02/2024 Vencimento:20/03/2024				
9581	IRRF - RENDIMENTO DO TRABALHO ASSALARIADO	4.538,31			4.538,31
	07 IRRF - RD TRB ASSAL PAÍS/AUS NO EXT A SERV PAÍS				
	PA:02/2024 Vencimento:20/03/2024				
1708	IRRF - REMUNER SERV PRESTADOS POR PJ	1.966,74			1.966,74
	06 IRRF - REMUNER SERV PRESTADOS POR PJ				
	PA:02/2024 Vencimento:20/03/2024				
8381	PIS - FOLHA DE SALARIOS	1.054,00			1.054,00
	02 PIS - FOLHA DE SALARIOS				
	PA:02/2024 Vencimento:25/03/2024				
9952	RET DE CONTRIBUICOES PAGT PJ A PJ DE DIR PRIV	6.006,54			6.006,54
	07 RET DE CONTRIBUICOES PAGT PJ A PJ DE DIR PRIV				
	PA:02/2024 Vencimento:20/03/2024				
	<b>Totais</b>	<b>29.483,33</b>			<b>29.483,33</b>

Em 06/03/24, recebi e conferi as mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Recibo. Essa despesa foi paga com o termo de colaboração/fomento firmado com a Prefeitura Municipal de Charqueada, n.º 06/2024, processo n.º 11682/2023, de 01/01/24.

*Frisila*

SENA (Versão 5.1.5)

Página 1 / 1

06/03/2024 08:32:37

85880000294 9 83330385240 0 80071624066 2 99023136382 6

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

### Documento de Arrecadação de Receitas Federais

85880000294 9 83330385240 0 80071624066 2 99023136382 6



CNPJ: 51.421.279/0001-18  
Número: 07.16.24066.9902313-6  
Pagar até: 20/03/2024  
Valor: 29.483,33

Pague com o QR





## Emissão de comprovantes - 3o nível

G3342814226064711  
28/03/2024 14:26:4728/03/2024 - BANCO DO BRASIL - 14:26:46  
366803668 0001

## COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: HOSPITAL MAT BENEFICENTE  
AGENCIA: 3668-4 CONTA: 300.016-8

ITAU UNIBANCO S.A.

34191090080623121737021663270003096660000920360

BENEFICIARIO:

COMERCIAL MORAES ARARAS LTDA

NOME FANTASIA:

COMERCIAL MORAES ARARAS LTDA

CNPJ: 08.847.305/0001-45

BENEFICIARIO FINAL:

COMERCIAL MORAES ARARAS LTDA

CNPJ: 08.847.305/0001-45

PAGADOR:

HOSPITAL E MATERNIDADE BENEF D

CNPJ: 51.421.279/0001-18

NR. DOCUMENTO	32.501
DATA DE VENCIMENTO	25/03/2024
DATA DO PAGAMENTO	25/03/2024
VALOR DO DOCUMENTO	9.203,60
VALOR COBRADO	9.203,60

NR.AUTENTICACAO A.6EC.4E5.240.711.ABA

Central de Atendimento BB  
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas  
0800 729 0001 Demais localidades.  
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB  
0800 729 0722  
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de  
produtos e servicos.

Ouvidoria  
0800 729 5678  
Reclamacoes nao solucionadas nos canais  
habituais agencia, SAC e demais canais de  
atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala  
0800 729 0088  
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de cartas,  
outros produtos e servicos de Ouvidoria.



Beneficiário COMERCIAL MORAES ARARAS LTDA		CNPJ/CPF 08.847.305/0001-45		Banco / Agência HOSPITAL E		Vencimento 25/03/2024	
Endereço Beneficiário / Sacador Avalista Rua João Buzo, 811 - Jd. Nova Olinda - Araras / SP, 811 - JD. NOVA OLINDA - ARARAS/ 13600970							
Número 109/00062312-1		Carteira 109	Espécie Moeda R\$	Quantidade Moeda		(x) Valor	Agência / Código do Beneficiário 7372/16632-7
Data do Documento 26/02/2024		Número do Documento 000098495-1/1		Espécie Documento DM	Assete N	Data do Processamento 26/02/2024	( = ) Valor do Documento 8.203,60

**Demonstrativo**

Transferência de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto, consulte o BENEFICIÁRIO.

Cobrar juros de R\$ 30,68 por dia de atraso para pagamento por dia de atraso.

**Discriminação**

--

Pagador: HOSPITAL E MATERNIDADE BENEF DE CHARQUEADA

CPF / CNPJ: 51421279000118

Endereço: RUA OSWALDO CRUZ, 70 - - CENTRO - 13515000 - CHARQUEADA / SP

Beneficiário Final

CPF / CNPJ

Código de Barra

Recebemos através do cheque número do banco

Esta quitação só terá validade após o pagamento do cheque pelo banco sacado.

Autenticação Mecânica

Corte aqui 

Local de pagamento

Vencimento

25/03/2024

Beneficiário  
COMERCIAL MORAES ARARAS LTDA

CNPJ / CPF  
08.847.305/0001-45

Agência / Código do Beneficiário  
7372/16632-7

Data do Documento  
26/02/2024

Número do Documento  
000098495-1/1

Espécie Doc.  
DM

Assete  
N

Data do Processamento  
26/02/2024

Número  
109/00062312-1

Uso do Boleto

Carteira  
109

Espécie Moeda  
R\$

Quantidade Moeda

(x) Valor

( = ) Valor do Documento  
8.203,60

Transferência de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto, consulte o BENEFICIÁRIO.

Cobrar juros de R\$ 30,68 por dia de atraso para pagamento por dia de atraso.

( - ) Desconto

( - ) Outras Deduções/Abatimentos

( + ) Juros/Multa/Juros

( + ) Outras Acréscimos

( = ) Valor Cobrado

Pagador: HOSPITAL E MATERNIDADE BENEF DE CHARQUEADA

CPF / CNPJ: 51421279000118

Endereço: RUA OSWALDO CRUZ, 70 -

CENTRO

13515000 - CHARQUEADA / SP

Beneficiário Final

CPF / CNPJ

Código de Barra



Autenticação Mecânica / FICHA DE COMPENSAÇÃO

RECEBIMOS DE COMERCIAL MORAES ARARAS LTDA OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO EMISSÃO: 26/02/2024		VALOR DA NOTA R\$ 9.203,60	NF-e Nº: 000.098.495 SÉRIE: 1
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	DESTINATÁRIO HOSPITAL E MATERNIDADE BENEF DE CHARQUEADA	

 <b>COMERCIAL MORAES ARARAS LTDA</b> RUA JOAO BUZO, 811 JD. NOVA OLINDA ARARAS SP CEP: 13662-120 TELEFONE: (19) 3484-3418 E-MAIL:	<b>DANFE</b> DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - Entrada <input type="checkbox"/> 1 1 - Saída <input checked="" type="checkbox"/> N°: 000.098.495 SÉRIE: 1 FOLHA: 1 de 2	 CHAVE DE ACESSO 3524 0208 8473 0500 0145 5500 1000 0984 9510 0162 1840 Comissão de autenticidade no portal nacional da NF-e <a href="http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal">www.nfe.fazenda.gov.br/portal</a> ou no site do Sefaz Autorizador
	NATUREZA DA OPERAÇÃO Venda ST / Venda	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135240407902178 - 26/02/2024 09:01:26
INSCRIÇÃO ESTADUAL 182172441116	INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTADA	CNPJ 08.847.305/0001-45

<b>DESTINATÁRIO/REMETENTE</b>		CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
NOMENCLATURA SOCIAL HOSPITAL E MATERNIDADE BENEF DE CHARQUEADA		51.421.279/0001-18	26/02/2024
ENDEREÇO RUA OSWALDO CRUZ, 70		BAIRRO/DISTRITO CENTRO	CEP 13515-000
MUNICÍPIO CHARQUEADA		PONTO/FAX (19) 3486-7169	UF SP
		INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DE SAÍDA 09:01:04

<b>FATURA</b>	
Número 001	Data Vcto 25/03/2024
Valor 9.203,60	

<b>CÁLCULO DO IMPOSTO</b>				
BASE DE CÁLCULO DE ICMS 1.666,79	VALOR DO ICMS 288,92	BASE DE CÁLCULO ICMS ST 0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 9.203,60
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 0,00	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00
			VALOR APROX. DOS TRIBUTOS 1.887,97	VALOR TOTAL DA NOTA 9.203,60



<b>TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS</b>					
RAZÃO SOCIAL COMERCIAL MORAES	PRETE POR CONTA 0 - Rem.	CÓDIGO ANTI	PLACA DO VEÍC DZV2863	UF SP	CNPJ/CPF 08.847.305/0001-45
ENDEREÇO RUA JOAO BUZO, 811 JD.NOVA OLINDA		MUNICÍPIO ARARAS	UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL 182172441116	
QUANTIDADE 56	ESPÉCIE CESTAS + KITS	MARCA	NÚMERAÇÃO	PESO BRUTO 1.490,160	PESO LÍQUIDO 1.490,160

<b>DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO</b>												
TIPO PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	ICMS ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS		VALOR APROX. DOS TRIBUTOS
										ICMS	IPI	
761	MASSINHE - C/ 180 GRS - FLORINA	2103801	0 40	2400	LN	36	0,6100000000	42,36	0,00	0,00	0,00	14,27
1443	MILHO VERDE - C/ 170 GRS - FLORINA	2005800	0 00	2400	LN	36	1,0200000000	98,72	0,00	0,00	0,00	26,73
3887	SARDINHA - C/ 123 GRS - PISCADOR	1604110	0 00	2400	LN	36	2,0300000000	113,68	0,00	0,00	0,00	27,41
247	BISCOITO RECHEADO - C/ 112 GRS - GIALO	1903100	0 40	2400	LN	36	0,8600000000	48,18	0,00	0,00	0,00	13,15
76	DETERGENTE LÍQUIDO - C/ 380 ML - YRE	3402909	0 40	2400	LN	112	1,1900000000	122,16	0,00	0,00	0,00	43,09
65	ESPONJA DE AÇO - C/ 9 UN - ASBOLAN	7723100	0 40	2400	LN	36	0,9000000000	58,40	0,00	0,00	0,00	17,20
3442	FARINHA DE TRIGO - C/ 1 KG - DONA LAURA	11019010	0 20	2100	LN	36	0,8700000000	104,72	47,08	7,23	0,00	16,37
1868	PIZZA TIPO 1 - C/ 1 KG - CORDEIRO	0713596	0 20	2100	LN	112	0,2200000000	46,64	270,82	48,77	0,00	183,43
442	MACARRÃO ESPAGHETTI C/ OVOS - C/ 500 GRS - LILI	1902100	0 20	2100	LN	112	1,9000000000	212,80	124,17	14,90	0,00	34,28
921	BISCOITO CREAM CRACKER - C/ 170 GRS - BENATA/TOMESCHINI	1603100	0 20	2100	LN	36	0,9000000000	58,40	19,80	1,77	0,00	13,83
311	AÇÚCAR REFINADO - C/ 1 KG - MARK DOCE	17019000	0 40	2400	LN	280	4,3300000000	1.274,00	0,00	0,00	0,00	489,67
1327	ARROZ TIPO 1 - C/ 5 KG - BILETS	0903021	0 20	2100	LN	112	27,0100000000	3.021,60	1.178,21	212,08	0,00	347,50
1947	MILHO TRADICIONAL - C/ 500 GRS - EPTI	21013010	0 40	2400	LN	36	0,6300000000	37,28	0,00	0,00	0,00	11,18
23	ÓLEO DE SOJA - C/ 900 ML - SOYA	15079011	0 40	2400	LN	168	0,4300000000	1.416,24	0,00	0,00	0,00	284,81
321	SABÃO EM PÓ - C/ 800 GRS - BRILHANTE	3408429	0 40	2400	LN	36	1,3000000000	288,00	0,00	0,00	0,00	57,43

<b>DADOS ADICIONAIS</b> INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES PAY - 88016478 - INMETROVIMOR - 84318 - 48q% *18,00 R.C. RED. EM 81,11 - 389,68 R.C. 1481,58 ICMS: 286,69 *12,00 R.C. RED. EM 41,67 - 317,32 R.C. 182,21 ICMS: 11,21 6,00 ICMS 000 - 6,00 ICMS 000 - 6,00 ICMS 0,00 18,00 BASE IPI% - 6,00 ICMS 0,00 ICMS: 0,00 6,00 PROD. COM. INT. TRIB. 880 - 887,48 R.C. 6,00 ICMS: 6,00 VALOR APROX. TRIB. R\$ 1887,97 (20,51%)	RESERVA EM 26/02/24, recebi e conferi as mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Recibo. Essa despesa foi paga com o termo de colaboração/fomento firmado com a Prefeitura Municipal de Charqueada, n.º 06/2024, processo n.º 11682/2023, de 01/01/24.
---	---

*Dusala*

RECEBEMOS DE COMERCIAL MORAES ARARAS LTDA OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO EMISSÃO:		VALOR DA NOTA R\$ 9.283,60	NF-e Nº: 000.098.495 SÉRIE: 1
DATA DE RECEBIMENTO / /	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	DESTINATÁRIO HOSPITAL E MATERNIDADE BENEF DE CHARQUEADA	

<b>COMERCIAL MORAES ARARAS LTDA</b>  RUA JOAO BUZIO, 811 JD. NOVA OLINDA ARARAS SP CEP: 13682-130 TELEFONE: (19) 2544-3418 E-MAIL:	<b>DANFE</b> DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - Entrada <input type="checkbox"/> 1 1 - Saída <input checked="" type="checkbox"/> 1 Nº 000.098.495 SÉRIE: 1 FOLHA: 2 de 2	 CHAVE DE ACESSO 3524 0208 8473 0500 0145 5500 1000 0984 9510 0162 1840
		Consulte de autenticidade no portal nacional de NF-e <a href="http://www.nfe.danfe.gov.br/portal">www.nfe.danfe.gov.br/portal</a> ou no site da Sefaz/Autorizadores

NATUREZA DA OPERAÇÃO Venda ST / Venda	PROTÓCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135240407902178 - 26/02/2024 09:01:26
INSCRIÇÃO ESTADUAL 182172441116	INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB-TRIBUTÁRIA CNPJ 08.847.305/0001-45

**DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO**

COD. PROD	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM 44	Q-CONT	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	ICMS-IC	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS		VALOR APROV. DOS TRIBUTOS
												ICMS	IPI	
3174	LEITE EM PO - C/ 400 GRS - ITAMBE	0402110	0 60	3402	LN	36	14.200000000	511,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	238,05
596	CAFÉ A VÁCUO - C/ 500 GRS - PELE	0902100	0 60	3402	LN	36	13.840000000	780,24	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	122,79
3322	SAL REFINADO - C/ 1 KG - MASTER	25010020	0 20	3102	LN	36	0,900000000	32,40	12,45	2,31	0,00	18,00	0,00	1,54

**CONTINUAÇÃO DAS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

\*13,34 I.C.T. RED EM 47,31 - ICMS: 6,00 / IC: 6,00  
 \*16,66 I.C.T. RED EM 77,06 - ICMS: 6,00 / IC: 6,00

Em 26/02/24, recebi e conferi as mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Recibo. Essa despesa foi paga com o termo de colaboração/fomento firmado com a Prefeitura Municipal de Charqueada, n.º 06/2024, processo n.º 11682/2023 de 01/01/24.

*Ariela*

28/03/2024 - BANCO DO BRASIL - 13:49:26  
366803668 SEGUNDA VIA 0001  
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: HOSPITAL MAT BENEFICENTE  
AGENCIA: 3668-4 CONTA: 300.016-8  
=====

DATA DA TRANSFERENCIA	28/03/2024
NR. DOCUMENTO	552.656.000.025.784
VALOR TOTAL	12.000,00

\*\*\*\*\* TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GOLINELLI S MEDICOS LTDA  
AGENCIA: 2656-5 CONTA: 25.784-2  
NR. DOCUMENTO 553.668.000.300.016  
=====

NR. AUTENTICACAO	6.A45.ACD.9A3.B0B.937
------------------	-----------------------

# NFSE - Nota Fiscal de Serviço Eletrônica

<p><b>GOLINELLI SERVICOS MEDICOS LTDA</b>                  R. JOSE DANIEL SOBRINHO, 84                  CEP: 13520-000 - Bairro: THEODORO S BARROS                  Município: São Pedro - SP                  E-mail: lumecont@nksat.com.br                  Fone: (19) 99636-0911</p> <p>CNPJ / CPF      Inscrição Estadual      Inscrição Municipal                  36.686.924/0001-30      ISENTO      14451</p>		<p>Número da NFS-e <b>202400000000083</b></p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Data do Serviço <b>26/03/2024</b></td> <td style="width: 50%;">Código Verificador <b>4e39908a8</b></td> </tr> </table>	Data do Serviço <b>26/03/2024</b>	Código Verificador <b>4e39908a8</b>
Data do Serviço <b>26/03/2024</b>	Código Verificador <b>4e39908a8</b>			

<p><b>PREFEITURA DO MUNICIPIO DE SAO PEDRO/SP</b></p> <p>Secretaria Municipal da Fazenda                  Fone: (19) 3481-9200 - 200.159.89.202:8091/NFS-e Portal</p>	Dt. de Emissão <b>26/03/2024</b>	Exigibilidade 155 Exigível	Tributado no Município São Pedro/SP
---	-------------------------------------	----------------------------------	--

TOMADOR DO SERVIÇO				Município de Prestação do Serviço			
Nome / Razão Social Hospital e Maternidade Beneficente de Charqueada				Charqueada/SP			
Endereço OSWALDO CRUZ,70							
Cidade Charqueada	UF SP	Fone (19) 3486-1333	CEP 13517-032				
Bairro São Benedito							
CNPJ / CPF / ME 51.421.279/0001-18	Inscrição Municipal	Inscrição Estadual					
E-mail admhmbo@hotmail.com							

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 - Plantões durante o mês de Março / 2024 Dados para depósito: Banco do Brasil, Agência 2656-6 Conta Corrente: 25784-2 GOLINELLI SERVICOS MEDICOS LTDA ME OBSERVAÇÕES: - Dispensado da Retenção da COSIRF (4,65% CSLL, PIS e COFINS); Base Legal: Art. 3º da Instrução Normativa SRF nº 459/2004. - Dispensado da Retenção do IRRF (1,50%); Base Legal: Instrução Normativa SRF Nº 23 DE 21/01/1986. Alíquota Efetiva: 2,4513872804%.	12.000,00	2,45	294,17	Não

Código do Serviço 04.01 - Medicina e biomedicina.		Código NBS *****	
ICMS 0,00	COFINS 0,00	COFINS Impunção 0,00	ICMS 0,00
IP 0,00	PIS/PASEP 0,00	PIS/PASEP Impunção 0,00	
Base Cálculo ISSQN Próprio 12.000,00	Valor do ISSQN Próprio 294,17	Base Cálculo ISSQN Retido 0,00	Valor do ISSQN Retido 0,00
Valor Total da NFS-e 12.000,00	Valor Líquido da NFS-e 12.000,00	Valor Total do ISSQN 294,17	Valor Dedução Descontos 0,00

Informações Adicionais NOTA EMITIDA POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL NÃO GERA DIREITO A CRÉDITO FISCAL DE IPTU Lei 12741/2012: Muv: R\$390,00; Est: R\$0,00; Fed: R\$1614,00; Total Aprox: R\$2004,00. Fonte: IBPT.	
---	--

Consulta realizada em 26/03/2024 às 19:20:41.  
 Para consultar a autenticidade acesse: 200.159.89.202:8091/NFS-e Portal



Recebi(emos) de <b>GOLINELLI SERVICOS MEDICOS LTDA</b>	Número da NFS-e 202400000000083	Número de Controle do Município
os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado.	Competência 26/03/2024	4e39908a8
_____ Data      Identificação e assinatura do receptor	Em <u>26/03/24</u> , recebi e conferi as <u>indicadas</u> e / ou serviços constantes desta Nota Fiscal/Recibo. Essa despesa foi paga com o termo de colaboração/fomento <u>firmado com a Prefeitura Municipal de Charqueada, n.º 06/2024, processo n.º 11682/2023 de 01/01/24.</u>	

Consulta realizada em 26/03/2024 às 19:20:41.  
 Para consultar a autenticidade acesse: 200.159.89.202:8091/NFS-e Portal

Puxila



**MUNICÍPIO DE AMERICANA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA**  
**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e**



20240328-53454141000121

Número da Nota <b>00000020</b>	Data e Hora de Emissão <b>28/03/2024 10:29:10</b>	Competência <b>03/2024</b>	Código de Verificação <b>D4KU-JG9G</b>
Exigibilidade <b>Exigível em Americana/SP</b>		Localidade de Prestação <b>Americana/SP</b>	

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

CPF/CNPJ: **53.484.141/0001-21** Inscrição Municipal: **00121174**  
 Nome/Razão Social: **QUALITYMED SERVICOS DE SAUDE LTDA**  
 Endereço: **RUA FORTUNATO FARAONE 1100, Andar 03 Apto 33 - VILA SANTO ANTONIO - CEP: 13466-860**  
 Município: **Americana** UF: **SP**

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

Nome/Razão Social: **HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICIENTE DE CHARQUEADA**  
 CPF/CNPJ: **51.421.279/0001-18** Inscrição Municipal: **---**  
 Endereço: **R OSWALDO CRUZ 70 - JARDIM SAO BENEDITO - CEP: 13517-032**  
 Município: **Charqueada** UF: **SP** E-mail: **adm@hmhc.org.br**

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

REFERENTE A PLANTÕES MÉDICOS DE MARÇO - 2024

Valor líquido Receber R\$ **R\$ 703,88**

Dados para depósito:  
**QUALITYMED SERVICOS DE SAUDE LTDA**

Banco do Brasil  
 Agência 3552-1  
 cc 35.366-3

Retenção de COFINS	Retenção de CSLL	Retenção de INSS	Retenção IR	Retenção de PIS	Outras Retenções
R\$ 22,50	R\$ 7,50	R\$ 0,00	R\$ 11,25	R\$ 4,98	R\$ 0,00

CNAE: 8630503 - Atividade médica ambulatorial restrita a consultas  
 Subitem: 04.01 - Medicina e biomedicina.

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 750,00**

Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito p/ Abatimento do IPTU
0,00	750,00	3,00%	22,50	0,00

**OUTRAS INFORMAÇÕES**

- Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 4.930/2008 e no Decreto nº 8.250/2008
- Data de vencimento do ISS desta NFS-e: 22/04/2024
- Esta NFS-e não gera crédito pois o Tomador de Serviço está localizado fora do município de Americana.
- Valor Líquido a Pagar: R\$ 703,87

Em 28/03/24, recebi e conferi as mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Recibo. Essa despesa foi paga com o termo de colaboração/fomento firmado com a Prefeitura Municipal de Charqueada, n.º 06/2024, processo n.º 11682/2023, de 01/01/24.

*Prixila*

28/03/2024 - BANCO DO BRASIL - 13:49:26  
366803668 SEGUNDA VIA 0001  
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: HOSPITAL MAT BENEFICENTE  
AGENCIA: 3668-4 CONTA: 300.016-8  
-----  
DATA DA TRANSFERENCIA 28/03/2024  
NR. DOCUMENTO 553.552.000.035.366  
VALOR TOTAL 750,00  
\*\*\*\*\* TRANSFERIDO PARA:  
CLIENTE: QUALITYMED S S LTDA  
AGENCIA: 3552-1 CONTA: 35.366-3  
NR. DOCUMENTO 553.668.000.300.016  
-----  
NR. AUTENTICACAO 8.FD5.CDC.BEE.65A.71E





**MUNICÍPIO DE AMERICANA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA**  
**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e**



70249329-03454141380121

Número da Nota <b>00000019</b>	Data e Hora de Emissão <b>28/03/2024 10:25:36</b>	Competência <b>03/2024</b>	Código de Verificação <b>EC8I-LFLL</b>
-----------------------------------	--	-------------------------------	---

Exigibilidade <b>Exigível em Americana/SP</b>	Localidade da Prestação <b>Americana/SP</b>
--	--

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

CPF/CNPJ: **53.464.141/0001-21** Inscrição Municipal: **00121174**  
 Nome/Razão Social: **QUALITYMED SERVICOS DE SAUDE LTDA**  
 Endereço: **RUA FORTUNATO FARAONE 1100, Andar 03 Apto 33 - VILA SANTO ANTONIO - CEP: 13465-660**  
 Município: **Americana** UF: **SP**

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

Nome/Razão Social: **HOSPITAL E MATERNDADDE BENEFICIENTE DE CHARQUEADA**  
 CPF/CNPJ: **51.421.279/0001-19** Inscrição Municipal: **---**  
 Endereço: **R OSWALDO CRUZ 70 - JARDIM SAO BENEDITO - CEP: 13517-032**  
 Município: **Charqueada** UF: **SP** E-mail: **adm@hmhc.org.br**

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

REFERENTE A PLANTÕES MÉDICOS DE MARÇO - 2024

Valor líquido Receber R\$ **R\$ 5.865,63**

Dados para depósito:  
**QUALITYMED SERVICOS DE SAUDE LTDA**

**Banco do Brasil**  
**Agência 3552-1**  
**cc 35.366-3**

Retenção de COFINS	Retenção de CSLL	Retenção de INSS	Retenção IR	Retenção de PIS	Outras Retenções
R\$ 187,50	R\$ 62,50	R\$ 0,00	R\$ 93,75	R\$ 40,63	R\$ 0,00

CNAE: 8630503 - Atividade médica ambulatorial restrita a consultas

Subitem: 04.01 - Medicina e biomedicina

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 6.250,00**

Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito p/ Abatimento do IPTU
0,00	6.250,00	3,00%	187,50	0,00

**OUTRAS INFORMAÇÕES**

- Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 4.830/2009 e no Decreto nº 8.250/2008
- Data de vencimento do ISS desta NFS-e: 23/04/2024
- Esta NFS-e não gera crédito pois o Tomador de Serviço está localizado fora do município de Americana.
- Valor Líquido a Pagar: R\$ 5.865,62

Em 28/03/24, recebi e conferi as mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Recibo. Essa despesa foi paga com o termo de colaboração/fomento firmado com a Prefeitura Municipal de Charqueada, n.º 06/2024, processo n.º 11682/2023 de 01/01/24.

*Disilda*



28/03/2024 - BANCO DO BRASIL - 13:49:26  
366803668 SEGUNDA VIA 0001  
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: HOSPITAL MAT BENEFICENTE  
AGENCIA: 3668-4 CONTA: 300.016-8

\*\*\*\*\*  
DATA DA TRANSFERENCIA 28/03/2024  
NR. DOCUMENTO 553.552.000.035.366  
VALOR TOTAL 6.250,00

\*\*\*\*\* TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: QUALITYMED S S LTDA  
AGENCIA: 3552-1 CONTA: 35.366-3

NR. DOCUMENTO 553.668.000.300.016

\*\*\*\*\*  
NR. AUTENTICACAO 7.015.25A.D4D.2EB.4EE



28/03/2024 - BANCO DO BRASIL - 14:24:05  
366803668 SEGUNDA VIA 0001  
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: HOSPITAL MAT BENEFICENTE  
AGENCIA: 3668-4 CONTA: 300.016-8  
=====

DATA DA TRANSFERENCIA	28/03/2024
NR. DOCUMENTO	553.668.000.014.232
VALOR TOTAL	9.500,00

\*\*\*\*\* TRANSFERIDO PARA:  
CLIENTE: UNIAO S R M SS LTDA ME  
AGENCIA: 3668-4 CONTA: 14.232-8  
NR. DOCUMENTO 553.668.000.300.016  
=====

NR. AUTENTICACAO	E.983.63F.A3D.764.D21
------------------	-----------------------

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

# NFS-e - Nota Fiscal de Serviço Eletrônica

<p><b>UNIÃO SERVIÇOS DE RADIOLOGIA MÉDICA SS LTDA - ME</b></p> <p>RUA WANDERLEY FURLAN, 117                  CEP: 13516-006 - Bairro: PARQUE RESIDENCIAL ALVORADA                  Município: Charqueada - SP                  E-mail: escritoriobrasifiscal@yahoo.com.br                  Fone: (19) 99704-4330</p> <p><b>CNPJ / CPF</b>      <b>Inscrição Estadual</b>      <b>Inscrição Municipal</b>                  28.572.620/0001-14      ISENTA      92/17</p>		<p>Número da NFS-e</p> <p style="text-align: center; font-size: 1.2em;"><b>202400000000083</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Data do Serviço</td> <td style="width: 50%;">Código Verificador</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>26/03/2024</b></td> <td style="text-align: center;"><b>cdad9fc53</b></td> </tr> </table>	Data do Serviço	Código Verificador	<b>26/03/2024</b>	<b>cdad9fc53</b>
Data do Serviço	Código Verificador					
<b>26/03/2024</b>	<b>cdad9fc53</b>					

<p><b>PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE CHARQUEADA/SP</b></p> <p>Secretaria Municipal da Fazenda                  Fone: (19) 3188-9000 - 186.250.144.154:49392/NFS-e Portal</p>	Dt. de Emissão	Exigibilidade ISS	Tributado no Município
	26/03/2024	Exigível	Charqueada/SP

TOMADOR DO SERVIÇO				Município de Prestação do Serviço			
Nome / Razão Social <b>HOSPITAL MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA</b>				<b>Charqueada/SP</b>			
Endereço RUA OSWALDO CRUZ, 70							
Cidade Charqueada	UF SP	Fone (19) 3486-1333	CEP 13517-032				
Bairro SAO BENEDITO							
CNPJ / CPF / INP 51.421.279/0001-18	Inscrição Municipal 052/74	Inscrição Estadual 0					
E-mail escritoriobrasifiscal@yahoo.com.br							

INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO			
Nome / Razão Social	CNPJ / CPF	Inscrição Municipal	Cidade
****	****	****	****
E-mail	Fone	Cidade	
****	****	****	

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	VALOR TOTAL	ALIQ.	VALOR IMPOSTO	RETIDO
Prestação de serviços de exames de Raio X no mês de Março de 2024. Conta para depósito: Banco do Brasil, Agência: 3666-4 C/C: 14.232-8, Alíquota Efetiva: 2,170000000000%.	9.500,00	2,17	206,15	Não

Código do Serviço 04.02 - Análises clínicas, patologia, eletrividade médica, radioterapia, quimioterapia, ultra-sonografia, ressonância magnética, radiologia, tomografia e congêneres.	Código NBS *****																																
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>CDE</td> <td>COFINS</td> <td>COFINS Importação</td> <td>CMS</td> <td>ICP</td> <td>IP</td> <td>PSRASEP</td> <td>PSRASEP Importação</td> </tr> <tr> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> </tr> <tr> <td>Base Cálculo ISSQN Próprio</td> <td>Valor do ISSQN Próprio</td> <td>Base Cálculo ISSQN Retido</td> <td>Valor do ISSQN Retido</td> <td>Valor Total do ISSQN</td> <td>Valor Destinação/Descontos</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>9.500,00</td> <td>206,15</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>206,15</td> <td>0,00</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>	CDE	COFINS	COFINS Importação	CMS	ICP	IP	PSRASEP	PSRASEP Importação	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	Base Cálculo ISSQN Próprio	Valor do ISSQN Próprio	Base Cálculo ISSQN Retido	Valor do ISSQN Retido	Valor Total do ISSQN	Valor Destinação/Descontos			9.500,00	206,15	0,00	0,00	206,15	0,00			
CDE	COFINS	COFINS Importação	CMS	ICP	IP	PSRASEP	PSRASEP Importação																										
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00																										
Base Cálculo ISSQN Próprio	Valor do ISSQN Próprio	Base Cálculo ISSQN Retido	Valor do ISSQN Retido	Valor Total do ISSQN	Valor Destinação/Descontos																												
9.500,00	206,15	0,00	0,00	206,15	0,00																												
Valor Total da NFS-e	9.500,00	Valor Líquido da NFS-e	9.500,00																														

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\$313,50; Est: R\$0,00; Fed: R\$1277,75; Total Aprox: R\$1591,25. Fonte: IBPT.



Consulta realizada em 26/03/2024 às 12:44:16.  
 Para consultar a autenticidade acesse: 186.250.144.154:49392/NFS-e Portal



202400000000083cdad9fc5328572620000114

Recebi(emos) de <b>UNIÃO SERVIÇOS DE RADIOLOGIA MÉDICA SS LTDA - ME</b>	Número da NFS-e 202400000000083	Número de Controle do Município
os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado.	Competência: 26/03/2024	Em <u>26/03/24</u> , recebi e conferi
_____ Data	_____ Identificação e assinatura do receptor	mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Recibo. Essa despesa

Consulta realizada em 26/03/2024 às 12:44:16.  
 Para consultar a autenticidade acesse: 186.250.144.154:49392/NFS-e Portal

paga com o termo de colaboração/tomen  
 enviado para a Prefeitura Municipal  
 Charqueada, n.º 06 2024  
 n.º 11682 2023, de 01/01 24  
*Pisala*

28/03/2024 - BANCO DO BRASIL - 13:49:26  
366803668 SEGUNDA VIA 0001  
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: HOSPITAL MAT BENEFICENTE  
AGENCIA: 3668-4 CONTA: 300.016-8  
=====

DATA DA TRANSFERENCIA	28/03/2024
NR. DOCUMENTO	556.823.000.015.937
VALOR TOTAL	17.538,22

\*\*\*\*\* TRANSFERIDO PARA:  
CLIENTE: ASSOMED SERVICOS MEDICOS  
AGENCIA: 6823-3 CONTA: 15.937-9  
NR. DOCUMENTO 553.668.000.300.015  
=====

NR. AUTENTICACAO	F.AAC.3FB.1CD.EB7.012
------------------	-----------------------





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  
**945**  
Série: **E**  
Data Emissão: **26/03/2024**  
Certificação: **0EADA-394F7**

**DADOS DO PRESTADOR**

Nome/Razão Social: **ASSOMED SERVIÇOS MEDICOS LTDA**  
Nome Fantasia:  
CNPJ/CPF: **34.142.451/0001-21** Insc. Municipal: **638681** Insc. Estadual: **0**  
Endereço: **ARMANDO CESARE DEDINI** Nº: **1062**  
Bairro: **NOVA PIRACICABA** Compl.:  
Município: **PIRACICABA** UF: **SP** CEP: **13405-268**  
E-mail: **fiscal@mantelatocontabil.com.br** Telefone: **1934333717**

**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** Insc. Estadual: **IBENTO**  
Bairro: **CENTRO** Nº: **70**  
Município: **CHARQUEADA** Compl.:  
E-mail: **admhmbo@hotmail.com** UF: **SP** CEP: **13517-032**  
Telefone:

**DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO**

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS PLANTÕES REFERENTE AO MÊS DE MARÇO DE 2024.  
PELO DR. CÉLIO FORTES - CRM 171694/SP

BANCO DO BRASIL  
AGENCIA: 8833-3  
CONTA CORRENTE: 115837-9

Item	Tributável Sim	Qtde. 1,00	Vl. Unitário R\$ 18.887,5	Total R\$ 18.887,50
SERVÇOS MEDICOS PRESTADO				
<p>Em <u>26/03/24</u>, recebi e conferi as mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Recibo. Essa despesa foi paga com o termo de colaboração/fomento firmado com a Prefeitura Municipal de Charqueada, n.º <u>06/2024</u> processo n.º <u>11682/2023</u>, de <u>01/01/24</u>. <i>Disala</i></p>				

Valor Tributável: R\$ 18.887,50	Valor não Tributável: R\$ 0,00	<b>VALOR BRUTO DA NOTA</b>			<b>R\$ 18.887,50</b>
------------------------------------	-----------------------------------	----------------------------	--	--	----------------------

Valor Total das Deduções: R\$ 0,00	Desconto Incondicionado: R\$ 0,00	Desconto Condicionado: R\$ 0,00	Base de Cálculo: R\$ 18.887,50	Alíquota: 2,0000%	Valor do IBS: R\$ 373,75
---------------------------------------	--------------------------------------	------------------------------------	-----------------------------------	----------------------	-----------------------------

PIS: 0,650% R\$ 121,47	COFINS: 3,000% R\$ 566,62	INSS: 0,000% R\$ 0,00	IR: 1,500% R\$ 283,31	CSLL: 1,000% R\$ 188,88	Outras Retenções: R\$ 0,00
---------------------------	------------------------------	--------------------------	--------------------------	----------------------------	-------------------------------

Valor Aproximado de Impostos: Federais R\$ 2.513,47 Estaduais R\$ 0,00 Municipais R\$ 373,75	<b>VALOR LÍQUIDO DA NOTA</b>	<b>R\$ 17.538,22</b>
--	------------------------------	----------------------

**ENQUADRAMENTO DO SERVIÇO**

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

**OUTRAS INFORMAÇÕES**

Mês de Competência: **03/2024** Local do Recolhimento: **PIRACICABA/SP** Dt. Competência: **26/03/2024 16:18:08**  
Recolhimento: **Sem Retenção** Tributação: **Tributação por Faturamento (Variável)**  
CNAE: **8630563**  
Observações: **DR. CELIO**

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

Impresso em: 26/03/2024 às 16:18:08

Recebemos de ASSOMED SERVIÇOS MEDICOS LTDA  
Os serviços constantes nesta Nota Fiscal de Serviços Eletrônica.

Data

Assinatura do Recebedor

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA  
Número: 945  
Certificação  
0EADA-394F7

**Empresa:** Hospital E Maternidade Beneficiente de Charqueada**CNPJ:** 51.421.279/0001-18    **Agência/Conta:** 3668-4 / 300016-8**Nome da Folha:** Folha de pagamento 28.mar.2024 09:25:40**Data Pagamento:** 28/03/2024    **Situação:** Processada    **Agência/Conta:** 3668-4 / 300016-8**Valor Total:** R\$ 144.827,89    **Tipo:** Salário    **Quantidade de Pagamentos:** 54**Assinaturas válidas:**

Rosemary Dos Santos Rodrigues 28/03/2024 10:10:47

Paulo Francisco Do Nascimento 28/03/2024 10:12:38

**OBS:**

Processada



	NOME	CPF	AGÊNCIA/CONTA	SITUAÇÃO	TIPO	VALOR
1	Anete Sirlei Basso	017.209.858-04	3668-4 / 11230-5	Pago	Salário	R\$ 1.052,14
2	Diego Dos Santos Ramos	031.639.822-55	56-6 / 93841-6	Pago	Salário	R\$ 3.841,39
3	Claudenir Santos Lopes	035.114.274-60	3668-4 / 13991-2	Pago	Salário	R\$ 2.442,55
4	Ana Raquel Silva Batista	037.094.374-07	3668-4 / 14739-7	Pago	Salário	R\$ 2.431,00
5	Wladia Prandi Franco	062.399.448-82	3668-4 / 16159-4	Pago	Salário	R\$ 7.711,09
6	Francineide Maria da Silva	072.494.954-29	3668-4 / 11806-0	Pago	Salário	R\$ 2.460,41
7	Maria Dayane Gomes Silva	076.125.314-96	3668-4 / 15923-9	Pago	Salário	R\$ 2.909,85
8	Dilete Ap Dos Santos	083.271.978-19	3668-4 / 9976-7	Pago	Salário	R\$ 2.426,44
9	Maria Rosinalda da Silva	095.866.614-82	3668-4 / 16893-9	Pago	Salário	R\$ 3.241,91
10	Claudete Oliveira Pedroso	122.623.578-62	3668-4 / 196936-6	Pago	Salário	R\$ 2.032,05
11	Raila Bezerra Gomes Leal	141.995.637-09	3668-4 / 15120-3	Pago	Salário	R\$ 2.850,63

Este relatório não é um comprovante da efetivação dos pagamentos exibidos. A emissão de comprovantes pode ser realizada através dos canais de autotendimento BB. Relatório emitido em 28/03/2024 às 14:07:43, por JF303158 ROSEMARY DOS SANTOS RODRIGUES

	NOME	CPF	AGÊNCIA/CONTA	SITUAÇÃO	TIPO	VALOR
12	Valquiria da Silva Polli	171.671.116-56	3668-4 / 5313-9	Pago	Salário	R\$ 2.594,60
13	Cristiane Gomes	175.647.318-85	3668-4 / 5306-6	Pago	Salário	R\$ 3.436,18
14	Lucimara Cristina Ometto	177.738.638-14	3668-4 / 16668-5	Pago	Salário	R\$ 2.247,85
15	Adriana C Cantaruti	190.303.188-56	3668-4 / 10976-2	Pago	Salário	R\$ 2.710,05
16	Mirian Aparecida Pedro	190.303.258-01	3668-4 / 15031-2	Pago	Salário	R\$ 1.880,77
17	Rosemara da Silva	224.623.308-95	3668-4 / 106907-1	Pago	Salário	R\$ 3.307,58
18	Anderson P Souza Fecher	272.448.198-46	3668-4 / 15320-6	Pago	Salário	R\$ 2.888,90
19	Adriana A de Souza	272.798.338-70	3668-4 / 12616-0	Pago	Salário	R\$ 2.736,76
20	Marcia Benedito	298.639.638-01	766-8 / 31108-1	Pago	Salário	R\$ 4.076,28
21	Josiane Aparecida Amaro	306.877.898-39	4587-X / 10991-6	Pago	Salário	R\$ 2.665,91
22	Elenir da Silva Zanni	307.930.628-70	3668-4 / 17571-4	Pago	Salário	R\$ 1.442,71
23	Elisângela A S Barussi	323.118.018-05	3668-4 / 15828-3	Pago	Salário	R\$ 1.134,54
24	Liliane Bragaia	323.612.638-82	4484-9 / 10371-3	Pago	Salário	R\$ 2.173,26
25	Aline Aparecida Ferraz	324.636.518-06	3668-4 / 8924-9	Pago	Salário	R\$ 1.826,62
26	Priscila de Campos Godoy	326.948.428-36	3668-4 / 12762-0	Pago	Salário	R\$ 2.015,88
27	Elisângela Santos Silva	329.362.358-12	3668-4 / 12987-9	Pago	Salário	R\$ 1.930,83
28	Willian Zanon Guidotti	330.978.538-63	341-7 / 48476-8	Pago	Salário	R\$ 4.949,44
29	Tatiane A Vitorino	342.012.748-02	3668-4 / 10022-6	Pago	Salário	R\$ 1.823,34
30	Maria Teresa Jesus Cano	352.004.368-85	3668-4 / 15040-1	Pago	Salário	R\$ 809,35
31	Joice Roberta de Souza	353.598.778-47	3668-4 / 16202-7	Pago	Salário	R\$ 3.290,22

Este relatório não é um comprovante da efetivação dos pagamentos exibidos. A emissão de comprovantes pode ser realizada através dos canais de atendimento BB.  
Relatório emitido em 28/03/2024 às 14:07:43, por JF303158 ROSEMARY DOS SANTOS RODRIGUES

	NOME	CPF	AGÊNCIA/CONTA	SITUAÇÃO	TIPO	VALOR
32	Adelma Goncalves da Silva	360.404.478-28	3668-4 / 16206-X	Pago	Salário	R\$ 2.974,19
33	Erica Buccier	361.404.088-73	3668-4 / 15220-X	Pago	Salário	R\$ 2.019,80
34	Luzia Daliane Braga	364.413.168-62	2656-5 / 17269-3	Pago	Salário	R\$ 4.480,94
35	Geovana Zanatta	364.658.218-93	3668-4 / 106455-X	Pago	Salário	R\$ 3.009,10
36	Renata F B Thomazini	365.547.088-63	3668-4 / 17565-X	Pago	Salário	R\$ 2.848,22
37	Everton Silva da Costa	366.706.988-01	4484-9 / 7171-4	Pago	Salário	R\$ 2.931,62
38	Mariana Ferraz Carlos	377.808.538-70	3668-4 / 16972-2	Pago	Salário	R\$ 690,13
39	Eisangela da Silva	382.104.628-07	3668-4 / 17341-X	Pago	Salário	R\$ 1.959,18
40	Tamara Pedro da Silva	398.454.908-32	3668-4 / 16287-6	Pago	Salário	R\$ 2.932,04
41	Luana Emido A Poli	402.034.048-07	3668-4 / 9929-5	Pago	Salário	R\$ 3.004,60
42	Natalia B Semmeler	402.308.328-30	3668-4 / 11091-4	Pago	Salário	R\$ 2.684,21
43	Eiane O Silva	415.429.338-97	2656-5 / 27009-1	Pago	Salário	R\$ 2.242,03
44	Daniele Cristina Ferreira	436.962.258-08	3668-4 / 11114-7	Pago	Salário	R\$ 3.266,03
45	Andressa Sarto	442.709.538-02	3668-4 / 16291-4	Pago	Salário	R\$ 3.896,53
46	Luana C Souza Arruda	454.598.498-37	3668-4 / 16358-9	Pago	Salário	R\$ 2.957,83
47	Stephanie Schiavinato	460.371.158-18	3668-4 / 17574-9	Pago	Salário	R\$ 2.871,14
48	Talita Monique Souza Munh	473.733.738-28	3668-4 / 15390-7	Pago	Salário	R\$ 3.029,36
49	Amanda Caroline Garcia	476.408.698-39	3668-4 / 17111-5	Pago	Salário	R\$ 2.439,21
50	Paloma Estefan Goncalves	480.773.438-56	3668-4 / 17336-X	Pago	Salário	R\$ 2.601,78
51	Paulo R Bueno Bizoto	491.802.058-52	3668-4 / 16952-8	Pago	Salário	R\$ 2.247,50

Este relatório não é um comprovante de efetivação dos pagamentos exibidos. A emissão de comprovantes pode ser realizada através dos canais de autoatendimento BB.  
Relatório emitido em 28/03/2024 às 14:07:43, por JF303158 ROSEMARY DOS SANTOS RODRIGUES



52	Isabel F Capellasso	503.420.516-14	3668-4 / 13538-0	Pago	Salário	R\$ 2.708,83
53	Patrick H Cunha Oliveira	544.199.158-54	3668-4 / 17539-0	Pago	Salário	R\$ 1.832,69
54	Eusebia Dias da Costa	701.347.404-59	3668-4 / 12819-8	Pago	Salário	R\$ 2.060,40

Este relatório não é um comprovante de efetivação dos pagamentos exibidos. A emissão de comprovantes pode ser realizada através dos canais de autoatendimento BB.  
Relatório emitido em 28/03/2024 às 14:07:43, por JF303158 ROSEMARY DOS SANTOS RODRIGUES

Central de Atendimento BB 4004 0001 (Capitais) e 0800 729 0001 (Demais localidades)  
SAC 0800-729-0722 / Ouvidoria 0800-729-5678 / Deficientes Auditivos/Falsos 0800-729-0088

Funcionario	CodCnp	CPF	Funcao	Banco	Agencia	Conta	Categoria	Valor
ANIELMA GONCALVES DA SILVA	235	360.404.478-28	Tecnico (a) Enfermag	-	-	-	-	2.874,14
AURILIAN APARECIDA DE SOUZA	134	272.798.278-70	Tecnico (a) Enfermag	001	3468	128180	-	2.736,74
ADRIANA CRISTINA CASTANHOTI CAMPOS	239	130.303.188-56	Auxiliar de Enferm	-	-	-	-	2.716,07
ALINE APARECIDA FERREI	256	324.636.518-06	Auxiliar de Enferm	-	-	-	-	1.826,64
AMANDA CAROLINE GARCIA PISCOLITO	226	476.408.888-39	Tecnico (a) Enfermag	-	-	-	-	2.439,43
ANA RAQUEL DA SILVA BRITTO	188	037.084.374-07	Auxiliar de Limpieza	-	-	-	-	2.431,04
ANDRESON PAULINO DE SOUZA FREIRE	213	272.448.198-48	Tecnico (a) Enfermag	-	-	-	-	2.489,90
ANDRESSA SANTO BENEDITO	236	482.709.038-02	Enfermeiro (a)	-	-	-	-	3.894,53
ANETE SIMONE DALMI	38	017.205.958-04	Tecnico (a) Enfermag	001	3468	11205	-	1.852,14
CLAUDINEIA DOS SANTOS LOPES	171	035.114.878-60	Cozinheira Hospitalar	-	-	-	-	2.462,55
CLAUDINEI OLIVEIRA PEDROSO	258	122.623.578-62	Copista	-	-	-	-	2.032,85
CRISTIANE GOMES	4	175.647.318-83	Farmaceutico Hospitalar	001	3468	2308-4	-	3.436,16
DAIANE CRISTINA FERREIRA	246	438.982.238-08	Tecnico (a) Enfermag	-	-	-	-	1.244,23
DIEGO DOS SANTOS RAMOS	220	031.635.828-55	Enfermeiro (a)	-	-	-	-	3.841,24
DILETE APARECIDA DOS SANTOS	117	093.271.978-18	Auxiliar de Limpieza	001	3468	9976-7	-	2.425,44
ELIANE OLIVEIRA SILVA	244	415.429.338-97	Auxiliar de Enfermag	-	-	-	-	2.281,07
ELIETE DA SILVA ZANINI	258	307.930.428-70	Tecnico (a) Enfermag	-	-	-	-	1.442,71
ELIANEIRE DA SILVA	222	121.118.018-05	Tecnico (a) Enfermag	-	-	-	-	1.134,54
ELIANEIRE SANTOS SILVA	243	382.124.828-07	Auxiliar de Limpieza	-	-	-	-	1.958,16
ERICA SOCCIE	157	329.362.358-12	Auxiliar de Escritur	001	3468	11987-3	-	1.830,83
EUFRASIA DIAS DA COSTA	207	161.404.088-73	Auxiliar de Escritur	-	-	-	-	2.079,80
EVERTON SILVA DA COSTA	132	701.247.404-59	Auxiliar de Limpieza	001	3468	10838-8	-	2.080,48
FRAZINEIRE MARIA DA SILVA	158	356.704.988-91	Enfermeiro	-	-	-	-	2.931,62
FRYVIANA ZANETTA	205	072.484.954-28	Lavadeira (a) em gen	-	-	-	-	2.446,43
ISABEL FLORENTELO CASTELLASSO	183	344.634.218-92	Tecnico (a) Enfermag	-	-	-	-	3.009,10
JELICE ROBERTA DE SOUZA	240	503.420.018-14	Tecnico (a) Enfermag	-	-	-	-	2.708,87
JOSIANE APARECIDA AMARO	234	353.598.778-49	Tecnico (a) Enfermag	001	3468	104114	-	1.290,22
LETICIA SOARES	208	208.877.898-29	Tecnico (a) Enfermag	-	-	-	-	2.845,91
LIVIA CAROLINA DE SOUZA APARECIDA	261	323.012.638-82	Tecnico (a) Enfermag	-	-	-	-	2.173,26
LUIZA EMILIO ALEXANDRE FELT	242	434.596.498-17	Tecnico de Farmacia	-	-	-	-	2.971,83
LUCIANA CRISTINA CRISTO	112	402.039.058-07	Auxiliar de Enfermag	001	3468	9928-5	-	3.004,40
LUIZA DAMASCENO BRAGA	210	344.411.158-62	Enfermeiro (a)	-	-	-	-	2.247,82
MARCIA BENEDITO	218	298.639.638-01	Enfermeiro (a)	-	-	-	-	4.074,26

Em 28/03/04, recebi e conferi 2 mercadorias e / ou serviços constante nesta Nota Fiscal/Recibo. Essa despesa fi paga com o termo de colaboração/levant firmado com a Prefeitura Municipal d Charqueada, n.º 06/2004, process n.º 11682/2003 de 01/01/04.

*Priscila*

MARTA SAIZARE GOMES DA SILVA	251	078.125.119-86	Tecnico (a) Enfermagem	-	2.905,45
MARIA ROQUELINDA DA SILVA	178	093.844.514-82	Tecnico (a) Enfermagem	-	3.341,21
MARTA TERESA JESUS CARO	143	102.004.303-85	Auxiliar de Limpeza	-	829,35
MARILIAN FERREAS CARLOS	235	377.808.138-70	Tecnico (a) Enfermagem	-	590,13
MIRIAM ALVAREZ DA SILVA	198	190.303.238-01	Tecnico (a) Enfermagem	-	1.886,77
MAYALLA HERTOGZINI SCHMELER	224	402.308.328-70	Auxiliar de Dentista	-	2.984,21
MAYCORA ESTEFAN COMALYNE	242	480.773.438-56	Tecnico (a) Enfermagem	-	2.401,78
MATHEUS HENRIQUE DA SILVA OLIVEIRA	283	544.197.108-54	Auxiliar de Dentista	-	1.422,85
MAURO RICARDO SOUZA BASTOS	234	493.402.058-52	Auxiliar de Dentista	-	2.241,50
MARCELA DE CARVALHO GODOY	246	326.946.428-16	Auxiliar de Dentista	-	2.015,88
MARIA BEZERRA GOMES LEAL	201	141.995.837-09	Tecnico (a) Enfermagem	-	2.850,43
MARINA FERREIRA MORTOLLI TRINGALINI	258	365.547.068-52	Enfermeira	-	2.988,22
MARLENE DA SILVA NORONHA	179	224.421.808-95	Tecnico (a) Enfermagem	-	3.201,58
STEFANIE BARBOSA DA SILVA SCHIVIANO	278	460.771.158-18	Enfermeira	-	2.471,18
TRACYA MOURAO DE SOUZA REINHO	216	472.732.738-28	Auxiliar de Dentista	-	3.029,26
MARINA FERRE DA SILVA	277	398.454.908-32	Tecnico (a) Enfermagem	-	2.932,08
MAYARA ALVAREZ DA SILVA	287	342.012.748-09	Contribuinte Hospitalar	-	1.823,38

Em 28/03/24, recebi e conferi as mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Recibo. Essa despesa foi paga com o termo de colaboração/lançamento firmado com a Prefeitura Municipal de Charqueada, n.º 06/2024, processo n.º 11682/2023 de 01/01/24.

*Pixela*

Função/Atividade	Código	CPF	Função	Tabela (M)	Enfermagem	001 - 3888 - 3333-9	Taxa Agência Cmsa Curitiba	Valor
YACQUIERA DA SILVA POLDI	30	111.671.118-18	Técnico (M)	Enfermagem	001 - 3888 - 3333-9	-	2.594,80	
WILLIAN ZAMBINI JUDICETTI	48	130.878.338-63	Enfermeiro		001 - 0341 - 48876-8	-	4.948,44	
MILADIA PRANDI FRANGO	232	042.399.488-82	ADMINISTRADOR (M)	NO	-	-	7.111,09	

Total (Descontos) 144.657,99

Em 28/03/24, recebi e confiro as mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Recibo. Esta despesa foi paga com o termo de colaboração/fornecimento firmado com a Prefeitura Municipal de Charqueada, n.º 06/2024, processo n.º 11682/2023, de 01/01/24.

*Rosilva*

**Empresa:** Hospital E Maternidade Beneficiente de Charqueada**CNPJ:** 51.421.279/0001-18    **Agência/Conta:** 3668-4 / 300016-8**Nome da Folha:** Folha de pagamento 28.mar.2024 09:48:36**Data Pagamento:** 28/03/2024    **Situação:** Processada    **Agência/Conta:** 3668-4 / 300016-8**Valor Total:** R\$ 12.456,69    **Tipo:** Pgto 13 Salário    **Quantidade de Pagamentos:** 8**Assinaturas válidas:**

Rosemary Dos Santos Rodrigues 28/03/2024 10:18:24

Paulo Francisco Do Nascimento 28/03/2024 10:16:25

**OBS:**

Processada



	NOME	CPF	AGÊNCIA/CONTA	SITUAÇÃO	TIPO	VALOR
1	Anete Sirlei Basso	017.209.858-04	3668-4 / 11230-5	Pago	Pgto 13 Salário	R\$ 1.679,26
2	Diego Dos Santos Ramos	031.639.822-55	56-6 / 93841-6	Pago	Pgto 13 Salário	R\$ 2.279,22
3	Lucimara Cristina Ometto	177.738.638-14	3668-4 / 16668-5	Pago	Pgto 13 Salário	R\$ 1.016,19
4	Josiane Aparecida Amaro	306.677.898-39	4587-X / 10991-6	Pago	Pgto 13 Salário	R\$ 1.077,02
5	Adelma Goncalves da Silva	360.404.478-26	3668-4 / 16206-X	Pago	Pgto 13 Salário	R\$ 1.223,90
6	Everton Silva da Costa	366.706.988-01	4484-9 / 7171-4	Pago	Pgto 13 Salário	R\$ 2.865,32
7	Elane O Silva	415.429.338-97	2656-5 / 27009-1	Pago	Pgto 13 Salário	R\$ 1.006,97
8	Amanda Caroline Garcia	476.408.898-39	3668-4 / 17111-5	Pago	Pgto 13 Salário	R\$ 1.308,81

Este relatório não é um comprovante de efetivação dos pagamentos exibidos. A emissão de comprovantes pode ser realizada através dos canais de autoatendimento BB.  
Relatório emitido em 28/03/2024 às 14:11:29, por JF303158 ROSEMARY DOS SANTOS RODRIGUES

Central de Atendimento BB 4004 0001 (Capital) e 0800 729 0001 (Demais localidades)  
SAC 0800-729-0722 / Ouvidoria 0800-729-5678 / Deficientes Auditivos/Fala 0800-729-0088

08/28/23

Modelo: Adiantamento de ITR

Belaçóvia

HOSPITAL E MATERNIDADE ROBERTICARTE DE CHAPICOMIM

Relação Recauda ITR Salários Liquidada - Março/2024

Data: 23/03/2024

Pág. 1

Funcionaria	Código	CPF	Função	Base	Município	Categoria	Valor
ARELIANA GOMES ALVES DA SILVA	225	380.804.478-26	Técnicas (A) Enfermagem	-	-	-	1.223,96
ANANDA CAROLINE SANCIA PRZESLONTO	236	416.409.038-39	Técnicas (A) Enfermagem	-	-	-	1.209,81
ANETE SIBELLI RASCO	98	017.203.838-04	Técnicas (A) Enfermagem	001 - 3888 - 112205	-	-	1.478,26
ARIZO DOS SANTOS RAMOS	220	031.639.822-55	Enfermeiros (A)	-	-	-	2.279,22
ELIANE OLIVEIRA SILVA	208	415.429.338-97	Auxiliares de Enfermagem	-	-	-	1.106,91
EVERTON SILVA DA COSTA	188	386.704.988-01	Enfermeiros	-	-	-	2.869,32
JOSILIAN APARECIDA AMARO	208	306.877.888-29	Técnicas (A) Enfermagem	-	-	-	1.079,02
LUOLIMMA CRISTINA GOMES	249	197.338.638-14	Auxiliares de Enfermagem	-	-	-	1.016,18

TOTAL GERAL:

12.456,69

Em \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, recebi e conferi os mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Recibo. Essa despesa foi paga com o termo de colaboração/fomento firmado com a Prefeitura Municipal de Charqueada, n.º \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, processo n.º \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

**Empresa:** Hospital E Maternidade Beneficiente de Charqueada**CNPJ:** 51.421.279/0001-18    **Agência/Conta:** 3668-4 / 300016-8**Nome da Folha:** Folha de pagamento 28.mar.2024 09:54:22**Data Pagamento:** 28/03/2024    **Situação:** Processada    **Agência/Conta:** 3668-4 / 300016-8**Valor Total:** R\$ 5.964,92    **Tipo:** Férias LP    **Quantidade de Pagamentos:** 2**Assinaturas válidas:**

Rosemary Dos Santos Rodrigues 28/03/2024 10:20:44

Paulo Francisco Do Nascimento 28/03/2024 10:22:07

**OBS:**

Processada

	NOME	CPF	AGÊNCIA/CONTA	SITUAÇÃO	TIPO	VALOR
1	Valquiria da Silva Polli	171.671.118-56	3668-4 / 5313-9	Pago	Férias Lp	R\$ 3.065,96
2	Joice Roberta de Souza	353.598.778-47	3668-4 / 16202-7	Pago	Férias Lp	R\$ 2.898,96

Este relatório não é um comprovante da efetivação dos pagamentos exibidos. A emissão de comprovantes pode ser realizada através dos canais de atendimento BB.  
Relatório emitido em 28/03/2024 às 14:10:48, por JF303158 ROSEMARY DOS SANTOS RODRIGUES

Central de Atendimento BB 4004 0001 (Capitais) e 0800 729 0001 (Demais localidades)  
SAC 0800-729-0722 / Ouvidoria 0800-729-5678 / Deficientes Auditivos/Fala 0800-729-0086

28/03

### AVISO DE FÉRIAS

CAPÍTULO VI - TÍTULO II DA C.L.T.  
DEC.-LEI Nº 5452 DE 01/05/1943, COM AS ALTERAÇÕES DO DEC.-LEI Nº 1.535 DE 13/04/1977

### AVISO PRÉVIO DE FÉRIAS

DE ACORDO COM O ART. 135 DA C.L.T., PARTICIPANDO NO MÍNIMO COM 30 DIAS DE ANTECEDÊNCIA

### NOTIFICAÇÃO

Nome: **JOICE ROBERTA DE SOUZA** Obs:  
Nº Registro: 234 Nº Cart. Prof.: 17573 Série: 307 Função: Técnico (a) Enfermagem Data Admissão: 20/09/2021

### PERÍODOS

De Aquisição : de 20 de Setembro de 2022 a 19 de Setembro de 2023  
De gozo de férias : de 02 de Abril de 2024 a 01 de Maio de 2024

### BASE PARA CÁLCULO DA REMUNERAÇÃO DAS FÉRIAS

Faltas Não Justificadas	0	Salário Base	1.883,00	Base de Cálculo	2.415,57	
013 Férias Normais	30,00	2.415,57	306 Retenção de IR sobre Férias	7,50	36,50	
044 1/3 de Férias	805,19	353 INSS Férias	12,00	385,30		
Total de Proventos			3.220,76	Total de Descontos		321,80

Pelo presente comunicamos-lhe que, de acordo com a lei, ser-lhe-ão concedidas férias relativas ao período acima descrito e a sua disposição fica a importância líquida de R\$ **2.898,96**.

VALOR POR EXTENSO: DOIS MIL OITOCENTOS E NOVENTA E OITO REAIS E NOVENTA E SEIS CENTAVOS\*\*\*\*\*

a ser paga adiantadamente.

CHARQUEADA, 28/03/24

LOCAL E DATA

Joice R. de Souza  
JOICE ROBERTA DE SOUZA

[Assinatura]  
HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE C  
CNPJ/CEI: 51.421.279/0001-18

Em 28/03/24, recebi e conferi as mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Recibo. Essa despesa foi paga com o termo de colaboração/fomento firmado com a Prefeitura Municipal de Charqueada, n.º 06/2024, processo n.º 11682/2023, de 01/01/24

Priscila



**RECIBO DE FÉRIAS**

DE ACORDO COM O PARÁGRAFO ÚNICO DO ARTIGO 145 DA C.L.T.

Recebi da empresa HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA, CNPJ/CEI:  
51.421.279/0001-18, estabelecida na RUA OSWALDO CRUZ, 70 em CHARQUEADA  
a importância de R\$ 2.898,96.

**VALOR POR  
EXTENSO**DOIS MIL QUITOCENTOS E NOVENTA E OITO REAIS E NOVENTA E SEIS  
CENTAVOS.....

que me é paga antecipadamente por motivo das minhas férias regulares, ora concedidas, e que vou gozar de acordo com a descrição acima, tudo conforme o aviso que recebi em tempo, no qual dei o meu "CIENTE".

Para clareza e documento, firmo o presente recibo, dando à empresa plena e geral quitação.

CHARQUEADA 28/03/24  
LOCAL E DATA

Joice R. Souza  
JOICE ROBERTA DE SOUZA

Em 28/03/24, recebi e conferi as mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Recibo. Essa despesa foi paga com o termo de colaboração/fomento firmado com a Prefeitura Municipal de Charqueada, n.º 06/2024, processo n.º 11682/2023 de 01/01/24.

Priscila

28/03

### AVISO DE FÉRIAS

CAPÍTULO VI - TÍTULO II DA C.L.T.  
DEC.-LEI Nº 5452 DE 01/05/1943, COM AS ALTERAÇÕES DO DEC.-LEI Nº 1.535 DE 13/04/1977

### AVISO PRÉVIO DE FÉRIAS

DE ACORDO COM O ART. 135 DA C.L.T., PARTICIPANDO NO MÍNIMO COM 30 DIAS DE ANTECEDÊNCIA

### NOTIFICAÇÃO

Nome: VALQUIRIA DA SILVA POLLI      Obs:  
Nº Registro: 30      Nº Cart. Prof.: 00461      Série: 087      Função: Técnico (a) Enfermagem      Data Admissão: 01/10/1996

### PERÍODOS

De Aquisição: de 01 de Outubro de 2022 a 30 de Setembro de 2023  
De gozo de férias: de 01 de Abril de 2024 a 30 de Abril de 2024

### BASE PARA CÁLCULO DA REMUNERAÇÃO DAS FÉRIAS

Faltas Não Justificadas	0	Salário Base	1.883,00	Base de Cálculo	2.605,46
013 Férias Normais	30,00	2.605,46	306 Retenção de IR sobre Férias	15,00	92,30
044 1/3 de Férias		868,49	353 INSS Férias	12,00	315,69
Total de Proventos		3.473,95	Total de Descontos		407,99

Pelo presente comunicamos-lhe que, de acordo com a lei, ser-lhe-ão concedidas férias relativas ao período acima descrito e a sua disposição fica a importância líquida de R\$ 3.065,96

VALOR POR EXTENSO      TRÊS MIL SESENTA E CINCO REAIS E NOVENTA E SEIS CENTAVOS \*\*\*\*\*

a ser paga adiantadamente.

Valquira da Silva Polli  
VALQUIRIA DA SILVA POLLI

CHARQUEADA, 28/03/2024  
LOCAL E DATA  
[Assinatura]  
HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE C  
CNPJ/CEI: 51.421.279/0001-18

Em 28/03/24, recebi e conferi as mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Recibo. Essa despesa foi paga com o termo de colaboração/fomento firmado com a Prefeitura Municipal de Charqueada, n.º 06/2024, processo n.º 11682/2023, de 01/01/24.  
Pruxila

**RECIBO DE FÉRIAS**

DE ACORDO COM O PARÁGRAFO ÚNICO DO ARTIGO 145 DA CLT.

Recebi da empresa HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA, CNPJ/CEI:  
51.421.279/0001-18, estabelecida na RUA OSWALDO CRUZ, 70 em CHARQUEADA  
a importância de R\$ 3.065,96

**VALOR POR  
EXTENSO**

TRES MIL SESSENTA E CINCO REAIS E NOVENTA E SEIS CENTAVOS \*\*\*\*\*

que me é paga antecipadamente por motivo das minhas férias regulares, ora concedidas, e que vou gozar de acordo com a descrição acima, tudo conforme o aviso que recebi em tempo, no qual dei o meu "CIENTE".  
Para clareza e documento, firmo o presente recibo, dando à empresa plena e geral quitação.

CHARQUEADA, 28/03/2024  
LOCAL E DATA

Valquíria da Silva Polli  
VALQUIRIA DA SILVA POLLI

Em 28/03/24, recebi e conferi as mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Recibo. Essa despesa foi paga com o termo de colaboração/fomento firmado com a Prefeitura Municipal de Charqueada, n.º 06/2024, processo n.º 11682/2023, de 01/01/24.

Puxila

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
28/03/2024 - AUTODATENDIMENTO - 14.26.46  
3668403668 SEGUNDA VIA 0001  
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
COMPROVANTE DE  
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL  
CLIENTE: HOSPITAL MAT BENEFICENTE  
AGENCIA: 3668-4 CONTA: 300.016-8  
\*\*\*\*\*  
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA  
REMETENTE : HOSPITAL MAT BENEFICENTE  
BANCO: 033 - BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.  
AGENCIA: 0041-8 - PIRACICABA  
CONTA: 13.011.327-1  
  
FAVORECIDO: ZANATTA SERVICOS MEDICOS LTDA  
CPF/CNPJ: 46.092.119/0001-32  
VALOR: R\$ 44.937,50  
DEBITO EM: 28/03/2024  
\*\*\*\*\*  
DOCUMENTO: 032801  
AUTENTICACAO SISBB: 3.E30.224.47D.8F7.8AC





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  
**87**  
Série: **E**  
Data Emissão: **26/03/2024**  
Certificação: **F3959-9C148**

**DADOS DO PRESTADOR**

Nome/Razão Social: **ZANATTA SERVIÇOS MEDICOS LTDA**  
Nome Fantasia:  
CNPJ/CPF: **46.092.119/0001-32** Insc. Municipal: **664500** Insc. Estadual: **ISENTO**  
Endereço: **RUA DONA EUGÊNIA** Nº: **345**  
Bairro: **JARDIM EUROPA** Compl.:  
Município: **PIRACICABA** UF: **SP** CEP: **13416-401**  
E-mail: **oss.nfe@hotmail.com** Telefone: **19982636836**

**DADOS DO TOMADOR**

Nome/Razão Social: **HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA**  
CNPJ/CPF: **51.421.279/0001-18** Insc. Municipal:  
Endereço: **R OSWALDO CRUZ** Insc. Estadual: **ISENTO**  
Bairro: **CENTRO** Nº: **70**  
Município: **CHARQUEADA** UF: **SP** CEP: **13515-000**  
E-mail: **admhmdb@hotmail.com** Telefone: **1934861333**

**DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO**

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS PLANTÕES REFERENTE A MARÇO DE 2024

Item	Tributável Sm	Qtde.	VL. Unitário R\$	Total R\$
Serviços Médicos		1,00	44.937,50	44.937,50

Em 26/03/24, recebi e conferi as mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Recibo. Essa despesa foi paga com o termo de colaboração/fomento firmado com a Prefeitura Municipal de Charqueada, n.º 06/2024, processo n.º 11682/2023, de 01101/24.  
*Duxila*

Valor Tributável: <b>R\$ 44.937,50</b>	Valor não Tributável: <b>R\$ 0,00</b>	<b>VALOR BRUTO DA NOTA</b>			<b>R\$ 44.937,50</b>
Valor Total das Deduções: <b>R\$ 0,00</b>	Desconto Incondicionado: <b>R\$ 0,00</b>	Desconto Condicionado: <b>R\$ 0,00</b>	Base de Cálculo: <b>R\$ 44.937,50</b>	Alíquota: <b>5,0000%</b>	Valor do ISS: <b>R\$ 2.246,88</b>
IR: <b>0,000%</b> <b>R\$ 0,00</b>	COPINS: <b>0,000%</b> <b>R\$ 0,00</b>	INSS: <b>0,000%</b> <b>R\$ 0,00</b>	IR: <b>0,000%</b> <b>R\$ 0,00</b>	CSLL: <b>0,000%</b> <b>R\$ 0,00</b>	Outras Retenções: <b>R\$ 0,00</b>
Valor Aproximado de Impostos: Federais <b>R\$ 2.376,35</b> Estaduais <b>R\$ 0,00</b> Municipais <b>R\$ 2.246,88</b>			<b>VALOR LÍQUIDO DA NOTA</b>		<b>R\$ 44.937,50</b>

**ENQUADRAMENTO DO SERVIÇO**

4.01 - Medicina e biomédica

**OUTRAS INFORMAÇÕES**

Mês de Competência: **03/2024** Local do Recolhimento: **PIRACICABA/SP** Dt: **26/03/2024 15:46:27**  
Recolhimento: **Sem Retenção** Tributação: **Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP)** Competência:  
CNAE: **8630503** Empresa Optante do Simples Nacional  
Observações: O PAGAMENTO DEVERÁ SER EFETUADO ATRAVÉS DE DEPOSITO BANCÁRIO - **BCO SANTANDER AG - 2041**  
CIC: 13011327-1

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

Impresso em: 26/03/2024 às 15:50:21

Recebi(em) de: <b>ZANATTA SERVIÇOS MEDICOS LTDA</b> Os serviços constantes nesta Nota Fiscal de Serviços Eletrônica. _____ Data	<b>NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA</b> Número: <b>87</b> Certificação: <b>F3959-9C148</b>
--	---

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
28/03/2024 - AUTOATENDIMENTO - 14.26.47  
3668403668 SEGUNDA VIA 0001  
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
COMPROVANTE DE  
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL  
CLIENTE: HOSPITAL MAT BENEFICENTE  
AGENCIA: 3668-4 CONTA: 300.016-8  
\*\*\*\*\*  
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA  
REMETENTE : HOSPITAL MAT BENEFICENTE  
BANCO: 033 - BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.  
AGENCIA: 0041-8 - PIRACICABA  
CONTA: 13.011.327-1  
  
FAVORECIDO: ZANATTA SERVICOS MEDICOS LTDA  
CPF/CNPJ: 46.092.119/0001-32  
VALOR: R\$ 18.000,00  
DEBITO EM: 28/03/2024  
\*\*\*\*\*  
DOCUMENTO: 032802  
AUTENTICACAO SISBB: C.F0A.568.035.028.440





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  
**89**  
Série: **E**  
Data Emissão: **26/03/2024**  
Certificação: **84DA8-6E124**

**DADOS DO PRESTADOR**

Nome/Razão Social: **ZANATTA SERVIÇOS MEDICOS LTDA**  
Nome Fantasia:  
CNP./CPF: **46.082.119/0001-32** Insc. Municipal: **664506** Insc. Estadual: **ISENTO**  
Endereço: **RUA DONA EUGÊNIA** Nº: **345**  
Bairro: **JARDIM EUROPA** Compl.:  
Município: **PIRACICABA** UF: **SP** CEP: **13416-401**  
E-mail: **cas.nfe@hotmail.com** Telefone: **1998262838**

**DADOS DO TOMADOR**

Nome/Razão Social: **HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA** Insc. Estadual: **ISENTO**  
CNP./CPF: **81.421.279/0001-18** Insc. Municipal:  
Endereço: **R OSWALDO CRUZ** Nº: **70**  
Bairro: **CENTRO** Compl.:  
Município: **CHARQUEADA** UF: **SP** CEP: **13515-000**  
E-mail: **admhmhc@hotmail.com** Telefone: **1934861333**

**DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO**

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DIREÇÃO CLINICA REFERENTE A MARÇO DE 2024

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

*Em 26/03/24, recebi e conferi as mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Recibo. Essa despesa foi paga com o termo de colaboração/fomento firmado com a Prefeitura Municipal de Charqueada, n.º 06/2024, processo n.º 11682/2023, de 01/01/24.*  
*Diviana*

Valor Tributável: R\$ 10.000,00	Valor não Tributável: R\$ 0,00	<b>VALOR BRUTO DA NOTA</b>			<b>R\$ 10.000,00</b>
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: 5,0000%	Valor do IBS: R\$ 500,00
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: Federal R\$ 1.864,00 Estadual R\$ 0,00 Municipal R\$ 500,00 **VALOR LÍQUIDO DA NOTA** **R\$ 10.000,00**

**ENQUADRAMENTO DO SERVIÇO**

4.01 - Medicina e biomedicina.

**OUTRAS INFORMAÇÕES**

Mês de Competência: **03/2024** Local do Recebimento: **PIRACICABA/SP** DI: **26/03/2024 15:55:52**  
Recolhimento: **Sem Retenção** Tributação: **Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP)** Competência:  
CNAE: **8630503** Empresa Optante do Simples Nacional  
Observações: O PAGAMENTO DEVERÁ SER EFETUADO ATRAVÉS DE DEPOSITO BANCÁRIO - BCO SANTANDER AD. 0541  
CC:13011327-1

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

Impresso em: 26/03/2024 às 15:55:58

Recibamos de: <b>ZANATTA SERVIÇOS MEDICOS LTDA</b> Os serviços constantes nesta Nota Fiscal de Serviços Eletrônica.	<b>NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA</b> Número: <b>89</b> Certificação <b>84DA8-6E124</b>
Data: _____ Assinatura do Recebedor: _____	

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
28/03/2024 - AUTOATENDIMENTO - 14.26.47  
3668403668 SEGUNDA VIA 0001  
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
COMPROVANTE DE  
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL  
CLIENTE: HOSPITAL MAT BENEFICENTE  
AGENCIA: 3668-4 CONTA: 300.016-8  
\*\*\*\*\*  
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA  
REMETENTE : HOSPITAL MAT BENEFICENTE  
BANCO: 033 - BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.  
AGENCIA: 0041-8 - PIRACICABA  
CONTA: 13.011.327-1  
  
FAVORECIDO: ZANATTA SERVICOS MEDICOS LTDA  
CPF/CNPJ: 46.092.119/0001-32  
VALOR: R\$ 12.375,00  
DEBITO EM: 28/03/2024  
\*\*\*\*\*  
DOCUMENTO: 032803  
AUTENTICACAO SISBB: E.813.F00.A3F.252.9A0







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  
**90**  
Série: **E**  
Data Emissão: **28/03/2024**  
Certificação: **16CDD-D47B1**

**DADOS DO PRESTADOR**

Nome/Razão Social: ZANATTA SERVIÇOS MÉDICOS LTDA  
Nome Fantasia:  
CNPJ/CPF: 48.092.119/0001-32 Insc. Municipal: 664506 Insc. Estadual: ISENTA  
Endereço: RUA DONA EUGÊNIA Nº: 945  
Bairro: JARDIM EUROPA Compl.:  
Município: PIRACICABA UF: SP CEP: 13416-401  
E-mail: oss.nfe@hotmail.com Telefone: 19952636638

**DADOS DO TOMADOR**

Nome/Razão Social: HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA  
CNPJ/CPF: 51.421.279/0001-18 Insc. Municipal: Insc. Estadual: ISENTA  
Endereço: R OSWALDO CRUZ Nº: 70  
Bairro: CENTRO Compl.:  
Município: CHARQUEADA UF: SP CEP: 13515-000  
E-mail: admhmbc@hotmail.com Telefone: 1934861333

**DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO**

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS PLANTÕES REFERENTE A MARÇO DE 2024

Item	Tributável	Qtde.	VL Unitário R\$	Total R\$
SERVIÇOS MÉDICOS	Sim	1,00	12375	12.375,00

Em 28/03/24, recebi e conferi as mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Recibo. Essa despesa foi paga com o termo de colaboração/fomento firmado com a Prefeitura Municipal de Charqueada, n.º 06/2024, processo n.º 11682/2023, de 01/01/24.

*Priscila*

Valor Tributável: R\$ 12.375,00	Valor não Tributável: R\$ 0,00	<b>VALOR BRUTO DA NOTA</b>			<b>R\$ 12.375,00</b>
Valor Total das Deduções: R\$ 0,00	Desconto Incondicionado: R\$ 0,00	Desconto Condicionado: R\$ 0,00	Base de Cálculo: R\$ 12.375,00	Alíquota: 5,0000%	Valor do ISS: R\$ 618,75
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\$ 2.306,70 Estaduais R\$ 0,00 Municipais R\$ 618,75			<b>VALOR LÍQUIDO DA NOTA</b>		<b>R\$ 12.375,00</b>

**ENQUADRAMENTO DO SERVIÇO**

4.01 - Medicina e biomedicina.

**OUTRAS INFORMAÇÕES**

Mês de Competência: 03/2024 Local do Recolhimento: PIRACICABA/SP Dt: 28/03/2024 09:48:04  
Recolhimento: Sem Retenção Tributação: Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP) Competência:  
CNAE: 8630503 Empresa Optante do Simples Nacional  
Observação: O PAGAMENTO DEVERÁ SER EFETUADO ATRAVÉS DE DEPOSITO BANCÁRIO - BCO SANTANDER AG: 0041  
C/C: 13611327-1

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

Impresso em: 28/03/2024 às 09:48:15

Recebemos de: ZANATTA SERVIÇOS MÉDICOS LTDA Os serviços constantes nesta Nota Fiscal de Serviços Eletrônica. _____ Data	_____ Assinatura do Recebedor	<b>NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA</b> Número: 90 Certificação: 16CDD-D47B1
--	----------------------------------	---

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
28/03/2024 - AUTOATENDIMENTO - 14.26.47  
3668403668 SEGUNDA VIA 0001  
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
COMPROVANTE DE  
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL  
CLIENTE: HOSPITAL MAT BENEFICENTE  
AGENCIA: 3668-4 CONTA: 300.016-8  
\*\*\*\*\*  
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA  
REMETENTE : HOSPITAL MAT BENEFICENTE  
BANCO: 077 - BANCO INTER  
AGENCIA: 0001-9 - MATRIZ  
CONTA: 31.112.423-2  
  
FAVORECIDO: BRONDI SERVICOS MEDICOS E REPRESENT  
CPF/CNPJ: 08.409.368/0001-10  
VALOR: R\$ 125,00  
DEBITO EM: 28/03/2024  
\*\*\*\*\*  
DOCUMENTO: 032884  
AUTENTICACAO SISBB: E.C99.E9F.E24.802.809





PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO CLARO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE ECONOMIA E  
NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e

Número da  
NFS-e  
120



Data e Hora da Emissão	27/03/2024 09:08:01	Competência	27/3/2024	Código de Verificação	VUIFPUESM
Número do RPS		Nº. da NFS-e substituída		Local da Prestação	CHARQUEADA - SP

Dados do Prestador de Serviços

Razão Social/Nome	BRONDI SERVIÇOS MÉDICOS E REPRESENTAÇÕES COMERCIAIS LTDA.				
Nome Fantasia	PROSPERA				
CNPJ/CPF	08.409.368/0001-10	Inscrição Municipal	37558	Município	RIO CLARO - SP
Endereço e Cep	AVENIDA 33 ,826 - VILA SANTO ANTÔNIO CEP: 13501-150				
Complemento:		Telefone:	(19)3524-2834	e-mail:	LUCAS.BRONDI@GMAIL.COM

Dados do Tomador de Serviços

Razão Social/Nome	HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICIENTE DE CHARQUEADA				
CNPJ/CPF	51.421.279/0001-18	Inscrição Municipal		Município	CHARQUEADA - SP
Endereço e CEP	RUA Oswaldo Cruz ,70 - Jardim São Benedito CEP: 13517-032				
Complemento:		Telefone:	(19)3486-1333	e-mail:	admhmhc@hotmail.com

Discriminação dos Serviços

Plantões médicos do mês de Março de 2024

Dr. Lucas Renolfo Brondi

Dados bancários:

Banco Inter

SA: 077

Agência 0001

Conta 31112423-2

Valor aproximado de tributos e impostos R\$: 20,18 (fonte IPTU: 15,14%)

Em 27/03/2024, recebi e conferi as mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Recibo. Essa despesa foi paga com o termo de colaboração/fomento firmado com a Prefeitura Municipal de Charqueada, n.º 06/12024, processo nº 11692/2023, do 01/10/124.

Código do Serviço / Atividade

4.03 / 863050200 - ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL COM RECURSOS PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES

Detalhamento Específico da Construção Civil

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

Tributos Federais

PIS		COFINS		IR(R\$)		INSS(R\$)		CSLL(R\$)	
-----	--	--------	--	---------	--	-----------	--	-----------	--

Detalhamento de Valores - Prestador dos Serviços		Outras Retenções		Cálculo do ISSQN devido no Município	
Valor dos Serviços - R\$	125,00	Natureza Operação	Valor dos Serviços - R\$	125,00	
(-) Desconto Incondicionado		1-Tributação no município	(-) Deduções permitidas em lei		
(-) Desconto Condicionado		Regime especial Tributação	(-) Desconto Incondicionado		
(-) Retenções Federais	0,00	0-Nenhum	Base de Cálculo	125,00	
Outras Retenções		Opção Simples Nacional	(x) Alíquota %	2,00	
(-) ISS Retido	0,00	2-Não	ISS a reter	( ) Sim (X) Não	
(=) Valor Líquido - R\$	125,00	Incentivador Cultura	(=) Valor do ISS - R\$	2,50	
		2-Não			

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: RIOCLARO.gntes.com.br com a utilização do Código de Verificação.

Aviços

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
28/03/2024 - AUTOATENDIMENTO - 14.26.47  
3668403668 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: HOSPITAL MAT BENEFICENTE

AGENCIA: 3668-4 CONTA: 380.016-8

\*\*\*\*\*

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : HOSPITAL MAT BENEFICENTE

BANCO: 077 - BANCO INTER

AGENCIA: 0001-9 - MATRIZ

CONTA: 31.112.423-2

FAVORECIDO: BRONDI SERVICOS MEDICOS E REPRESENT

CPF/CNPJ: 08.409.368/0001-10

VALOR: R\$ 7.625,31

DEBITO EM: 28/03/2024

\*\*\*\*\*

DOCUMENTO: 032805

AUTENTICACAO SISBB: 4.328.D01.776.A57.670



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO CLARO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE ECONOMIA E  
NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e

Número da  
NFS-e  
121



Data e Hora da Emissão	27/03/2024 09:10:33	Competência	27/3/2024	Código de Verificação	IBADXVSVM
Número do RPS		No. da NFS-e substituída		Local da Prestação	CHARQUEADA - SP

Dados do Prestador de Serviços

Razão Social/Nome	BRONDI SERVIÇOS MÉDICOS E REPRESENTAÇÕES COMERCIAIS LTDA.				
Nome Fantasia	PROSPERA				
CNPJ/CPF	08.409.368/0001-10	Inscrição Municipal	37556	Município	RIO CLARO - SP
Endereço e Cep	AVENIDA 33 ,826 - VILA SANTO ANTÔNIO CEP: 13501-150				
Complemento		Telefone	(19)3524-2834	e-mail	LUCAS.BRONDI@GMAIL.COM

Dados do Tomador de Serviços

Razão Social/Nome	HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICIENTE DE CHARQUEADA				
CNPJ/CPF	51.421.279/0001-16	Inscrição Municipal		Município	CHARQUEADA - SP
Endereço e CEP	RUA Oswaldo Cruz ,70 - Jardim São Benedito CEP: 13517-032				
Complemento		Telefone	(19)3486-1333	e-mail	admhmhc@hotmail.com

Discriminação dos Serviços

Plantões médicos do mês de Março de 2024	<p>Em <u>27/03/24</u>, recebi e conferi as mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Recibo. Essa despesa foi paga com o termo de colaboração/fomento firmado com a Prefeitura Municipal de Charqueada, n.º <u>06</u> <u>MAI/24</u>, processo n.º <u>11682</u> <u>2023</u>, de <u>01/01/24</u>.</p> <p><i>Recibo</i></p>
Dr. Lucas Renofio Brondi	
Dados bancários: Banco Inter SA: 077 Agencia 0001 Conta 31112423-2	
Valor aproximado de tributos e impostos R\$: 1.311,38 (fonte IBPT: 16,14%)	

Código do Serviço / Atividade

4.03 / 863050200 - ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL COM RECURSOS PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES

Detalhamento Específico da Construção Civil

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

Tributos Federais

PIS	52,81	COFINS	243,75	IR(R\$)	121,88	INSS(R\$)		CSLL(R\$)	81,25
-----	-------	--------	--------	---------	--------	-----------	--	-----------	-------

Detalhamento de Valores - Prestador dos Serviços		Outras Retenções		Cálculo do ISSQN devido no Município	
Valor dos Serviços R\$	8.125,00	Natureza Operação	Valor dos Serviços R\$	8.125,00	
(-) Desconto Incondicionado		1-Tributação no município	(-) Deduções permitidas em lei		
(-) Desconto Condicionado		Regime especial Tributação	(-) Desconto Incondicionado		
(-) Retenções Federais	499,89	0-Nenhum	Base de Cálculo	8.125,00	
Outras Retenções		Opção Simples Nacional	(x) Alíquota %	2,00	
(-) ISS Retido	0,00	2 - Não	ISS a reter	( ) Sim (X) Não	
(=) Valor Líquido R\$	7.625,31	Incentivador Cultural	(=) Valor do ISS R\$	162,50	
		2-Não			

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: RIOCLARO.ginfes.com.br com a utilização do Código de Verificação.

Avisos

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
28/03/2024 - AUTOATENDIMENTO - 14.26.47  
3668403668 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: HOSPITAL MAT BENEFICENTE

AGENCIA: 3668-4 CONTA: 300.016-8

\*\*\*\*\*

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : HOSPITAL MAT BENEFICENTE

BANCO: 077 - BANCO INTER

AGENCIA: 0001-9 - MATRIZ

CONTA: 31.112.423-2

FAVORECIDO: BRONDI SERVICOS MEDICOS E REPRESENT

CPF/CNPJ: 08.409.368/0001-10

VALOR: R\$ 32.143,62

DEBITO EM: 28/03/2024

\*\*\*\*\*

DOCUMENTO: 032806

AUTENTICACAO SISBB: 7.012.4A7.963.2EF.F67





PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO CLARO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE ECONOMIA E  
NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e

Número da  
NFS-e  
122



Data e Hora da Emissão	28/03/2024 13:13:10	Competência	27/3/2024	Código de Verificação	7HKKAGHUL
Número do RPS		No. da NFS-e substituída	119	Local da Prestação	CHARQUEADA - SP

Dados do Prestador de Serviços

Razão Social/Nome	BRONDI SERVIÇOS MÉDICOS E REPRESENTAÇÕES COMERCIAIS LTDA.				
Nome Fantasia	PROSPERA				
CNPJ/CPF	08.409.368/0001-10	Inscrição Municipal	37556	Município	RIO CLARO - SP
Endereço e Cep	AVENIDA 33,826 - VILA SANTO ANTÔNIO CEP: 13501-150				
Complemento		Telefone	(19)3524-2834	e-mail	LUCAS BRONDI@GMAIL.COM

Dados do Tomador de Serviços

Razão Social/Nome	HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICIENTE DE CHARQUEADA				
CNPJ/CPF	51.421.279/0001-18	Inscrição Municipal		Município	CHARQUEADA - SP
Endereço e CEP	RUA Oswaldo Cruz,70 - Jardim São Benedito CEP: 13517-032				
Complemento		Telefone	(19)3486-1333	e-mail	adnhmbc@hotmail.com

Discriminação dos Serviços

Plantões médicos do mês de Março de 2024  
Dr. Lucas Renofio Brondi  
Dados bancários:  
Banco Inter  
SA: 077  
Agencia 0001  
Conta 31112423-2  
Valor aproximado de tributos e impostos R\$ - 5.527,95 (fonte IBPT: 16,14%)  
Código do Serviço / Atividade  
Em 27/03/24, recebi e conferi as mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Recibo. Essa despesa foi paga com o termo de colaboração/fomento firmado com a Prefeitura Municipal de Charqueada, n.º 06/2024, processo nº 116.821.2023 de 01/01/24. *Rusila*

4.03 / 863050200 - ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL, COM RECURSOS PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES

Detalhamento Específico da Construção Civil

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

Tributos Federais

PIS	222,63	CÓFINS	1.027,50	IR(R\$)	513,75	INSS(R\$)		CSLL(R\$)	342,50
-----	--------	--------	----------	---------	--------	-----------	--	-----------	--------

Detalhamento de Valores - Prestador dos Serviços		Outras Retenções		Cálculo do ISSQN devido no Município	
Valor dos Serviços R\$	34.250,00	Natureza Operação	Valor dos Serviços R\$		34.250,00
(-) Desconto Incondicionado		1-Tributação no município	(-) Deduções permitidas em lei		
(-) Desconto Condicionado		Regime especial Tributação	(-) Desconto Incondicionado		
(-) Retenções Federais	2.106,38	0-Nenhum	Base de Cálculo		34.250,00
Outras Retenções		Opção Simples Nacional	(x) Alíquota %		2,00
(-) ISS Retido	0,00	2 - Não	ISS a reter		( ) Sim (X) Não
(=) Valor Líquido R\$	32.143,62	Incentivador Cultura	(=) Valor do ISS: R\$		685,00
		2-Não			

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: RIOCLARO.ginfes.com.br com a utilização do Código de Verificação.

Avisos

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
28/03/2024 - AUTOATENDIMENTO - 14.26.47  
3668403668 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL  
CLIENTE: HOSPITAL MAT BENEFICENTE

AGENCIA: 3668-4 CONTA: 300.016-8

\*\*\*\*\*  
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : HOSPITAL MAT BENEFICENTE

BANCO: 077 - BANCO INTER

AGENCIA: 0001-9 - MATRIZ

CONTA: 20.100.397-0

FAVORECIDO: TAINA ARAUJO E CAROLINE QUARTE SERV

CPF/CNPJ: 45.578.276/0001-90


VALOR: R\$ 13.625,00

DEBITO EM: 28/03/2024

\*\*\*\*\*  
DOCUMENTO: 032007

AUTENTICACAO SISBB: 8.637.88A.87B.A84.AC2



	<b>PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO</b> <b>SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA</b> <b>NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e</b>		Número da Nota <b>00000070</b>	
			Data e Hora de Emissão <b>27/03/2024 09:33:21</b>	
20240327-45578276000190		Código de Verificação <b>QNPA-LD7T</b>		
<b>PRESTADOR DE SERVIÇOS</b>				
CPF/CNPJ: <b>45.578.276/0001-90</b>		Inscrição Municipal: <b>7.244.151-8</b>		
Nome/Razão Social: <b>TAINA ARAUJO E CAROLINE DUARTE SERVICOS MEDICOS LTDA</b>				
Endereço: <b>R BENTO BARROSO PEREIRA 121 - JARDIM SAO FRANCISCO D - CEP: 05815-086</b>				
Município: <b>São Paulo</b>		UF: <b>SP</b>		
<b>TOMADOR DE SERVIÇOS</b>				
Nome/Razão Social: <b>HOSPITAL E MATERIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA</b>				
CPF/CNPJ: <b>51.421.279/0001-18</b>		Inscrição Municipal: <b>---</b>		
Endereço: <b>R R OSWALDO CRUZ 70, - - JARDIM SAO BENEDITO - CEP: 13517-032</b>				
Município: <b>Charqueada</b>		UF: <b>SP</b> E-mail: <b>admhmhc@hotmail.com</b>		
<b>INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS</b>				
CPF/CNPJ: <b>---</b>		Nome/Razão Social: <b>---</b>		
<b>DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS</b>				
REFERENTE AOS SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS EM MARÇO/2024 PELA DRA. TAINA ARIANE LOPES DE ARAÚJO. BANCO INTER - AG 0001-9 CC 201802970				
<b>VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 13.625,00</b>				
ISS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)
-	-	-	-	-
Código do Serviço <b>04030 - Medicina e biomedicina.</b>				
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 de C/ta	Valor Aproximado dos Tributos / Fonte	
-		-	-	
<b>OUTRAS INFORMAÇÕES</b>				
(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.				

Em 27/03/24, recebi e conferi as mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Recibo. Essa despesa foi paga com o termo de colaboração/fomento firmado com a Prefeitura Municipal de Charqueada, n.º 06/2024, processo n.º 11682/2023, de 01/01/24.

*Auxíla*

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
28/03/2024 - AUTOATENDIMENTO - 14.26.47  
3668403668 SEGUNDA VIA 0001  
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
COMPROVANTE DE  
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL  
CLIENTE: HOSPITAL MAT BENEFICENTE  
AGENCIA: 3668-4 CONTA: 300.016-8  
\*\*\*\*\*  
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA  
REMETENTE : HOSPITAL MAT BENEFICENTE  
BANCO: 077 - BANCO INTER  
AGENCIA: 0001-9 - MATRIZ  
CONTA: 20.100.397-0  
  
FAVORECIDO: TAINA ARAUJO E CAROLINE DUARTE SERV  
CPF/CNPJ: 45.578.276/0001-98  
VALOR: R\$ 625,00  
DEBITO EM: 28/03/2024  
\*\*\*\*\*  
DOCUMENTO: 032808  
AUTENTICACAO SISBB: F.88C.2CB.16E.E99.3AC



 <b>PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO</b> <b>SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA</b> <b>NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e</b> <small>3074037049576278000190</small>	Número da Nota <b>00000069</b>			
	Data e Hora de Emissão <b>27/03/2024 09:32:08</b>			
	Código de Verificação <b>ACRF-JIMJ</b>			
<b>PRESTADOR DE SERVIÇOS</b>				
CPF/CNPJ: <b>45.578.276/0001-90</b> Inscrição Municipal: <b>7.244.151-8</b> Nome/Razão Social: <b>TAINA ARAUJO E CAROLINE DUARTE SERVICOS MEDICOS LTDA</b> Endereço: <b>R BENTO BARROSO PEREIRA 121 - JARDIM SAO FRANCISCO D - CEP: 05815-005</b> Município: <b>São Paulo</b> UF: <b>SP</b>				
<b>TOMADOR DE SERVIÇOS</b>				
Nome/Razão Social: <b>HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA</b> CPF/CNPJ: <b>61.421.279/0001-18</b> Inscrição Municipal: <b>---</b> Endereço: <b>R R OSWALDO CRUZ 70, - - JARDIM SAO BENEDITO - CEP: 13617-032</b> Município: <b>Charqueada</b> UF: <b>SP</b> E-mail: <b>admhmhc@hotmail.com</b>				
<b>INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS</b>				
CPF/CNPJ: <b>---</b> Nome/Razão Social: <b>---</b>				
<b>DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS</b>				
REFERENTE AOS SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS EM MARÇO/2024 PELA DRA. CAROLINE ALVES DUARTE. BANCO INTER - AG 0001-V CC 201002978				
<b>VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 625,00</b>				
INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)
-	-	-	-	-
Código do Serviço				
<b>04030 - Medicina e biomedicina.</b>				
Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito (R\$)
<b>0,00</b>	-	-	-	<b>0,00</b>
Município da Prestação do Serviço	Número Inscrição da Obra	Valor Aproximado dos Tributos / Fontes		
-	-	-		
<b>OUTRAS INFORMAÇÕES</b>				
(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.				

Em 27/03/2024, recebi e conferi as mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Recibo. Essa despesa foi paga com o termo de colaboração/fomento firmado com a Prefeitura Municipal de Charqueada, n.º 06/2024, processo n.º 11682/2023, de 01/10/24.

*Dixila*

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
28/03/2024 - AUTOATENDIMENTO - 14.26.47  
3668403668 SEGUNDA VIA 0001  
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
COMPROVANTE DE  
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL  
CLIENTE: HOSPITAL MAT BENEFICENTE  
AGENCIA: 3668-4 CONTA: 300.016-8  
\*\*\*\*\*  
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA  
REMETENTE : HOSPITAL MAT BENEFICENTE  
BANCO: 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL  
AGENCIA: 4901-8 - CIDADE DE CHARQUEADA  
CONTA: 745-9  
  
FAVORECIDO: VENERANDO MIZAEI DA VEIGA DIAS  
CPF/CNPJ: 34.703.450/0001-62  
VALOR: R\$ 14.000,00  
DEBITO EM: 28/03/2024  
\*\*\*\*\*  
DOCUMENTO: 032809  
AUTENTICACAO SISBB: 3.3CF.93E.239.481.75C

## NFSE - Nota Fiscal de Serviço Eletrônica

<b>VENERANDO MIZEL DA VEIGA DIAS</b> RUA MANDEL CALLOVI, 248 CEP: 13515-220 - Bairro: ESTANÇIA DE CHARQUEADA Município: Charqueada - SP E-mail: <a href="mailto:escsacpaulo@terra.com.br">escsacpaulo@terra.com.br</a> Fone: (19) 98742-0964		Número da NFS-e <h3 style="text-align: center;">202400000000039</h3>
CNPJ / CPF      Inscrição Estadual      Inscrição Municipal 34.703.450/0001-62      ISENTO      114/19	Data do Serviço <h3 style="text-align: center;">26/03/2024</h3>	Código Verificador <h3 style="text-align: center;">98ed0d919</h3>


<b>PREFEITURA DO MUNICIPIO DE CHARQUEADA/SP</b> Secretaria Municipal da Fazenda Fone: (19) 3186-9000 - 188.250.144.154-49392/NFSe Portal	Dt. de Emissão <h3 style="text-align: center;">26/03/2024</h3>	Exigibilidade ISS Exigível	Tributado no Município Charqueada/SP
--	---	-------------------------------	---

TOMADOR DO SERVIÇO				Município de Prestação do Serviço			
Nome / Razão Social <b>HOSPITAL MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA</b>				Charqueada/SP			
Endereço <b>RUA OSWALDO CRUZ, 70</b>							
Cidade <b>Charqueada</b>	UF <b>SP</b>	Fone <b>(19) 3488-1333</b>	CEP <b>13517-032</b>				
Bairro <b>SAO BENEDITO</b>							
CNPJ / CPF / NR <b>51.421.279/0001-18</b>	Inscrição Municipal <b>052/74</b>	Inscrição Estadual <b>0</b>					
E-mail <b>escritoriobrasifiscal@yahoo.com.br</b>							

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 REFERENTE AO MÊS DE MARÇO DE 2024 DR. VENERANDO MIZEL DA VEIGA DIAS  DADOS BANCÁRIOS CAIXA ECONÔMICA FEDERAL VENERANDO MIZEL DA VEIGA DIAS AGÊNCIA: 4901 OPERAÇÃO: 003 CIC: 745-9 CNPJ: 34.703.450/0001-62  Alíquota Efetiva: 2,170000000000%	14.000,00	2,17	303,80	Não
Em <u>26/03/24</u> , recebi e conferi as mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Recibo. Essa despesa foi paga com o termo de colaboração/fomento firmado com a Prefeitura Municipal de Charqueada, n.º <u>06/2024</u> , processo n.º <u>11682/2023</u> , de <u>01/01/24</u> . <i>Divina</i>				

Código do Serviço 04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.		Código NBS *****	
CIC: 0,00	CCFMS: 0,00	CCFMS Importação: 0,00	CMS: 0,00
ICF: 0,00	IP: 0,00	PIS/PASEP: 0,00	PIS/PASEP Inscrição: 0,00
Base Cálculo ISSQN Provis: 14.000,00	Valor do ISSQN Provis: 303,80	Base Cálculo ISSQN Retido: 0,00	Valor do ISSQN Retido: 0,00
Valor Total da NFS-e: 14.000,00		Valor Líquido da NFS-e: 14.000,00	

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\$376,80; Est: R\$0,00; Fed: R\$1893,00; Total Aprox: R\$2259,60. Fonte: IBPT.	
---	---

Consulta realizada em 26/03/2024 às 15:35:01.  
 Para consultar a autenticidade acesse: [188.250.144.154-49392/NFSe.Portal](http://188.250.144.154-49392/NFSe.Portal)



## NFSE - Nota Fiscal de Serviço Eletrônica

<p><b>VENERANDO MIZAEI DA VEIGA DIAS</b>                  RUA MANOEL CALLOVI, 248                  CEP: 13515-220 - Bairro: ESTANCIA DE CHARQUEADA                  Município: Charqueada - SP                  E-mail: esosaopaulo@terra.com.br                  Fone: (19) 98742-0964</p>		<p>Número da NFS-e  <b>202400000000039</b></p>
<p>CNPJ / CPF      Inscrição Estadual      Inscrição Municipal                  34.703.450/0001-62      ISENT0      114/19</p>	<p>Data do Serviço  <b>26/03/2024</b></p>	<p>Código Verificador  <b>98ed0d919</b></p>

Em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, recebi e conferi as mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Recibo. Essa despesa foi paga com o termo de colaboração/fomento firmado com a Prefeitura Municipal de Charqueada, n.º \_\_\_\_/\_\_\_\_, processo n.º \_\_\_\_/\_\_\_\_, de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

<p>Recebi(emos) de  <b>VENERANDO MIZAEI DA VEIGA DIAS</b></p> <p>os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado.</p> <p>____/____/____                  Data</p> <p>_____                  Identificação e assinatura do receptor</p>	<p>Número da NFS-e                  202400000000039</p> <p>Competência                  26/03/2024</p> <p>NFS-e                  98ed0d919</p>	<p>Número de Controle do Município</p>
--	--	--

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
28/03/2024 - AUTOATENDIMENTO - 14.26.47  
3668403668 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: HOSPITAL MAT BENEFICENTE

AGENCIA: 3668-4 CONTA: 300.016-8

\*\*\*\*\*  
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : HOSPITAL MAT BENEFICENTE

BANCO: 077 - BANCO INTER

AGENCIA: 0001-9 - MATRIZ

CONTA: 15.743.358-9

FAVORECIDO: ANDF SERVICOS MEDICOS LTDA.

CPF/CNPJ: 41.432.737/0001-60

VALOR: R\$ 6.804,13

DEBITO EM: 28/03/2024

\*\*\*\*\*  
DOCUMENTO: 032810

AUTENTICACAO SISBB: C.CEC.BC7.854.509.690



### Município de Tatuí

SECRETARIA DE FAZENDA, FINANÇAS, PLANEJAMENTO E TRABALHO

NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFe

Número da Nota	Data do Serviço
00000110	26/03/2024
Data e Hora de Emissão	
26/03/2024 15:43:18	
Código de Verificação	
WQTYAP-000110/2024	

#### PRESTADOR DE SERVIÇOS

CNPJ/CPF: 41.432.737/0001-60      Inscrição Municipal: 4579900      Inscrição Estadual

Nome/Razão Social: ANDF SERVICOS MEDICOS LTDA.

Endereço: RUA MANECO PEREIRA 133, - CENTRO - CEP: 18270400

E-mail: ALBERTOANDF@GMAIL.COM

Telefone: ( )      Celular: ( )

Município: TATUI      UF: SP

#### TOMADOR DE SERVIÇOS

CNPJ/CPF: 51.421.279/0001-18      Inscrição Municipal:      Inscrição Estadual

Nome/Razão Social: HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA

Endereço: R OSWALDO CRUZ 70, - SÃO BENEDITO - CEP: 13517032

E-mail:      Telefone:

Município: CHARQUEADA      UF: SP

#### DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

Referente aos Plantões Médicos no mês de março de 2024

BANCO INTER - 077  
 ANDF SERVICOS MEDICOS LTDA  
 CNPJ 41.432.737/0001-60  
 Agência 0001  
 Conta 15743150-9

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 7.250,00 | VALOR LIQUIDO = R\$ 6.804,13

Código do Serviço: 04.03  
 Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, maternidades, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.

Código CNAE: 8630503 - Atividade médica ambulatorial restrita a consultas

Base de Cálculo (R\$)	7.250,00	Alíquota (%)	2,50	ISS (Instituído ao Prestador) (R\$)	181,25
IR (R\$)	106,75	INSS (R\$)	0,00	COFINS (R\$)	217,50
				CELL (R\$)	72,50
				PIS (R\$)	47,12

#### OUTRAS INFORMAÇÕES

A autenticidade desta NFe deve ser confirmada no site <http://tatuajvict.com.br/autenticidade.aspx>  
 Contribuinte enquadrado sob o regime de tributação " VARIÁVEL "

Local de Prestação - CHARQUEADA / SP - ISS Devido ao prestador.



Assinatura

Recebi (emos) de: ANDF SERVICOS MEDICOS LTDA.  
 Os serviços constantes na Nota Fiscal Eletrônica de Serviços Nº 00000110 - Série ELETRONICA  
 Condições de Pagamento:  
 Data de Recebimento: / /      Assinatura:

Em 26/03/24, recebi e conferi as mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Recibo. Essa despesa foi paga com o termo de colaboração/fomento firmado com a Prefeitura Municipal de Charqueada, n.º 06/12024, processo n.º 11682/2023 de 01/01/24.

*Pivella*