

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

ÓRGÃO PÚBLICO CONVENIENTE: PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE CHARQUEADA

CONVENIADA: Hospital e Maternidade Beneficente de Charqueada

CNPJ: 51.421.279/0001-18

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

RESPONSÁVEL(IS) PELA CONVENIADA: Paulo Francisco do Nascimento

CPF: 123.767.938-90

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

EXERCÍCIO: 2024

ORIGEM DOS RECURSOS (1): MUNICIPAL

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

DEMONSTRATIVO DOS RECURSOS DISPONÍVEIS NO EXERCÍCIO				
DATA PREVISTA PARA O REPASSE (2)	VALORES PREVISTOS (R\$)	DATA DO REPASSE	NÚMERO DO DOCUMENTO DE CRÉDITO	VALORES REPASSADOS (R\$)
11/10/2024	70.500,00	11/10/2024	33.325.454	70.500,00
(A) SALDO DO MÊS ANTERIOR				20.987,56
(B) REPASSES PÚBLICOS NO MÊS				91.487,56
(C) RECEITAS COM APLICAÇÕES FINANCEIRAS DOS REPASSES PÚBLICOS				164,15
(D) OUTRAS RECEITAS DECORRENTES DA EXECUÇÃO DO AJUSTE (3)				0,00
(E) TOTAL DE RECURSOS PÚBLICOS (A + B + C + D)				91.651,71
(F) RECURSOS PRÓPRIOS DA ENTIDADE BENEFICIÁRIA				0,00
(G) TOTAL DE RECURSOS DISPONÍVEIS NO EXERCÍCIO (E + F)				91.651,71

(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 Outubro/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 (*)	77.308,75		77.308,75	77.308,75	
Outros serviços de terceiros					
Locação de móveis					
Locações diversas					
Utilidades públicas (7)					
Combustível					
Bens e materiais permanentes					
Obras					
Despesas financeiras e bancárias					
Outras despesas					
TOTAL	77.308,75		77.308,75	77.308,75	

(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

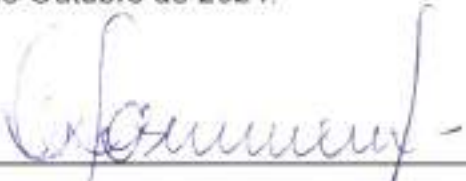
EXERCÍCIO A PAGAR EM EXERCÍCIOS SEQUINTEs, uma vez que tais descontos ou multas são contabilizados em contas de receitas ou despesas. Assim sendo deverá ser indicado como nota de rodapé os valores e as respectivas contas de receitas e despesas.

(*) Apenas para entidades da área da Saúde.

DEMONSTRATIVO DO SALDO FINANCEIRO DO EXERCÍCIO	
(G) TOTAL DE RECURSOS DISPONÍVEL NO EXERCÍCIO	91.651,71
(J) DESPESAS PAGAS NO EXERCÍCIO (H+I)	77.308,75
(K) RECURSO PÚBLICO NÃO APLICADO [E - (J - F)]	14.342,96
(L) VALOR DEVOLVIDO AO ÓRGÃO PÚBLICO	0,00
(M) VALOR AUTORIZADO PARA APLICAÇÃO NO EXERCÍCIO SEGUINTE (K - L)	14.342,96

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 Outubro de 2024.



PAULO FRANCISCO DO NASCIMENTO
PRESIDENTE



HOSPITAL BENEFICENTE DE CHARQUEADA

Termo de Convênio nº 05/2024

Processo: 11683/2023

Conta: 12.869-4

Outubro/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

CNPJ: 51.421.279/0001-18 – HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE
DE CHARQUEADA

Endereço: Rua Oswaldo Cruz, 70 – Charqueada/SP – CEP 13.517-032
Telefone: (19) 3486-1333 – E-mail: adm@hmhc.org.br

Visualizar Pix agrupados



Consultas - Extrato de conta corrente

0034011428575360163
01/11/2024 10:16:27

Cliente - Conta atual

Agência 3668-4
Conta corrente 12869-4 HOSPITAL E MATERNIDADE BE
Período do extrato 10 / 2024

Lançamentos

DT. Saldo anterior	DT. movimento	Ag. origem	Lote	Número	Documento	Valor R\$	Saldo
30/09/2024		0000	00000	000 Saldo Anterior			0,00 C
01/10/2024		3668	99015	470 Transferência enviada 01/10 09:45 SHEILA G G A M LTDA	552.656.000.030.373	7.500,00 D	
01/10/2024		0000	00000	848 Resgate Automático BB RF Curto Prazo Automático	1.972	7.500,00 C	0,00 C
11/10/2024		0000	14175	976 TED-Crédito em Conta 104 4901 11432559000107 FMS CHARQUEADA	33.768.542	70.500,00 C	
11/10/2024		0000	00000	271 BB-APLIC C.PR2-APLAUT BB RF Curto Prazo Automático	1.972	70.500,00 D	0,00 C
31/10/2024		3668	99015	470 Transferência enviada 31/10 15:54 SHEILA G G A M LTDA	552.656.000.030.373	7.500,00 D	
31/10/2024		3668	99015	470 Transferência enviada 31/10 14:14 L R COMINETTI SERV MEDIC	553.552.000.029.721	22.500,00 D	
31/10/2024		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv 033 0497 015422515000157 CARDIOTEST AG	103.101	9.385,00 D	
31/10/2024		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv 260 0260 044308742000154 CFCA SERVICOS	103.102	14.000,00 D	
31/10/2024		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv 341 0649 031255397000198 CLINICA AMORI	103.103	7.038,75 D	
31/10/2024		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv 756 5004 044269814000100 MANUEL NALESS	103.104	9.385,00 D	
31/10/2024		0000	00000	848 Resgate Automático BB RF Curto Prazo Automático	1.972	69.808,75 C	
31/10/2024		0000	00000	999 S A L D O			0,00 C

OBSERVAÇÕES:

Transação efetuada com sucesso por: JF323156 PAULO FRANCISCO DO NASCIMENTO.

Cliente

Agência 3888-4
Conta 12869-4 HOSPITAL M B CHARQUEADA
Mês/ano referência OUTUBRO/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
30/09/2024	SALDO ANTERIOR	10.707,56			8.267,738760		
01/10/2024	RESGATE	7.500,00	4,14	10,35	5.800,511753	1,285487419	2.467,225007
	Aplicação 12/09/2024	7.500,00	4,14	10,35	5.800,511753		
11/10/2024	APLICAÇÃO	70.500,00			54.289,450907	1,298594825	56.756,675914
31/10/2024	RESGATE	89.808,75	49,54	92,04	53.641,017413	1,304045549	3.115,658501
	Aplicação 12/09/2024	3.209,87	7,50		2.467,225007		
	Aplicação 11/10/2024	86.598,88	42,04	92,04	51.173,792406		
31/10/2024	SALDO ATUAL	4.062,96			3.115,658501		3.115,658501

Resumo do mês

SALDO ANTERIOR	10.707,56
APLICAÇÕES (+)	70.500,00
RESGATES (-)	77.308,75
RENDIMENTO BRUTO (+)	320,22
IMPOSTO DE RENDA (-)	53,68
IOF (-)	102,39
RENDIMENTO LÍQUIDO	164,15
SALDO ATUAL =	4.062,96

Valor da Cota

30/09/2024	1,285101735
31/10/2024	1,304045549

Rentabilidade

No mês	0,6905
No ano	6,6397
Últimos 12 meses	8,1344

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

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC 0800 729 0722

Ouvidoria BB 0800 729 5678
Para deficientes auditivos 0800 729 0088



Extratos - Investimentos Fundos / CDB

515BB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/11/2024 - AUTO-ATENDIMENTO - 15:26:05
366803668

EXTRATO UNIFICADO DE FUNDOS
PARA SIMPLES CONFERENCIA

AGENCIA: 3668-4 CONTA: 12.869-4
CLIENTE: HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE C
=====

BB RF CP Automatico CNPJ 42.592.315/0001-15
Valor Cota p/dia 31.10.2024 R\$ 1,304045549
Valor Cota p/dia 01.11.2024 R\$ 1,304434891

Data Historico	Valor	Qtde.Cotas
3110 Sdo Ant.	4.062,96	3115,658501
0111 Sdo Final	4.064,17	3115,658501

Rentabilidades %
No mes: 0,0298
No ano: 6,6715
Ultimos 12 meses: 8,1344

=====

Nao houve lancamentos no periodo

=====

Saldos Calculados ate 01.11.2024

Saldo Bruto	4.064,17
IR Estimado	2,55-
IR Complementar	0,32-
IOF	5,46-
Saldo Liquido p/Resgate	4.055,84
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: JF303153 PAULO FRANCISCO DO NASCIMENTO.

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC 0800 729 0722

Ouvidoria BB 0800 729 5678
Para deficientes auditivos 0800 729 0088

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
21/10/2024 - AUTOATENDIMENTO - 10.21.04
3668403668 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

CLIENTE: HOSPITAL MAT 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 8584000270-4 43500305242-6

92071624276-3 66177706004-3

Data do pagamento 18/10/2024

Numero do Documento 07.16.24276.6617770-6

Valor Total 27.043,58

DOCUMENTO: 101803

AUTENTICACAO SISBB: A.002.144.8EA.F22.504

Transação efetuada com sucesso por: JF303158 PAULO FRANCISCO DO NASCIMENTO.



Documento de Arrecadação de Receitas Federais

CNPJ 51.421.279/0001-18	Recibo Sobre HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA		
Período de Arrecação Setembro/2024	Data de Vencimento 18/10/2024	Número do Documento 07.16.24276.6617770-6	Pagar este documento até 18/10/2024
Observações Nº Recibo Declaração: 50000268690325			Valor Total do Documento 27.043,58

Composição do Documento de Arrecação				
Código	Denominação	Principal	Multa	Juros
1032	CONT. PREV. DESCONT. SEGURADO EMPREGADO/AVULSO	17.565,19		
	01 CP SEGURADOS - EMPREGADOS/AVULSO			
	PA:09/2024 Vencimento:18/10/2024			
0501	IRRF - RENDIMENTO DO TRABALHO ASSALARIADO	5.599,29		
	07 IRRF - RD TRB ASSAL PAIS/ALIS NO EXT A SERV PAIS			
	PA:09/2024 Vencimento:18/10/2024			
1708	IRRF - REMUNER SERV PRESTADOS POR PJ	477,51		
	06 IRRF - REMUNER SERV PRESTADOS POR PJ			
	PA:08/2024 Vencimento:18/10/2024			
8301	PIS - FOLHA DE SALARIOS	1.898,76		
	02 PIS - FOLHA DE SALARIOS			
	PA:09/2024 Vencimento:20/10/2024			
9032	RET DE CONTRIBUIÇÕES PAGO PJ A PJ DE DIR PRIV	1.500,02		
	07 RET DE CONTRIBUIÇÕES PAGO PJ A PJ DE DIR PRIV			
	PA:08/2024 Vencimento:18/10/2024			
Totais		27.043,58		

Pago parte com especialidades - \$1.691,25
Pago parte com subvenção - \$25.063,15
Pago parte com aditivo MAC - R\$68,76
Pago parte com conta 635-1 (exames) - \$220,42

Em 02/10/24, 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 02/2024, processo n.º 11681/2023, de 01/01/24.

Priscila

SENDA (Versão 5.2.0)

Página: 1/1

02/10/2024 15:38:08

8584000270 4 43580385242 6 02071624276 3 66177706004 3

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Documento de Arrecadação de Receitas Federais

8584000270 4 43580385242 6 02071624276 3 66177706004 3



CNPJ: 51.421.279/0001-18
Número: 07.16.24276.6617770-6
Pagar até: 18/10/2024
Valor: 27.043,58

Pague com o PIX





Emissão de comprovantes - 3o nível

G3320108046358031
01/10/2024 09:59:46

01/10/2024 - BANCO DO BRASIL - 09:45:45
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 01/10/2024
NR. DOCUMENTO 552.656.000.030.373
VALOR TOTAL 7.500,00
***** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: SHEILA G G A M LTDA
AGENCIA: 2656-5 CONTA: 30.373-9
NR. DOCUMENTO 553.668.000.012.869

NR. AUTENTICACAO 2.568.662.5CC.044.689

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

NFSE - Nota Fiscal de Serviço Eletrônica

SHEILA GIMENEZ GIOVANONI ATENDIMENTO MEDICO LTDA - ME R. CEZARIO AZZINE, 315 CEP: 13522-314 - Bairro: VILA RICA Município: São Pedro - SP E-mail: gg.sheila20@gmail.com Fone: (19) 99297-8952			Número da NFS-e 202400000000035	
CNPJ / CPF Inscrição Estadual Inscrição Municipal 51.285.584/0001-20 "" 16212			Data do Serviço 30/09/2024	Código Verificador 3911d2695

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	Exigibilidade ISS	Tributado no Município
	30/09/2024	Exigível	São Pedro/SP

TOMADOR DO SERVIÇO				Município de Prestação do Serviço	
Nome / Razão Social HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA				São Pedro/SP.	
Endereço Oswaldo Cruz, 70					
Cidade Charqueada	UF SP	Fone (99) 9999-9999	CNPJ 13515-000		
Bairro centro					
CNPJ / CPM - INSP 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 Setembro de 2024 Dra. Sheila Gimenez Giovanini CNPJ 51.285.584/0001-20 Banco do Brasil AG 2656-5 CC 30373-8 - Alíquota Efetiva: 2,010000000000%	7.500,00	2,01	150,75	Não

Código do Serviço	Código NBS
04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, pronto-socorros, ambulatórios e congêneres.	*****

[illegible]

Base Cálculo ISSQN Propra	Valor do ISSQN Propra	Base Cálculo ISSQN Rendo	Valor do ISSQN Rendo	Valor Total do ISSQN	Valor Debitado Determiste
7.500,00	150,75	0,00	0,00	150,75	0,00

Valor Total da NFS-e	7.500,00	Valor Líquido da NFS-e	7.500,00
----------------------	----------	------------------------	----------

Informações Adicionais

NFS-e Gerada em Substituição a NFS-e de número 202400000000033.

NOTA EMITIDA POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL.

NÃO GERA DIREITO A CREDITO 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 30/09/2024 às 17:37:37

Para consultar a autenticidade acesse: 200.159.89.202:8091/NFS-e Portal



3024000000003539114269551285584000120

[illegible]

Consulta realizada em 30/09/2024 às 17:37:37

Para consultar a autenticidade acesse: 200.159.89.202:8091/NFSs/Portal

31/10/2024 - BANCO DO BRASIL - 15:54:06
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 31/10/2024
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 D. C47.716.EE7.88A.A0C

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

DRA 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 202400000000039	
CNPJ / CPF 51.285.584/0001-20	Inscrição Estadual ++		Inscrição Municipal 16212	Data do Serviço 31/10/2024

PREFEITURA DO MUNICIPIO DE SAO PEDRO/SP Secretaria Municipal de Fazenda Fone: (19) 3481-9200 - 200.159.89.202:8091/NFSe Portal	Ot. de Emissão 31/10/2024	Exigibilidade ISS Elegível	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 / ME 51.421.279/0001-18	Inscrição Municipal	Inscrição Estadual	
Cidade *****			

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

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	VALOR TOTAL	ALIQ.	VALOR IMPOSTO	RETIDO
Prestação de serviços médicos em ginecologia no mês de outubro de 2024 Dra. Sheila Gimenez Giovanoni CNPJ 51.285.584/0001-20 Banco do Brasil AG 2656-5 CC 30373-9. Alíquota Efetiva: 2,010000000000%	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 *****	
ICMS 0,00	COTRIM 0,00	COTRIM Impostos 0,00	ICMS 0,00
Base Cálculo ISENT Provis 7.500,00	Valor do ISENT Provis 150,75	Base Cálculo ISENT Retido 0,00	Valor do ISENT Retido 0,00
Valor Total da NFS-e 7.500,00		Valor Líquido da NFS-e 7.500,00	

Informações Adicionais NFS-e Gerada em substituição a NFS-e de número 202400000000038. NOTA EMITIDA POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL NÃO GERA DIREITO A CREDITO FISCAL DE IPI Lei 12741/2012: Mun: R\$201,75; Est: R\$0,00; Fed: R\$1008,75; Total Aprox: R\$1210,50. Fonte: IBPT.	
---	---

Consulta realizada em 31/10/2024 às 10:03:31
Para consultar a autenticidade acesse: 200.159.89.202:8091/NFSe Portal



Recebemos de SHEILA GIMENEZ GIOVANONI ATENDIMENTO MEDICO LTDA - ME	Número da NFS-e 202400000000039	Número de Controle do Município 124
os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado.	Em 31/10/2024 Comprovado 31/10/2024 NFS-e c09e8052f	recebi e conferi as mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Recibo. Essa despesa foi paga com o termo de convênio firmado com
 Data	Identificação e assinatura do receptor	

Consulta realizada em 31/10/2024 às 10:03:31
Para consultar a autenticidade acesse: 200.159.89.202:8091/NFSe Portal
de 01/10/124. Pixela

31/10/2024 - BANCO DO BRASIL - 14:14:25
366803668 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

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

DATA DA TRANSFERENCIA	31/10/2024
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	F.613.13E.DEE.DE1.FD5
------------------	-----------------------

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

 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 360 Série: E Data Emissão: 29/10/2024 Certificação: 4697D-133CE			
DADOS DO PRESTADOR Nome/Razão Social: L & F COMINETTI SERVIÇOS MEDICOS LTDA Nome Fantasia: L R COMINETTI CNPJ/CPF: 27.408.345/0001-35 Insc. Municipal: 643016 Insc. Estadual: Nº: 507 Endereço: AVENIDA SÃO JOÃO Compl.: SALA 03 Bairro: SÃO JUDAS UF: SP CEP: 13416-382 Município: PIRACICABA Telefone: 1934026314 E-mail: rozanocominetti@gmail.com							
DADOS DO TOMADOR Nome/Razão Social: HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA CNPJ/CPF: 51.421.275/0001-18 Insc. Municipal: Insc. Estadual: Nº: 80 Endereço: RUA OSWALDO CRUZ Compl.: Bairro: SÃO BENEDITO UF: SP CEP: 13517-032 Município: CHARQUEADA Telefone: 1934861333 E-mail: adm@hmbo.org.br							
DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS EM PEDIATRIA REFERENTE AO MÊS DE OUTUBRO/2024 DADOS BANCÁRIOS BANCO DO BRASIL S/A AGÊNCIA 3552-1 CONTA CORRENTE 29721-6 CNPJ 27.408.345/0001-35							
Item SERVIÇOS MEDICOS Em <u>29/10/24</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>11683/2024</u> de <u>01/01/24</u>. <u>Priscila</u>				Tributável Sim	Qtde. 1,00	VL. Unitário R\$ 22500	Total R\$ 22.500,00
Valor Tributável: R\$ 22.500,00		Valor não Tributável: R\$ 0,00		VALOR BRUTO DA NOTA		R\$ 22.500,00	
Valor Total das Deduções: R\$ 0,00		Desconto Incondicionado: R\$ 0,00		Desconto Condicionado: R\$ 0,00		Base de Cálculo: R\$ 22.500,00	
PIS: R\$ 0,00		COFINS: R\$ 0,00		INSS: R\$ 0,00		IR: R\$ 0,00	
Alíquota: 2,0000%		Valor do ISS: R\$ 450,00		Outras Retenções: R\$ 0,00			
Valor Aproximado de Impostos: Federais R\$ 0,00 Estaduais R\$ 0,00 Municipais R\$ 0,00				VALOR LÍQUIDO DA NOTA		R\$ 22.500,00	
ENQUADRAMENTO DO SERVIÇO 4.01 - Medicina e biomédica							
OUTRAS INFORMAÇÕES Mês de Competência: 10/2024 Local do Recolhimento: PIRACICABA/SP DI: 29/10/2024 11:42:47 Recolhimento: Sem Retenção Tributação: Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP) Competência: CNAE: 8630503 Empresa Optante do Simples Nacional Observações:							
O conteúdo deste documento fiscal é de inteira responsabilidade do emissor. Impresso em: 29/10/2024 às 11:42:54							
Recebi(emos) de: L & F COMINETTI SERVIÇOS MEDICOS LTDA Os serviços constantes nesta Nota Fiscal de Serviços Eletrônica _____ Data				NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA Número: 360 Certificação: 4697D-133CE _____ Assinatura do Recebedor			



Emissão de comprovantes - 3o nível

G3343114104452821
31/10/2024 14:15:15

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/10/2024 - AUTOCATENDIMENTO - 14.10.10
3668403668 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: HOSPITAL E MATERNIDADE DE

AGENCIA: 3668-4 CONTA: 12.869-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : HOSPITAL E MATERNIDADE DE

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

AGENCIA: 8497-9 - 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: 31/10/2024

=====

DOCUMENTO: 103101

AUTENTICACAO SISBB: 2.700.9C8.234.417.A20

NFSE - Nota Fiscal de Serviço Eletrônica

CARDIOTEST AGUAS DE SAO PEDRO S/S, LTDA.
R. VALENTIN AMARAL, 457
CEP: 13520-000 - Bairro: SANTA CRUZ
Município: São Pedro - SP
E-mail: ecgcontabil@gmail.com
Fone: (19) 9981-1931

CNPJ / CPF **Inscrição Estadual** **Inscrição Municipal**
15.422.515/0001-57 ISENTA 15520



Número da NFSe

202400000000665

Data do Serviço

Código Verificador

30/10/2024

c17c6b865

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

30/10/2024

Exigibilidade
ISS

Exigível

Tributado no Município

São Pedro/SP

TOMADOR DO SERVIÇO

Município de Prestação do Serviço

Nome / Razão Social

HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICIENTE DE CHARQUEADA

Endereço

RUA OSWALDO CRUZ,70

Cidade

Charqueada

UF

SP

Fone

(19) 3486-1333

CEP

13515-000

Bairro

SÃO BENEDITO

CNPJ / CPF / IPI

51.421.279/0001-18

Inscrição Municipal

Inscrição Estadual

E-mail

adm@hmbc.org.br

São Pedro/SP

INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO

Nome / Razão Social

CNPJ / CPF

Inscrição Municipal

E-mail

Fone

Cidade

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

VALOR TOTAL

ALIQ

VALOR IMPOSTO

RETIDO

SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS CARDIOLOGISTA NO MÊS DE OUTUBRO
CNPJ 15.422.515/0001/57
BANCO SANTANDER / AG 0497 / CC 13001074-6

10.000,00

4,00

0,00

Não

Código do Serviço

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

Código NBS

ICMS

0,00

COFINS

300,00

COFINS Importação

0,00

ICMS

0,00

IR

0,00

PI

0,00

ISS-PASEP

65,00

ISS-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 NFSe

10.000,00

Valor Líquido da NFSe

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\$190,00

Retenções: COFINS R\$ 300,00; PIS R\$ 65,00; CSLL R\$ 100,00;



Consulta realizada em 30/10/2024 às 09:26:25.

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



202400000000665c17c6b86515422515000157

Recebi(emos) de

CARDIOTEST AGUAS DE SAO PEDRO S/S, LTDA.

os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado.

Data

Identificação e assinatura do receptor

Número da NFSe

202400000000665

Número de Controle do Município

202400000000665

Competência

30/10/2024

em 30/10/2024, recebi e conferi as

mercadorias e / ou serviços constantes

nesta Nota Fiscal/Recibo. Essa despesa foi

paga com o termo de convênio firmado com

a Prefeitura Municipal de Charqueada, n.º

c17c6b865

de 01/01/2024. Praxeda

Consulta realizada em 30/10/2024 às 09:26:25.

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/10/2024 - AUTOATENDIMENTO - 14.16.16
3668403668 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: HOSPITAL E MATERNIDADE DE
AGENCIA: 3668-4 CONTA: 12.869-4

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : HOSPITAL E MATERNIDADE DE
BANCO: 260 - NU PAGAMENTOS - IP
AGENCIA: 0260-7
CONTA: 26.256.108-0

FAVORECIDO: CFCA SERVICOS MEDICOS LTDA
CPF/CNPJ: 44.388.742/0001-54
VALOR: R\$ 14.000,00
DEBITO EM: 31/10/2024

DOCUMENTO: 183102
AUTENTICACAO SISBB: 9.E24.986.6F9.A2A.8FC



PREFEITURA DE SOROCABA
SECRETARIA DA FAZENDA



Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e
Prestador

Data e Hora de Emissão da NFS-e	Competência da NFS-e	Número / Série	Código de Verificação
29/10/2024 16:24:35	10/2024	22 / U	SFZm8ogP0

EMITENTE DA NFS-e

CPF/CNPJ: 44.308.742/0001-54 Nome/Razão Social: CFCA SERVICOS MEDICOS LTDA Endereço: RUA PROFESSOR LUIZ DE VASCONCELOS 160 ANDAR:10 TORRE C VILA PROGRESSO Município / País: SOROCABA / SP BRASIL	Inscrição Municipal: 398931 E-mail: GESTOR.SOCIETARIO@RISSICON TABILIDADE.COM.BR UF: SP CEP: 18090-380 Telefone: (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 Município / País: CHARQUEADA / SP BRASIL	Inscrição Municipal: E-mail: adm@hmbc.org.br UF: SP CEP: 13515-000 Telefone:
--	---

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS EM ESTQUIATRIA NO MÊS DE OUTUBRO DE 2024

DADOS BANCÁRIOS: BR PAGAMENTOS S.A - AG: 0260 - C/C: 26256108-8
CPF: 44.308.742/0001-54 - CFCA SERVICOS MEDICOS LTDA

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

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 17/10/2023, QUE OS SERVIÇOS SÃO PRESTADOS POR PROFISSÃO REGULAMENTADA POR LEGISLAÇÃO FEDERAL, SENDO PRESTADO PESSOALMENTE PELOS SÓCIOS DA EMPRESA, SEM O CONTRATO DE EMPREGADO OU DE OUTROS CONTRIBUINTES INDIVIDUAIS.

EMPRESA OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL

DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL

DETALHAMENTO DO SERVIÇO

CNAE: 861010200 - ATIVIDADES DE ATENDIMENTO EM PRONTO-SOCORRO E UNIDADES HOSPITALARES PARA ATENDIMENTO	
Serviço: 04.03 - HOSPITAIS, CLINICAS, LABORATORIOS, SANATORIOS, MANICOMIOS, CASAS DE SAUDE, PRONTOS-SOCORROS,	
Município da Incidência do ISSQN SOROCABA - SP	Município / País da Prestação do Serviço SOROCABA / SP
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\$)	Aliquota	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: 05/10/2024
Número da nota fiscal substituída: 01/01/24
Em 29/10/24, recebi e conferi as mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Recibo. Essa despesa foi paga com o termo de convênio firmado com a Prefeitura Municipal de Charqueada, n.º 05/2024 processo n.º 11683/2023 de 01/01/24. Priscila

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/10/2024 - AUTOATENDIMENTO - 14.10.10
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: 31/10/2024
=====

DOCUMENTO: 103103
AUTENTICACAO SISBB: E.714.16F.433.498.4C9



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

Número da
NFS-e
346



Data e Hora da Emissão	29/10/2024 13:37:45	Competência	10/2024	Código de Verificação	WVYSNXIAU
Número do RPS		No. da NFS-e substituída		Local da Prestação	MATÃO - SP

Prestador do Serviço

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

Tomador do 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	

Descrição do Serviço

Prestação de serviços médicos em ginecologia no mês de Outubro 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\$1008,75(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 devido no Município

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

Em 29/10/2024, recebi e conferi as mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Recibo. Essa despesa foi paga com o termo de convênio firmado com a Prefeitura Municipal de Charqueada, n.º 05/2024, processo n.º 1163/2024 de 01/01/24. Priscila

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.gis.wws.br/controle-fiscal/verificacao>



Emissão de comprovantes - 3o nível

G3323115418168851
31/10/2024 15:57:37

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/10/2024 - AUTOATENDIMENTO - 15.57.38
3568403668 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 SICCOB 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: 31/10/2024

DOCUMENTO: 103104

AUTENTICACAO SISBB: 7.817.584.F08.E20.8F8



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
67
Série: **E**
Data Emissão: **31/10/2024**
Certificação: **92012-C1EE5**

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°: **89**
Bairro: **CENTRO** Compl.: **SALA 01**
Município: **PIRACICABA** UF: **SP** CEP: **13400-430**
E-mail: **elianapuppini.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 OUTUBRO DE 2024
DADOS BANCÁRIOS:
BANCO: 756
AGÊNCIA: 9034
CONTA CORRENTE: 1 092 886-3
CNPJ: 44.269.814/0001-00

Item
PROCEDIMENTOS MÉDICOS

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

Em 31/10/24, 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 02/03/24. Piracicaba

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: R\$ 65,00	COFINS: R\$ 300,00	INSS: R\$ 0,00	IR: R\$ 150,00	CSLL: R\$ 100,00	Outras Retenções: R\$ 0,00	
Valor Aproximado de Impostos: Federais R\$ 6,50 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, pronto-socorros, ambulatórios e congêneres.

OUTRAS INFORMAÇÕES

Mês de Competência: **10/2024** Local do Recolhimento: **PIRACICABA/SP** Dt: **31/10/2024 14:14:03**
Recolhimento: **Sem Retenção** Tributação: **Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP)** Competência:
CNAE: **8630502**
Observações:

Impresso em: 31/10/2024 às 14:14:14

O conteúdo deste documento fiscal é de inteira responsabilidade do emissor

Recebeu(s) de: **MANUEL NALESSIO FERRAZ DE CAMPOS**
Os serviços constantes nesta Nota Fiscal de Serviços Eletrônica.

Data

Assinatura do Recebedor

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA
Número: **67**
Certificação
92012-C1EE5