

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

ÓRGÃO PÚBLICO CONVENIENTE: PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE CHARQUEADA

CONVENIADA: Hospital e Maternidade Beneficente de Charqueada

CNPJ: 51.421.279/0001-18

ENDEREÇO E CEP: RUA OSWALDO CRUZ, N° 70 CEP: 13.517-032

RESPONSÁVEL(IS) PELA CONVENIADA: Paulo Francisco do Nascimento

CPF: 123.767.938-90

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

EXERCÍCIO: 2024

ORIGEM DOS RECURSOS (1): MUNICIPAL

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

DEMONSTRATIVO DOS RECURSOS DISPONÍVEIS NO EXERCÍCIO				
DATA PREVISTA PARA O REPASSE (2)	VALORES PREVISTOS (R\$)	DATA DO REPASSE	NÚMERO DO DOCUMENTO DE CRÉDITO	VALORES REPASSADOS (R\$)
10/05/2024	70.500,00	10/05/2024	34.132.199	70.500,00
(A) SALDO DO MÊS ANTERIOR				9.423,26
(B) REPASSES PÚBLICOS NO MÊS				79.923,26
(C) RECEITAS COM APLICAÇÕES FINANCEIRAS DOS REPASSES PÚBLICOS				168,80
(D) OUTRAS RECEITAS DECORRENTES DA EXECUÇÃO DO AJUSTE (3)				0,00
(E) TOTAL DE RECURSOS PÚBLICOS (A + B+ C + D)				80.092,06
(F) RECURSOS PRÓPRIOS DA ENTIDADE BENEFICIÁRIA				0,00
(G) TOTAL DE RECURSOS DISPONÍVEIS NO EXERCÍCIO (E + F)				80.092,06

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

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

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

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

incorridas e pagas Maio/2024 bem como as despesas a pagar no exercício seguinte.

DEMONSTRATIVO DAS DESPESAS INCORRIDAS NO EXERCÍCIO					
ORIGEM DOS RECURSOS (4):					
CATEGORIA OU FINALIDADE DA DESPESA (8)	DESPESAS CONTABILIZADAS NESTE EXERCÍCIO (R\$)	DESPESAS CONTABILIZADAS EM EXERCÍCIOS ANTERIORES E PAGAS NESTE EXERCÍCIO (R\$) (H)	DESPESAS CONTABILIZADAS NESTE EXERCÍCIO E PAGAS NESTE EXERCÍCIO (R\$) (I)	TOTAL DE DESPESAS PAGAS NESTE EXERCÍCIO (R\$) (J= H + I)	DESPESAS CONTABILIZADAS NESTE EXERCÍCIO A PAGAR EM EXERCÍCIOS SEGUINTE (R\$)
Recursos humanos (5)					
Recursos humanos (6)					
Medicamentos					
Material médico e hospitalar (*)					
Gêneros alimentícios					
Outros materiais de consumo					
Serviços médicos (*)	69.808,75		69.808,75	69.808,75	
Outros serviços de terceiros					
Locação de imóveis					
Locações diversas					
Utilidades públicas (7)					
Combustível					
Bens e materiais permanentes					
Obras					
Despesas financeiras e bancárias					
Outras despesas					
TOTAL	69.808,75		69.808,75	69.808,75	

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

(5) Salários, encargos e benefícios.

(6) Autônomos e pessoa jurídica.

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

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

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

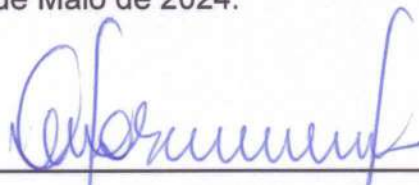
EXERCÍCIO A PAGAR EM EXERCÍCIOS SEGUINTEs, uma vez que tais descontos ou multas são contabilizados em contas de receitas ou despesas. Assim sendo deverá ser indicado como nota de rodapé os valores e as respectivas contas de receitas e despesas.

(*) Apenas para entidades da área da Saúde.

DEMONSTRATIVO DO SALDO FINANCEIRO DO EXERCÍCIO	
(G) TOTAL DE RECURSOS DISPONÍVEL NO EXERCÍCIO	80.092,06
(J) DESPESAS PAGAS NO EXERCÍCIO (H+I)	69.808,75
(K) RECURSO PÚBLICO NÃO APLICADO [E – (J – F)]	10.283,31
(L) VALOR DEVOLVIDO AO ÓRGÃO PÚBLICO	0,00
(M) VALOR AUTORIZADO PARA APLICAÇÃO NO EXERCÍCIO SEGUINTE (K – L)	10.283,31

Declaro(amos), na qualidade de responsável(is) pela entidade supra epigrafada, sob as penas da Lei, que a despesa relacionada comprova a exata aplicação dos recursos recebidos para os fins indicados, conforme programa de trabalho aprovado, proposto ao Órgão Público Conveniente.

Charqueada, 31 de Maio de 2024.



PAULO FRANCISCO DO NASCIMENTO
PRESIDENTE

**Maio/2024**

Total de Despesas Indevidas	
Juros/ Multas/ Tarifas Bancárias	
Transferência para conta de recurso próprio	R\$10.280,00
Total a Devolver	R\$10.280,00

☐ Visualizar Pix agrupados



Extrato conta corrente

G336030951603923017
03/06/2024 10:02:52

Cliente - Conta atual

Agência 3668-4
Conta corrente 12869-4 HOSPITAL E MATERNIDADE BE
Período do extrato 05 / 2024

Lançamentos

Dt. balancete	Dt. movimento	Ag. origem	Lote	Histórico	Documento	Valor R\$	Saldo
30/04/2024		0000	00000	000 Saldo Anterior			0,00 C
10/05/2024		0000	14175	976 TED-Crédito em Conta	34.132.199	70.500,00 C	
				104 4901 11432559000107 FMS CHARQUEADA			
10/05/2024		0000	00000	271 BB-APLIC C.PRZ-APL.AUT	1.972	70.500,00 D	0,00 C
29/05/2024		3668	99015	470 Transferência enviada	552.656.000.030.373	7.500,00 D	
				29/05 13:29 SHEILA G G A M LTDA			
29/05/2024		3668	99015	470 Transferência enviada	553.552.000.029.721	22.500,00 D	
				29/05 13:29 L R COMINETTI SERV MEDIC			
29/05/2024		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	52.901	7.038,75 D	
				341 0649 031255397000196 CLINICA AMORI			
29/05/2024		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	52.902	9.385,00 D	
				033 0497 015422515000157 CARDIOTEST AG			
29/05/2024		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	52.903	9.385,00 D	
				756 5004 044269814000100 MANUEL NALESS			
29/05/2024		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	52.904	14.000,00 D	
				260 0260 044308742000154 CFCA SERVICOS			
29/05/2024		0000	00000	848 Resgate Automático	1.972	69.808,75 C	0,00 C
				BB RF Curto Prazo Automático			
31/05/2024		3668	99015	470 Transferência enviada	553.668.000.005.150	10.280,00 D	
				31/05 08:56 HOSP M B CHARQUEDA			
31/05/2024		0000	00000	848 Resgate Automático	1.972	10.280,00 C	
31/05/2024		0000	00000	999 S A L D O			0,00 C

OBSERVAÇÕES:

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



Extratos - Investimentos Fundos - Mensal

G336030951603923040
03/06/2024 10:11:43

Cliente

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

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

Data	Histórico	Valor	Valor IRPrej. Comp.	Valor IOF	Quantidade cotas	Valor cota	Saldo cotas
30/04/2024	SALDO ANTERIOR	9.423,26			7.506,435846		
10/05/2024	APLICAÇÃO	70.500,00			56.043,050869	1,257961494	63.549,486715
29/05/2024	RESGATE	69.808,75	55,46	82,21	55.392,975604	1,262730865	8.156,511111
	Aplicação 08/04/2024	9.456,03	22,58		7.506,435846		
	Aplicação 10/05/2024	60.352,72	32,88	82,21	47.886,539758		
31/05/2024	RESGATE	10.280,00	1,14	12,55	8.149,574270	1,263095428	6,936841
	Aplicação 10/05/2024	10.280,00	1,14	12,55	8.149,574270		
31/05/2024	COBRANÇA DE IR		5,45		4.314797	1,263095428	2,622044
	Aplicação 10/05/2024		5,45		4.314797		
31/05/2024	SALDO ATUAL	3,31			2,622044		2,622044

Resumo do mês

SALDO ANTERIOR	9.423,26
APLICAÇÕES (+)	70.500,00
RESGATES (-)	80.088,75
RENDIMENTO BRUTO (+)	325,61
IMPOSTO DE RENDA (-)	62,05
IOF (-)	94,76
RENDIMENTO LÍQUIDO	168,80
SALDO ATUAL =	3,31

Valor da Cota

30/04/2024	1,255357417
31/05/2024	1,263095428

Rentabilidade

No mês	0,6163
No ano	3,2909
Últimos 12 meses	9,1546

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

G336030951603923031
03/06/2024 10:07:01SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
03/06/2024 - AUTO-ATENDIMENTO - 10:07:01
366803668EXTRATO UNIFICADO DE FUNDOS
PARA SIMPLES CONFERENCIAAGENCIA: 3668-4 CONTA: 12.869-4
CLIENTE: HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICIENTE DE

=====

BB RF CP Automatico CNPJ 42.592.315/0001-15
Valor Cota p/dia 31.05.2024 R\$ 1,263095428
Valor Cota p/dia 03.06.2024 R\$ 1,263462715-----

Data Historico	Valor	Qtde.Cotas
3105 Sdo Ant.	3,31	2,622044
0306 Sdo Final	3,31	2,622044

Rentabilidades %

No mes: 0,0290

No ano: 3,3210

Ultimos 12 meses: 9,1546

=====

Nao houve lancamentos no periodo

Saldos Calculados ate 03.06.2024

Saldo Bruto	3,31
IR Estimado	0,00
IR Complementar	0,00
IOF	0,00
Saldo Liquido p/Resgate	3,31
Saldo Carencia P/ Resgate	0,00

=====

Perfil do Investidor: Não identificado

Carteira de Investimentos: Não identificado

=====

BBDTVM - CNPJ nº 30.822.936/0001-69

Praça XV de Novembro, 20 - 3º andar

CEP 20.010-010 - Rio de Janeiro (RJ)

bbdtvm@bb.com.br

=====

Transação efetuada com sucesso por: 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



Emissão de comprovantes - 3o nível

G3383108492024081
31/05/2024 08:57:47

31/05/2024 - BANCO DO BRASIL - 08:56:43
366803668 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

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

DATA DA TRANSFERENCIA	31/05/2024
NR. DOCUMENTO	553.668.000.005.150
VALOR TOTAL	10.280,00

***** TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: HOSP M B CHARQUEDA	
AGENCIA: 3668-4	CONTA: 5.150-0
NR. DOCUMENTO	553.668.000.012.869

=====

NR. AUTENTICACAO	5.145.396.DFD.5C5.7C6
------------------	-----------------------

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

29/05/2024 - BANCO DO BRASIL - 13:29:43
366803668 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: HOSPITAL E MATERNIDADE BE

AGENCIA: 3668-4 CONTA: 12.869-4

DATA DA TRANSFERENCIA 29/05/2024

NR. DOCUMENTO 553.552.000.029.721

VALOR TOTAL 22.500,00

***** TRANSFERIDO PARA:

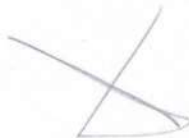
CLIENTE: L R COMINETTI SERV MEDICO

AGENCIA: 3552-1 CONTA: 29.721-6

NR. DOCUMENTO 553.668.000.012.869

NR. AUTENTICACAO 2.993.097.0CD.BC9.F06

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



SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
29/05/2024 - AUTOATENDIMENTO - 13.30.41
3668403668 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: HOSPITAL E MATERNIDADE BE

AGENCIA: 3668-4 CONTA: 12.869-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : HOSPITAL E MATERNIDADE BE

BANCO: 260 - NU PAGAMENTOS - IP

AGENCIA: 0260-7

CONTA: 26.256.108-0

FAVORECIDO: CFCA SERVICOS MEDICOS LTDA

CPF/CNPJ: 44.308.742/0001-54

VALOR: R\$ 14.000,00

DEBITO EM: 29/05/2024

=====

DOCUMENTO: 052904

AUTENTICACAO SISBB: B.045.49D.F4E.C79.ABA





PREFEITURA DE SOROCABA
SECRETARIA DA FAZENDA

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e
Prestador

DR CARLOS



DADOS DA NFS-e

Data e Hora de Emissão da NFS-e 28/05/2024 09:22:30 Competência da NFS-e 05/2024 Número / Série 8 / U Código de Verificação 4InDvacV0

EMITENTE DA NFS-e

CPF/CNPJ:
44.308.742/0001-54
Nome/Razão Social:
CFCA SERVICOS MEDICOS LTDA

Inscrição Municipal:
398931
E-mail:
GESTOR.SOCIETARIO@RISSICON
TABILIDADE.COM.BR

Endereço: RUA PROFESSOR LUIZ DE VASCONCELOS 160 ANDAR:10 TORRE C VILA PROGRESSO

Município / País:
SOROCABA / BRASIL

UF: CEP: Telefone:
SP 18090-380 (00) 0000-0000

TOMADOR DO SERVIÇO

CPF/CNPJ:
51.421.279/0001-18
Nome/Razão Social:
HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA
Endereço: RUA OSWALDO CRUZ 70 CENTRO

Inscrição Municipal:

E-mail:

Município / País:
CHARQUEADA / BRASIL

UF: CEP: Telefone:
SP 13515-000

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS EM PSIQUIATRIA NO MÊS DE MAIO DE 2024

DADOS BANCÁRIOS: NU PAGAMENTOS S.A - AG: 0260 - C/C: 26256108-0
CNPJ: 44.308.742/0001-54 - CFCA SERVICOS MEDICOS LTDA

VALOR APROXIMADO DOS TRIBUTOS CONFORME LEI 12.741 R\$ 2338,00 (16,70%) FONTE: IBPT

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

EMPRESA OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL

Em 28/05/24, recebi e conferi as
mensalidades e 7.000,00 em valores
nesta Nota Fiscal/Recibo. Essa despesa foi
paga com o termo de convênio firmado com
a Prefeitura Municipal de Charqueada, n.º
05/2024, processo n.º 11683/2023
de 01/01/24. Ruxila

DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL

DETALHAMENTO DO SERVIÇO

CNAE: 863050200 - ATIVIDADE MEDICA AMBULATORIAL COM RECURSOS PARA REALIZACAO DE EXAMES COMPLEMENTARES

Serviço: 0403 - HOSPITAIS, CLINICAS, LABORATORIOS, SANATORIOS, MANICOMIOS, CASAS DE SAUDE, PRONTOS-SOCORROS,

Município da Incidência do ISSQN
SOROCABA

Município / País da Prestação do Serviço
SOROCABA

Responsável pelo recolhimento do ISSQN
PRESTADOR

Exigibilidade do ISSQN
Exigível

Situação do prestador perante o Simples Nacional
OPTANTE

Regime especial de tributação do ISSQN
Simples Nacional

CÁLCULO DO ISSQN

Valor Serviço (R\$)	Deduções (R\$)	Desc. Incondicionado (R\$)	Base Cálculo ISSQN (R\$)	Alíquota	Valor ISSQN
14.000,00	0,00	0,00	*****	*****	*****

RETENÇÕES

ISSQN (R\$)	IRRF (R\$)	PIS (R\$)	COFINS (R\$)	INSS (R\$)	CSLL (R\$)	Outras Retenções (R\$)
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

VALOR TOTAL DA NOTA

Base Cálculo ISSQN (R\$)	Retenções (R\$)	Descontos (R\$)	Valor Líquido (R\$)
14.000,00	0,00	0,00	14.000,00

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Data de pagamento da NF:

Regra especial:

Número da nota fiscal substituída:

29/05/2024 - BANCO DO BRASIL - 13:29:43
366803668 SEGUNDA VIA 0002

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: HOSPITAL E MATERNIDADE BE

AGENCIA: 3668-4 CONTA: 12.869-4

=====

DATA DA TRANSFERENCIA 29/05/2024

NR. DOCUMENTO 552.656.000.030.373

VALOR TOTAL 7.500,00

***** TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SHEILA G G A M LTDA

AGENCIA: 2656-5 CONTA: 30.373-9

NR. DOCUMENTO 553.668.000.012.869

=====

NR. AUTENTICACAO 1.D0E.30F.2BF.E28.18E



DEA SHEILA

NFSE - Nota Fiscal de Serviço Eletrônica

SHEILA GIMENEZ GIOVANONI ATENDIMENTO MEDICO LTDA - ME R. CEZARIO AZZINE, 315 CEP: 13522-314 - Bairro: VILA RICA Município: São Pedro - SP E-mail: gg.sheila20@gmail.com Fone: (19) 99297-6952			Número da NFS-e 202400000000025	
CNPJ / CPF 51.285.584/0001-20	Inscrição Estadual ** 16212		Data do Serviço 28/05/2024	Código Verificador 15aa1aa76

PREFEITURA DO MUNICIPIO DE SAO PEDRO/SP Secretaria Municipal da Fazenda Fone: (19) 3481-9200 - 200.159.89.202:8091/NFSe.Portal	Dt. de Emissão 28/05/2024	Exigibilidade ISS Exigível	Tributado no Município São Pedro/SP
--	-------------------------------------	-------------------------------	--

TOMADOR DO SERVIÇO		Município de Prestação do Serviço	
Nome / Razão Social HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA		Charqueada/SP	
Endereço Oswaldo Cruz, 70			
Cidade Charqueada	UF SP	Fone (99) 9999-9999	CEP 13515-000
Bairro centro			
CNPJ / CPF / NIF 51.421.279/0001-18	Inscrição Municipal	Inscrição Estadual	
E-mail *****			

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

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS		VALOR TOTAL	ALIQ.	VALOR IMPOSTO	RETIDO
Prestação de serviços médicos em ginecologia no mês de Maio de 2024 Dra: Sheila Gimenez Giovanoni CNPJ 51.285.584/0001-20 Banco do Brasil AG 2656-5 CC 30373-9, Alíquota Efetiva: 2,0100000000%.		7.500,00	2,01	150,75	Não
Código do Serviço 04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.		Código NBS *****			
CIDE 0,00	COFINS 0,00	COFINS Importação 0,00	ICMS 0,00	IOF 0,00	IR 0,00
Base Cálculo ISSQN Próprio 7.500,00	Valor do ISSQN Próprio 150,75	Base Cálculo ISSQN Retido 0,00	Valor do ISSQN Retido 0,00	Valor Total do ISSQN 150,75	Valor Dedução/Descontos 0,00
Valor Total da NFS-e 7.500,00		Valor Líquido da NFS-e 7.500,00			

Informações Adicionais NOTA EMITIDA POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL NÃO GERA DIREITO A CRÉDITO FISCAL DE IPI Lei 12741/2012: Mun: R\$201,75; Est: R\$0,00; Fed: R\$1008,75; Total Aprox: R\$1210,50. Fonte: IBPT.	
--	---

Consulta realizada em 28/05/2024 às 09:18:41.

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



20240000000002515aa1aa7651285584000120

Recebi(emos) de SHEILA GIMENEZ GIOVANONI ATENDIMENTO MEDICO LTDA - ME	Número da NFS-e 202400000000025	Número de Controle do Município
os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado.	Competência 28/05/2024	
____/____/____ Data	NFS-e 15aa1aa76	
Identificação e assinatura do recebedor		

Consulta realizada em 28/05/2024 às 09:18:41.

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



Emissão de comprovantes - 3o nível

G3372913243966771
29/05/2024 13:30:41

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
29/05/2024 - AUTOATENDIMENTO - 13.30.41
3668403668 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: HOSPITAL E MATERNIDADE BE

AGENCIA: 3668-4 CONTA: 12.869-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : HOSPITAL E MATERNIDADE BE

BANCO: 341 - ITAU UNIBANCO S.A.

AGENCIA: 0649-1 - MATAO SP

CONTA: 14.616-4

FAVORECIDO: CLINICA AMORIM LTDA

CPF/CNPJ: 31.255.397/0001-96

VALOR: R\$ 7.038,75

DEBITO EM: 29/05/2024

=====

DOCUMENTO: 052901

AUTENTICACAO SISBB: D.92B.B9B.AB3.3E7.A6F

DRA THAIS

		PREFEITURA MUNICIPAL DE MATÃO SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO E NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e				Número da NFS-e 299					
Data e Hora da Emissão		28/05/2024 17:52:39		Competência		05/2024		Código de Verificação		F17Y1FKSU	
Número do RPS				No. da NFS-e substituída				Local da Prestação		MATAO - SP	
Prestador de Serviço											
Razão Social/Nome		CLINICA AMORIM LTDA									
Nome Fantasia											
CNPJ/CPF		31.255.397/0001-96		Inscrição Municipal		120963		Município		MATAO - SP	
Endereço e CEP		Borborema - 817, Jardim Buscardi, CEP: 15991225									
Complemento				Telefone		161634722811		e-mail			
Tomador de Serviço											
Razão Social/Nome		HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA									
CNPJ/CPF		51.421.279/0001-18		Inscrição Municipal				Município		CHARQUEADA - SP	
Endereço e CEP		RUA R OSWALDO CRUZ - 70, charqueada, CEP: 13515000									
Complemento				Telefone				e-mail			
Discriminação do Serviço											
Prestação de serviços médicos em ginecologia no mês de Maio de 2024. DADOS BANCARIOS PJ 31.255.397/0001-96 - BANCO ITAU AGENCIA 0649 CC 14616-4 CHAVE PIX : 16 997851039 Valor aproximado dos Tributos R\$1.008,75(13,45%) Conforme LEI 12.741 de 10/12/2012, fonte IBPT OBS: Prazo para cancelamento da NF : 24 HORAS Prazo para substituição da NF : 05 DIAS											
Código do Serviço / Atividade											
4.01 / 23401 - Medicina e biomedicina.											
Detalhamento Específico da Construção Civil											
Código da Obra						Código ART					
Tributos Federais											
PIS (R\$)		48,75		COFINS (R\$)		225,00		IR (R\$)		112,50	
								INSS (R\$)		0,00	
								CSLL (R\$)		75,00	
Detalhamento de Valores - Prestador do Serviço				Outras Informações				Cálculo do ISSQN devida no Município			
Valor do Serviço R\$		7.500,00		Natureza Operação		Valor do Serviço R\$		7.500,00			
(-) Desconto Incondicionado		0,00		1-Exigível		(-) Deduções Permitidas em Lei		0,00			
(-) Desconto Condicionado		0,00		Regime Especial Tributação		(-) Desconto Incondicionado		0,00			
(-) Retenções Federais		461,25				Base de Cálculo		7.500,00			
(-) Outras Retenções		0,00		Opção Simples Nacional		(x) Alíquota %		3,00			
(-) ISSQN Retido		0,00		2 - Não		ISSQN a Reter		() Sim (X) Não			
(=) Valor Líquido R\$		7.038,75		Incentivador Cultural		(=) Valor do ISSQN R\$		225,00			
Avisos		1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador do Serviço. 2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, http://matao.sp.gov.br , com a utilização do Código de Verificação.									

Em 28/05/2024, recebi e conferi as mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Recibo. Essa despesa foi paga com o termo de convênio firmado com

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
29/05/2024 - AUTOATENDIMENTO - 13.30.41
3668403668 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

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

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : HOSPITAL E MATERNIDADE BE
BANCO: 033 - BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.
AGENCIA: 0497-9 - SAO PEDRO
CONTA: 13.001.074-6

FAVORECIDO: CARDIOTEST AGUAS DE SAO PEDRO S/S.
CPF/CNPJ: 15.422.515/0001-57
VALOR: R\$ 9.385,00
DEBITO EM: 29/05/2024

=====

DOCUMENTO: 052902
AUTENTICACAO SISBB: F.750.022.261.A97.AD3



NFSE - Nota Fiscal de Serviço Eletrônica

DR. RAFAEL

CARDIOTEST AGUAS DE SAO PEDRO S/S. LTDA. R. VALENTIN AMARAL, 467 CEP: 13520-000 - Bairro: SANTA CRUZ Município: São Pedro - SP E-mail: ecgcontabil@gmail.com Fone: (19) 9981-1931			Número da NFS-e 202400000000560	
CNPJ / CPF 15.422.515/0001-57	Inscrição Estadual ISENT0		Inscrição Municipal 15520	Data do Serviço 28/05/2024

PREFEITURA DO MUNICIPIO DE SAO PEDRO/SP Secretaria Municipal da Fazenda Fone: (19) 3481-9200 - 200.159.89.202:8091/NFSe.Portal	Dt. de Emissão 28/05/2024	Exigibilidade ISS Exigível	Tributado no Município São Pedro/SP
--	-------------------------------------	-------------------------------	--

TOMADOR DO SERVIÇO		Município de Prestação do Serviço	
Nome / Razão Social HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICIENTE DE CHARQUEADA		São Pedro/SP	
Endereço RUA OSWALDO CRUZ, 70			
Cidade Charqueada	UF SP	Fone (19) 3486-1333	CEP 13515-000
Bairro SÃO BENEDITO			
CNPJ / CPF / NIF 51.421.279/0001-18	Inscrição Municipal	Inscrição Estadual	
E-mail adm@hmbc.org.br			

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

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	VALOR TOTAL	ALIQ.	VALOR IMPOSTO	RETIDO			
SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS CARDIOLOGISTA NO MÊS DE MAIO CNPJ 15.422.515.0001/57 BANCO SANTANDER / AG 0497 / CC 13001074-6	10.000,00	4,00	0,00	Não			
Em 28/05/24, recebi e conferi as mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Recibo. Essa despesa foi paga com o termo de convênio firmado com a Prefeitura Municipal de Charqueada n.º 05/2024, processo n.º 11683/2023 de 01/01/24. Duizela							
Código do Serviço 04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.	Código NBS 05/2024, processo n.º 11683/2023 de 01/01/24. Duizela						
CIDE 0,00	COFINS 300,00	COFINS Importação 0,00	ICMS 0,00	IOF 0,00	IPI 0,00	PIS/PASEP 65,00	PIS/PASEP Importação 0,00
Base Cálculo ISSQN Próprio 10.000,00	Valor do ISSQN Próprio 0,00	Base Cálculo ISSQN Retido 0,00	Valor do ISSQN Retido 0,00	Valor Total do ISSQN 0,00	Valor Dedução/Descontos 0,00		
Valor Total da NFS-e	10.000,00	Valor Líquido da NFS-e	9.385,00				

Informações Adicionais Reg. Especial de Tributação: Sociedade de Profissionais Lei 12741/2012: Mun: R\$269,00; Est: R\$0,00; Fed: R\$1345,00; Total Aprox: R\$1614,00. Fonte: IBPT. IR Retido: R\$150,00 Retenções: COFINS R\$ 300,00; PIS R\$ 65,00; CSLL R\$ 100,00;	
--	---

Consulta realizada em 28/05/2024 às 12:55:02.

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



2024000000005600564547bd15422515000157

Recebi(emos) de CARDIOTEST AGUAS DE SAO PEDRO S/S. LTDA.	Número da NFS-e 202400000000560	Número de Controle do Município
os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado.	Competência 28/05/2024	
____/____/____ Data	NFS-e 0564547bd	
Identificação e assinatura do receptor		

Consulta realizada em 28/05/2024 às 12:55:02.

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
29/05/2024 - AUTOATENDIMENTO - 13.30.41
3668403668 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

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

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : HOSPITAL E MATERNIDADE BE
BANCO: 756 - BANCO SICOOB S.A.
AGENCIA: 5004-0 - CCLA CENTRO BRASILEIRA
CONTA: 1.092.886-3

FAVORECIDO: MANUEL NALESSIO FERRAZ DE CAMPOS
CPF/CNPJ: 44.269.814/0001-00
VALOR: R\$ 9.385,00
DEBITO EM: 29/05/2024

=====

DOCUMENTO: 052903
AUTENTICACAO SISBB: C.84B.2BB.FE6.9AD.054



DL: MANOEL

 PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PIRACICABA SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS DIVISÃO DE FISCALIZAÇÃO DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO FAZENDÁRIA NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-E		Número da Nota Fiscal 32			
		Série: E			
		Data Emissão: 28/05/2024			
		Certificação: 85892-0F61E			
DADOS DO PRESTADOR					
Nome/Razão Social: MANUEL NALESSIO FERRAZ DE CAMPOS Nome Fantasia: CNPJ/CPF: 44.269.814/0001-00 Insc. Municipal: 666385 Insc. Estadual: Endereço: AVENIDA ULHOA CINTRA N°: 99 Bairro: CENTRO Compl.: SALA 01 Município: PIRACICABA UF: SP CEP: 13400-430 E-mail: elianapuppim.contabil@gmail.com Telefone: 1999381666					
DADOS DO TOMADOR					
Nome/Razão Social: HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA CNPJ/CPF: 51.421.279/0001-18 Insc. Municipal: Endereço: RUA OSWALDO CRUZ Insc. Estadual: Bairro: JD SÃO BENEDITO N°: 70 Município: CHARQUEADA Compl.: E-mail: adm@hmbc.org.br UF: SP CEP: 13517-032 Telefone: 1934861333					
DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO					
PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS EM ORTOPEDIA NO MÊS DE MAIO DE 2024 DADOS BANCARIOS: BANCO: 756 AGENCIA: 5004 CONTA CORRENTE: 1.092.886-3 CNPJ: 44.269.814/0001-00					
Item PROCEDIMENTOS MEDICOS		Tributável Sim	Qtde. 1,00	VI. Unitário R\$ 10000,0000	Total R\$ 10.000,00
Em <u>28/05/24</u>, recebi e conferi as mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Recibo. Essa despesa foi paga com o termo de convênio firmado com a Prefeitura Municipal de Charqueada, n.º <u>05/2024</u>, processo n.º <u>11683/2023</u> de <u>01/01/24</u>. <i>Piricula</i>					
Valor Tributável: R\$ 10.000,00	Valor não Tributável: R\$ 0,00	VALOR BRUTO DA NOTA			R\$ 10.000,00
Valor Total das Deduções: R\$ 0,00	Desconto Incondicionado: R\$ 0,00	Desconto Condicionado: R\$ 0,00	Base de Cálculo: R\$ 10.000,00	Alíquota: 2,0000%	Valor do ISS: R\$ 200,00
PIS: 0,650% R\$ 65,00	COFINS: 3,000% R\$ 300,00	INSS: 0,000% R\$ 0,00	IR: 1,500% R\$ 150,00	CSLL: 1,000% R\$ 100,00	Outras Retenções: R\$ 0,00
Valor Aproximado de Impostos: Federais R\$ 0,00 Estaduais R\$ 0,00 Municipais R\$ 0,00			VALOR LÍQUIDO DA NOTA		R\$ 9.385,00
ENQUADRAMENTO DO SERVIÇO					
4.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.					
OUTRAS INFORMAÇÕES					
Mês de Competência: 05/2024 Recolhimento: Sem Retenção CNAE: 8630502 Observações:	Local do Recolhimento: PIRACICABA/SP Tributação: Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP)		Dt 28/05/2024 11:19:10 Competência:		
O conteúdo deste documento fiscal é de inteira responsabilidade do emissor.					
Impresso em: 28/05/2024 às 13:10:20					