



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU**  
**SECRETARIA DA FAZENDA**  
**NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS**

Número da Nota - Série  
**000000004915 - E**  
Autenticidade  
**2N7J-2IM2**  
Data de Emissão  
**20/01/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** ELGUI SERVICOS DE SAUDE SS  
**CPF/CNPJ:** 17.680.807/0001-15 **IM:** 259276 **IE:** ISENTO **Fone:** 19-99177-2083  
**Endereço:** RUA ALAGOAS,134,JARDIM CENTENARIO - CEP : 13845237  
**Município:** MOGI GUACU **UF:** SP **E-mail:** clinicagel@hotmail.com

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

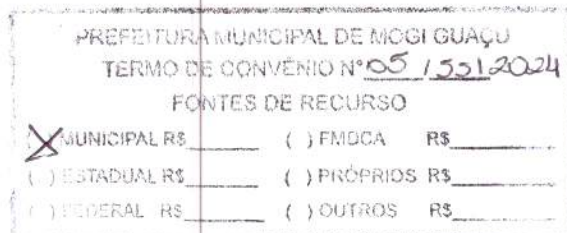
**Nome/Razão Social:** IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MOGI GU  
**CPF/CNPJ:** 52.739.950/0001-36 **IM:** 10286 **IE:** ISENTO **Fone:** 1938611313  
**Endereço:** RUA CHICO DE PAULA,608,CENTRO - CEP : 13840005  
**Município:** MOGI GUAÇU **UF:** SP **E-mail:** nfe@santacasamogiguacu.org.br

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

Honorários médicos prestados pelo DR ELI PAULO COLOMBO FILHO, CRM 66404. ESSA NOTA SERÁ LIQUIDADA NO TERMO DE CONVÊNIO N° 05/SS/2024.

Valor Bruto.....20.400,00  
IR.....306,00  
PIS.....132,60  
COFINS.....612,00  
CSLL.....204,00  
VALOR LIQUIDO.....19.145,40

CONTA P/ DEPOSITO  
BANCO SICOOB  
AG: 3122  
C/C: 855736-5



NÃO SUJEITO A RETENÇÃO A SEGURIDADE SOCIAL, CONFORME ART-31 DA LEI-8.212/91, OS/INSS-209/99, IN/INSS-DC-100/03 E IN 971/09 ART. 120 INCISO III. OS SERVIÇOS ACIMA DESCRITOS FORAM PRESTADOS PESSOALMENTE PELO(S) SÓCIO(S) E SEM O CONCURSO DE EMPREGADOS OU OUTROS CONTRIBUINTES INDIVIDUAIS.  
Serviço realizado em : Mogi Guaçu

**CONFERE COM  
O ORIGINAL**

Processo executado por: 172.16.20.60

**Consulte a autenticidade desta Nota Fiscal através do site: <http://www.mogiguacu.sp.gov.br>**  
**Valor aprox. dos tributos (Lei nº 12.741/2012):**  
**R\$ 2.311,32 - Aliq: 11,33%**

**ASSINATURA**  
Situação de Tributação  
Tributada no Prestador

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

Deduções de Materiais	Base de Cálculo (R\$)	Aliquota (%)	Vr do ISS (R\$)
0,00	20.400,00	-	-

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 20.400,00**



## DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

Entidade: **Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu**  
CNPJ: **52.739.950/0001-36**  
Nome Pessoa Jurídica: ELGUI SERVICOS DE SAUDE SS LTDA  
Nome Pessoa Física: Eli Paulo Colombo Filho  
CNPJ/CPF.: 17.680.807/0001-15  
Especialidade: Cirurgião

**Convênio: PLANTÕES**  
Competência: 12/2024

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
Semana/Final de semana	17	24 Horas	R\$ 800,00	R\$ 13.600,00
Semana/Final de semana	17	24 Horas	R\$ 400,00	R\$ 6.800,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 20.400,00</b>

  
Romildo Fontanelli  
PROVEDOR

## 2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 21/01/2025 às 07:53:16

### Dados do Pagador

<b>Tipo de TED:</b> Terceiros	<b>Tipo Conta:</b> Tipo de conta não encontrada
<b>Nome:</b> IRM STA CASA MISERIC MOGI GUACU	<b>CPF/CNPJ:</b> 52.739.950/0001-36
<b>Conta Origem:</b> 04281/1292.000577217219-7	

### Dados do Recebedor

<b>Conta Destino:</b> 756/3122/00000855736-5	<b>CPF/CNPJ:</b> 17.680.807/0001-15
<b>Tipo Conta:</b> 01 - Conta Corrente	<b>Tipo Pessoa:</b> Jurídica
<b>Nome:</b> ELGUI SERVICOS MEDICOS	<b>Valor:</b> R\$ 19.145,40
<b>Finalidade:</b> 10 - Crédito em Conta	<b>Valor Tarifa:</b> R\$ 12,00
<b>Histórico:</b>	

### Informações do Pagamento

<b>Data do Débito:</b> 20/01/2025	<b>Código da Operação:</b> 60066353
<b>Data da Operação:</b> 20/01/2025	<b>Chave de Segurança:</b> 4896JA57VJPX4CEX

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492



Município de Jacutinga  
Município de Jacutinga  
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e



Número da NFS-e  
400  
Código de Verificação de Autenticidade  
RSXHQ3P16  
Data e Hora de Emissão da NFS-e  
17/01/2025 às 17:57:11  
Chave de Acesso  
471689UVRBCBAT0RL63WSPC1728EBETA

## Informações Fiscais

Exigibilidade do ISS Exigível	Número do Processo	Município de Incidência do ISS JACUTINGA-MG	Local da Prestação JACUTINGA - MG
Número do RPS	Série do RPS	Tipo do RPS	Data do RPS
			Competência 17/01/2025
Optante Simples Nacional	Incentivo Fiscal	Regime Especial Tributação	Tipo ISS
2 - Não	2 - Não	Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP)	04 - Fixo

Para certificação da autenticidade acesse  
<https://nfe.sgpcloud.net:9005/issweb>, menu  
consultas e informe os dados desta NFS-e.

## PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ	RG/Inscrição Estadual	Inscrição Municipal	Cadastro	Nome/Razão Social
33.504.476/0001-19		200111716	000042382	LUCIA SERVIÇOS MÉDICOS LTDA
Logradouro	Complemento		Bairro	
DAS ACACIAS, 90			VALE DAS FLORES	
CEP	Cidade	Telefone	E-mail	
37590-000	Jacutinga-MG	(35)3443-2794		

## TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ/Documento	RG/Inscrição Estadual	Inscrição Municipal	Nome/Razão Social
52.739.950/0001-36			IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MOGI GUAÇU
Logradouro	Complemento		Bairro
RUA CHICO DE PAULA, 608			CENTRO
CEP/Cod.Postal	Cidade/País	Cod. IBGE	Telefone
13840-005	MOGI GUACU - SP	3530706	
			E-mail tesouraria@santacasamogiguacu.org.br

## Discriminação dos Serviços

Qtde.	Un. Medida	Descrição	Vir. Unitário	Total
1,00	UN	Serviços prestados Plantões 12/2024. Convênio número 05/SS/2024.	27.900,00	R\$ 27.900,00

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU  
TERMO DE CONVÊNIO N° 05/SS/2024

FONTES DE RECURSO

MUNICIPAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) FMDCA R\$ \_\_\_\_\_

ESTADUAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) PROPRIOS R\$ \_\_\_\_\_

FEDERAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) OUTROS R\$ \_\_\_\_\_

CONFERE COM  
O ORIGINAL

*Gabrielle*  
ASSINATURA

## Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS

LC 116/2003:	Aliquota	Atividade Município	Código CNAE	Código da Obra	Código ART
04.01	0,00%	0000040000024			
Medicina e biomedicina					
Valor Total dos Serviços	Desconto Incondicionado	Deduções Base Cálculo	Base de Cálculo	Total do ISS	ISS Retido
R\$ 27.900,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 27.900,00	R\$ 0,00	2 - Não
				Desconto Condicionado	R\$ 0,00

## Retenções de Impostos

PIS (27.900,00 x 0,65%)	COFINS (27.900,00 x 3,00%)	INSS	IRRF (27.900,00 x 1,50%)	CSLL (27.900,00 x 1,00%)	Outras Retenções
R\$ 181,35	R\$ 837,00	R\$ 0,00	R\$ 418,50	R\$ 279,00	R\$ 0,00

Valor Líquido da NFS-e: R\$ 26.184,15

Val. Aprox. Tributos:

## Informações Complementares

RECEBI(EMOS) DE LUCIA SERVIÇOS MÉDICOS LTDA O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO 400 E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO RSXHQ3P16.

Data

CPF/RG

Assinatura



## DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

Entidade: **Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu**

CNPJ: **52.739.950/0001-36**

Nome Pessoa Jurídica: **LUCIA MEIRA PEREIRA ROCHA**

Nome Pessoa Física: **Lucia Meira Pereira Rocha**

CNPJ/CPF.: **33.504.476/0001-19**

Especialidade: **Obstetra**

**Convênio: PLANTÕES**

Competência: **12/2024**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana</b>	9	12 Horas	R\$ 1.700,00	R\$ 15.300,00
<b>Final de Semana</b>	7	12 Horas	R\$ 1.800,00	R\$ 12.600,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 27.900,00</b>

  
Romildo Fontaniello  
PROVEDOR

21/01/2025

GERENCIADOR  
**CAIXA**



### Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

#### Detalhes do pagamento

<b>ID da transação:</b> E003603052025012012353f287904f1e
<b>Situação:</b> EFETIVADA <b>Data e Hora:</b> 20/01/2025 às 11:42:27
<b>Valor Original:</b> R\$ 26.184,15 <b>Valor Atualizado:</b> R\$ 26.184,15 <b>Tarifa:</b> R\$ 8,50
<b>Detalhes:</b> NF 400

#### Origem

<b>Nome:</b> IRM STA CASA MISERIC MOGI GUACU
<b>CNPJ:</b> 52.739.950/0001-36
<b>Instituição:</b> CAIXA ECONOMICA FEDERAL

#### Destino

<b>Nome:</b> DRA LUCIA
<b>CNPJ:</b> 33.504.476/0001-19
<b>Instituição:</b> CC POUP E INV UNIAO DE EST DO RS SC E MG SICREDI UNIESTADOS

<b>Código da operação:</b> 41361339509
<b>Chave de segurança:</b> 1F4NV0ENM517UJKA

Caso tenha dúvidas ou não reconheça esta transação, entre em contato com o Alô CAIXA e informe o ID Transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU**  
**SECRETARIA DA FAZENDA**  
**NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS**

Número da Nota - Série  
**000000000791 - E**

Autenticidade  
**7BVB-H8TX**

Data de Emissão  
**17/01/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** AMPARO MED CARE SERVICOS MEDICOS S/S  
**CPF/CNPJ:** 15.626.947/0001-80 **IM:** 317797 **IE:** ISENTA **Fone:** 19 3807-5737  
**Endereço:** AVENIDA JÚLIO XAVIER DA SILVA,379 SALA B,PARQUE CIDADE NOVA - CEP : 13845414  
**Município:** Mogi Guaçu **UF:** SP **E-mail:** amparomedcare@gmail.com

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MOGI GU  
**CPF/CNPJ:** 52.739.950/0001-36 **IM:** 10286 **IE:** ISENTO **Fone:** 1938611313  
**Endereço:** RUA CHICO DE PAULA,608,CENTRO - CEP : 13840005  
**Município:** MOGI GUAÇU **UF:** SP **E-mail:** nfe@santacasamogiguacu.org.br

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

ESSA NOTA SERÁ LIQUIDADADA PELO CONVÊNIO NUMERO: 05/SS/2024

SERVIÇOS PRESTADOS  
VALOR BRUTO R\$ 15.600,00  
COFINS R\$ 468,00  
CSLL R\$ 156,00  
PIS R\$ 101,40  
IR R\$ 234,00  
VALOR LIQUIDO R\$ 14.640,60

CONFERE COM  
O ORIGINAL

*gabriel*  
ASSINATURA

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU  
TERMO DE CONVÊNIO Nº 05/SS/2024

FONTES DE RECURSO

MUNICIPAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) FMDCA R\$ \_\_\_\_\_  
( ) ESTADUAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) PRÓPRIOS R\$ \_\_\_\_\_  
( ) FEDERAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) OUTROS R\$ \_\_\_\_\_

Processo executado por: 172.16.20.60

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

Situação de Tributação  
Tributada no Prestador

Código do Serviço

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

Deduções de Materiais  
**0,00**

Base de Cálculo (R\$)  
**15.600,00**

Aliquota (%)  
-

Vr do ISS (R\$)  
-

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 15.600,00**



## DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

Entidade: **Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu**

CNPJ: **52.739.950/0001-36**

Nome Pessoa Jurídica: **AMPARO MED CARE SERVICOS MEDICOS SS**

Nome Pessoa Física: **Ellington Jose Spricigo**

CNPJ/CPF.: **15.626.947/0001-80**

Especialidade: **Clinico**

**Convênio: PLANTÕES**

Competência: **12/2024**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana</b>	12	6 Horas	R\$ 850,00	R\$ 10.200,00
<b>Final de semana</b>	6	6 Horas	R\$ 900,00	R\$ 5.400,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 15.600,00</b>

  
**Romildo Fontaniello**  
PROVEDOR

21/01/2025

GERENCIADOR  
**CAIXA**



### Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

#### Detalhes do pagamento

**ID da transação:** E0036030520250120123796906c48249  
**Situação:** EFETIVADA    **Data e Hora:** 20/01/2025 às 11:42:50  
**Valor Original:** R\$ 14.640,60    **Valor Atualizado:** R\$ 14.640,60    **Tarifa:** R\$ 8,50  
**Detalhes:** NF 791

#### Origem

**Nome:** IRM STA CASA MISERIC MOGI GUACU  
**CNPJ:** 52.739.950/0001-36  
**Instituição:** CAIXA ECONOMICA FEDERAL

#### Destino

**Nome:** AMPARO MED CARE SERVICOS MEDICOS S/S  
**CNPJ:** 15.626.947/0001-80  
**Instituição:** BANCO DO BRASIL S.A.

**Código da operação:** 41361367196  
**Chave de segurança:** 1F4NV0ENM517UJKA

Caso tenha dúvidas ou não reconheça esta transação, entre em contato com o Alô CAIXA e informe o ID Transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)  
SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU**  
**SECRETARIA DA FAZENDA**  
**NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS**

Número da Nota - Série  
**000000000844 - E**  
Autenticidade  
**6E3S-BEMI**  
Data de Emissão  
**17/01/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** C.P.R.S SERVICOS MEDICOS SOCIEDADE SIMPLES LTDA  
**CPF/CNPJ:** 12.140.085/0001-92 **IM:** 315206 **IE:** **Fone:** 1181746961  
**Endereço:** RUA BELÉM DO PARÁ, 20 APTO 143, JARDIM CENTENÁRIO - CEP : 13845252  
**Município:** Mogi Guaçu **UF:** SP **E-mail:** rdl\_silva@hotmail.com

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MOGI GU  
**CPF/CNPJ:** 52.739.950/0001-36 **IM:** 10286 **IE:** ISENTO **Fone:** 1938611313  
**Endereço:** RUA CHICO DE PAULA, 608, CENTRO - CEP : 13840005  
**Município:** MOGI GUAÇU **UF:** SP **E-mail:** nfe@santacasamogiguacu.org.br

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS REFERENTE PLANTÕES 12/2024

CONVENIO NUMERO 05/SS/2024

DR. RAMON DIEGO L. SILVA - CRM 126678

RETENÇÕES:

PIS R\$ 102,05  
COFINS R\$ 471,00  
IR R\$ 235,50  
CSLL R\$ 157,00

VALOR LÍQUIDO R\$ 14.734,45

CONFERE COM  
O ORIGINAL

  
ASSINATURA

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU  
TERMO DE CONVÊNIO Nº 05/SS/2024  
FONTES DE RECURSO  
 MUNICIPAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) FMDCA R\$ \_\_\_\_\_  
( ) ESTADUAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) PRÓPRIOS R\$ \_\_\_\_\_  
( ) FEDERAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) OUTROS R\$ \_\_\_\_\_

Processo executado por: 172.16.20.60

**Consulte a autenticidade desta Nota Fiscal através do site: <http://www.mogiguacu.sp.gov.br>**  
**Valor aprox. dos tributos (Lei nº 12.741/2012):**  
**R\$ 2.533,98 - Aliq: 16,14%**

Situação de Tributação  
Tributada no Prestador

Código do Serviço

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

Deduções de Materiais  
0,00

Base de Cálculo (R\$)  
15.700,00

Aliquota (%)  
-

Vr do ISS (R\$)  
-

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 15.700,00**

**DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS**



Entidade: **Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu**

CNPJ: **52.739.950/0001-36**

Nome Pessoa Jurídica: **C.P.R.S SERVIÇOS MEDICOS SOCIEDADE SIMPLES**

Nome Pessoa Física: **Ramon Diego Lopes da Silva**

CNPJ/CPF.: **12.140.085.0001/92**

Especialidade: **Obstetra**

**Convênio: PLANTÕES**

Competência: **12/2024**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
Semana	5	12 Horas	R\$ 1.700,00	R\$ 8.500,00
Final de Semana	4	12 Horas	R\$ 1.800,00	R\$ 7.200,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 15.700,00</b>

  
**Romildo Fontana**  
**PROVEDOR**

21/01/2025



### Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

#### Detalhes do pagamento

<b>ID da transação:</b> E003603052025012013001dd280c2517
<b>Situação:</b> EFETIVADA <b>Data e Hora:</b> 20/01/2025 às 11:43:13
<b>Valor Original:</b> R\$ 14.734,45 <b>Valor Atualizado:</b> R\$ 14.734,45 <b>Tarifa:</b> R\$ 8,50
<b>Detalhes:</b> NF 844

#### Origem

<b>Nome:</b> IRM STA CASA MISERIC MOGI GUACU
<b>CNPJ:</b> 52.739.950/0001-36
<b>Instituição:</b> CAIXA ECONOMICA FEDERAL

#### Destino

<b>Nome:</b> C.P.R.S. SERVICOS MEDICOS SOCIEDADE SIMPLES LTDA
<b>CNPJ:</b> 12.140.085/0001-92
<b>Instituição:</b> CC CREDINTER

<b>Código da operação:</b> 41361383914
<b>Chave de segurança:</b> 1F4NV0ENM517UJKA

Caso tenha dúvidas ou não reconheça esta transação, entre em contato com o Alô CAIXA e informe o ID Transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492



# PREFEITURA MUNICIPAL DE NATÉRCIA

SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA

SETOR TRIBUTÁRIO

PRAÇA PREFEITO JUSTINO LISBOA CARNEIRO, 100 - CENTRO

NATÉRCIA - MG - 37.524-000 - Tel.: (35)3456-1238

Nº da Nota

4/2025

Nº Integral: 20250000000004

Código Verificação

TWHESK5A23

Código QR



## NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

Município de Prestação: **NATÉRCIA - MG**

Período de Competência: **1/2025**

Natureza da Operação: **TRIBUTAÇÃO NO MUNICÍPIO**

Reg. Especial Tributação: **ME (Micro Empresa) ou EPP**

Data da Nota Fiscal: **17/01/2025**

Nº da RPS:

### PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social: **FLAVIA DE SOUZA REIS SERVIÇOS MEDICOS LTDA**

CNPJ: **42.004.441/0001-01**

Nome Fantasia:

Inscrição Municipal:

Regime Especial: **ME (Micro Empresa) ou EPP (Empresa de Pequeno**

Inscrição Estadual:

Empresas Nac/MEI/Outros: **Simplex Nacional**

Fone/Fax: **(35)9941-1339**

Endereço: **RUA CORONEL PAIVA, 11 - CENTRO - 37.524-000 - NATÉRCIA - MG**

### TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome: **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MOGI GUACU**

CPF/CNPJ: **52.739.950/0001-36**

Nome Fantasia:

Inscrição Municipal:

E-mail: **elionora@santacasamogiguacu.org.br**

Fone/Fax: **(19)3861-1313**

Inscrição Estadual:

Endereço: **RUA CHICO DE PAULA, 608 - CENTRO - 13.840-005 - MOGI GUACU - SP**

### DADOS COMPLEMENTARES

Código de Serviço: -

CNAE: **8630-5/03 - ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL RESTRITA A CONSULTAS (PRINCIPAL)**

Intermediário: ( )

Inscrição Municipal:

Construção Civil - Obra:


ART:

### DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

SERVIÇOS PRESTADOS DE PLANTÕES REFERENTE A DEZEMBRO/2024.

ESSA NOTA SERÁ LIQUIDADADA PELO CONVÊNIO Nº 05/SS/2024.

CONFERE COM  
O ORIGINAL

  
ASSINATURA

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUACU  
TERMO DE CONVÊNIO Nº **05/SS/2024**

FONTES DE RECURSO

MUNICIPAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) FMDECA R\$ \_\_\_\_\_  
 ESTADUAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) PRÓPRIOS R\$ \_\_\_\_\_  
 FEDERAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) OUTROS R\$ \_\_\_\_\_

### VALOR TOTAL DE SERVIÇOS = R\$ 3.500,00

PIS (R\$)	COFINS (R\$)	INSS (R\$)	IR (R\$)	CSLL (R\$)	SEST SENAT (R\$)	Outras Retenções (R\$)	
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Deduções (R\$)	Desc. Incond + Cond (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Aliquota (%)	Valor do ISS (R\$)	ISS Retido (R\$)	ISS Devido (R\$)	Valor Líquido (R\$)
0,00	0,00	3.500,00	2,83	99,05	0,00	0,00	3.500,00

**DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS**Entidade: **Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu**CNPJ: **52.739.950/0001-36**

Nome Pessoa Jurídica: FLAVIA DE SOUZA REIS SERVIÇOS MEDICOS LTDA

Nome Pessoa Física: Flavia de Souza Reis

CNPJ/CPF.: 42.004.441/0001-01

Especialidade: Obstetra

**Convênio: PLANTÕES**

Competência: 11/2024

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
Semana	1	12 Horas	R\$ 1.700,00	R\$ 1.700,00
Final de Semana	1	12 Horas	R\$ 1.800,00	R\$ 1.800,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				R\$ 3.500,00

  
 Romildo Fontaniello  
 PROVEDOR

21/01/2025

GERENCIADOR  
**CAIXA**



## Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

### Detalhes do pagamento

**ID da transação:** E003603052025012013023dcb3c848c7  
**Situação:** EFETIVADA      **Data e Hora:** 20/01/2025 às 11:43:30  
**Valor Original:** R\$ 3.500,00      **Valor Atualizado:** R\$ 3.500,00      **Tarifa:** R\$ 8,50  
**Detalhes:** NF 4

### Origem

**Nome:** IRM STA CASA MISERIC MOGI GUACU  
**CNPJ:** 52.739.950/0001-36  
**Instituição:** CAIXA ECONOMICA FEDERAL

### Destino

**Nome:** FLAVIA DE SOUZA REIS SERVICOS MEDICOS LTDA  
**CNPJ:** 42.004.441/0001-01  
**Instituição:** CCLA SUL MINAS-SICOOB CREDIVAS

**Código da operação:** 41361391269  
**Chave de segurança:** 1F4NV0ENM517UJKA

Caso tenha dúvidas ou não reconheça esta transação, entre em contato com o Alô CAIXA e informe o ID Transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)  
SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU**  
**SECRETARIA DA FAZENDA**  
**NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS**

Número da Nota - Série  
**000000000310 - E**  
 Autenticidade  
**LFCV-NH23**  
 Data de Emissão  
**17/01/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** NEONATALE SERVICOS MEDICOS LTDA  
**CPF/CNPJ:** 18.835.834/0001-82 **IM:** 267333 **IE:** ISENTA **Fone:** 1981336578  
**Endereço:** RUA AMÉRICO LUIZ CAVEANHA,97 SALA 02,CENTRO - CEP : 13840018  
**Município:** Mogi Guaçu **UF:** SP **E-mail:** leoparizzi@uol.com.br

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MOGI GU  
**CPF/CNPJ:** 52.739.950/0001-36 **IM:** 10286 **IE:** ISENTO **Fone:** 1938611313  
**Endereço:** RUA CHICO DE PAULA,608,CENTRO - CEP : 13840005  
**Município:** MOGI GUAÇU **UF:** SP **E-mail:** nfe@santacasamogiguacu.org.br

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS REFERENTE AOS PLANTÕES.  
 COMPETÊNCIA - DEZEMBRO DE 2024.  
 CONVÊNIO NÚMERO - 05/SS/2024.  
 DR. LEONARDO PARIZZI LEALDINI  
 VALOR LÍQUIDO À RECEBER - 21.355,21  
 C/BANCÁRIA  
 BANCO SICOOB S.A.  
 AG: 3122  
 C/C: 008581649

Serviço realizado em : SANTA CASA DE MOGI GUACU

CONFERE COM 1  
 O ORIGINAL

*Gabrielle*  
 ASSINATURA

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU  
 TERMO DE CONVÊNIO Nº **05/SS/2024**  
 FONTES DE RECURSO

<input checked="" type="checkbox"/> MUNICIPAL R\$ _____	( ) FUNDO R\$ _____
( ) ESTADUAL R\$ _____	( ) PROPRIO R\$ _____
( ) FEDERAL R\$ _____	( ) OUTROS R\$ _____

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

Processo executado por: 172.16.20.60

**Consulte a autenticidade desta Nota Fiscal através do site: <http://www.mogiguacu.sp.gov.br>**  
**Valor aprox. dos tributos (Lei nº 12.741/2012):**  
**R\$ 3.692,91 - Aliq: 16,71%**

Situação de Tributação  
 Tributado no Tomador

Código do Serviço  
**401 - Medicina e biomedicina.**

Deduções de Materiais <b>0,00</b>	Base de Cálculo (R\$) <b>22.100,00</b>	Alíquota (%) <b>3,3701%</b>	Vr do ISS (R\$) <b>744,79</b>
--------------------------------------	---	--------------------------------	----------------------------------

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 22.100,00**



## DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

Entidade: **Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu**

CNPJ: **52.739.950/0001-36**

Nome Pessoa Jurídica: **NEONATALE SERVIOS MEDICOS LTDA**

Nome Pessoa Física: **Leonardo Parizzi Lealdini**

CNPJ/CPF.: **18.835.834/0001-82**

Especialidade: **Pediatra/Neonatólogista**

**Convênio: PLANTÕES**

Competência: **12/2024**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
Semana/Final de semana	12	12 Horas	R\$ 1.700,00	R\$ 20.400,00
Semana/Final de semana	2	6 Horas	R\$ 850,00	R\$ 1.700,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 22.100,00</b>

  
**Romildo Fontanelli**  
PROV.  
PROVEDOR

21/01/2025

GERENCIADOR  
**CAIXA**



### Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

#### Detalhes do pagamento

**ID da transação:** E00360305202501201304303721c846b  
**Situação:** EFETIVADA      **Data e Hora:** 20/01/2025 às 11:43:49  
**Valor Original:** R\$ 21.355,21      **Valor Atualizado:** R\$ 21.355,21      **Tarifa:** R\$ 8,50  
**Detalhes:** NF 310

#### Origem

**Nome:** IRM STA CASA MISERIC MOGI GUACU  
**CNPJ:** 52.739.950/0001-36  
**Instituição:** CAIXA ECONOMICA FEDERAL

#### Destino

**Nome:** NEONATALE SERVICOS MEDICOS LTDA  
**CNPJ:** 18.835.834/0001-82  
**Instituição:** CC CREDINTER

**Código da operação:** 41361417935  
**Chave de segurança:** 1F4NV0ENM517UJKA

Caso tenha dúvidas ou não reconheça esta transação, entre em contato com o Alô CAIXA e informe o ID Transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU**  
**SECRETARIA DA FAZENDA**  
**NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS**

Número da Nota - Série  
**000000000027 - E**  
Autenticidade  
**XIFH-R8NG**  
Data de Emissão  
**20/01/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** ALINE DE JESUS SANTANA  
**CPF/CNPJ:** 53.409.610/0001-00 **IM:** 328811 **IE:** **Fone:** 19 98606-1003  
**Endereço:** AVENIDA JOÃO BATISTA ASSENCO,648,JD PAULISTA - CEP : 13840420  
**Município:** Mogi Guaçu **UF:** SP **E-mail:** santanaline17@gmail.com

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MOGI GU  
**CPF/CNPJ:** 52.739.950/0001-36 **IM:** 10286 **IE:** ISENTO **Fone:** 1938611313  
**Endereço:** RUA CHICO DE PAULA,608,CENTRO - CEP : 13840005  
**Município:** MOGI GUAÇU **UF:** SP **E-mail:** nfe@santacasamogiguacu.org.br

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

Referente aos serviços prestados Plantões Dezembro/2024.  
Dias da semana: Final de semana  
Quantidade: 2  
Referência: 12 horas  
Valor: R\$ 1.800,00  
Valor total: R\$ 3.600,00

Convênio numero 05/SS/2024  
Dra. Aline

Dados bancários:  
Banco: 756  
Agência: 3122  
Conta: 861.684-1  
Banco sicob  
Pix: 53.409.610/0001-00

Serviço realizado em : MOGI GUAÇU

PREF. MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU  
TERMO DE CONVENIÃO 05/SS/2024  
FONTES DE PAGAMENTO  
 MUNICIPAL R\$ \_\_\_\_\_  
 ESTADUAL R\$ \_\_\_\_\_  
 FEDERAL R\$ \_\_\_\_\_

**CONFERE COM  
O ORIGINAL**

*Gabrielle*  
**ASSINATURA**

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

Processo executado por: 172.16.20.60

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

Situação de Tributação  
Tributado no Tomador

Código do Serviço

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

Deduções de Materiais  
**0,00**

Base de Cálculo (R\$)  
**3.600,00**

Aliquota (%)  
**2,1990%**

Vr do ISS (R\$)  
**79,16**

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 3.600,00**



## DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

Entidade: **Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu**

CNPJ: **52.739.950/0001-36**

Nome Pessoa Jurídica: **ALINE DE JESUS SANTANA LTDA**

Nome Pessoa Física: **Aline de Jesus Santana**


CNPJ/CPF.: **53.409.610/0001-00**

Especialidade: **Clinico**

**Convênio: PLANTÕES**

Competência: **12/2024**

Dias da Semana	Quantidade	Referência		Valor	Valor Total
Final de semana	2	12 Horas	R\$	1.800,00	R\$ 3.600,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>					<b>R\$ 3.600,00</b>

  
Romildo Fontaniello  
PROVEDOR

21/01/2025

GERENCIADOR  
**CAIXA**



### Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

#### Detalhes do pagamento

<b>ID da transação:</b> E0036030520250120130508606aa723c
<b>Situação:</b> EFETIVADA <b>Data e Hora:</b> 20/01/2025 às 11:44:03
<b>Valor Original:</b> R\$ 3.520,84 <b>Valor Atualizado:</b> R\$ 3.520,84 <b>Tarifa:</b> R\$ 8,50
<b>Detalhes:</b> NF 27

#### Origem

<b>Nome:</b> IRM STA CASA MISERIC MOGI GUACU
<b>CNPJ:</b> 52.739.950/0001-36
<b>Instituição:</b> CAIXA ECONOMICA FEDERAL

#### Destino

<b>Nome:</b> ALINE DE JESUS SANTANA LTDA
<b>CNPJ:</b> 53.409.610/0001-00
<b>Instituição:</b> CC CREDINTER

<b>Código da operação:</b> 41361422864
<b>Chave de segurança:</b> 1F4NV0ENM517UJKA

Caso tenha dúvidas ou não reconheça esta transação, entre em contato com o Alô CAIXA e informe o ID Transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492



# MUNICÍPIO DE PALMAS

Secretaria Municipal de Finanças

Diretoria de Fiscalização - 502 Sul, Paço Municipal, Prédio Buriti, CEP: 77.021-900 - Palmas/TO - Telefone: (63) 3212-7072 e 7073



## NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

Emissão (Horário de Brasília)

**17/01/2025 16:17:02**

Período de Competência

**01/2025**

Município de Prestação do Serviço

**Mogi Guaçu - SP**

Reg. Especial Tributação

**Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME Exigível em EPP)**

Exigibilidade do ISS

**Palmas**

### PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social

**SENA SERVIÇOS MEDICOS LTDA**

Nome Fantasia

**SENA SERVIÇOS MEDICOS**

CPF/CNPJ

**48.889.013/0001-90**

Inscrição Municipal

**2441287**

Inscrição Estadual

Simples Nacional

**Sim**

Email

**dr.lucsen@gmail.com**

Incentivador Cultural

**Não**

Fone/Fax

**(63) 99958-6734**

Endereço

**Quadra ARNO 12 Alameda dos Cajueiros, S/N, Lote 06, Plano Diretor Norte - CEP: 77001-052 - Palmas - To**

### TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social

**IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MOGI GUACU**

CPF/CNPJ

**52.739.950/0001-36**

Inscrição Municipal

Inscrição Estadual

Fone/Fax

**(19) 3861-1313**

E-mail

**elionara@santacasamogiguacu.org.br**

Endereço

**Rua Chico de Paula, 608 - Centro - CEP: 13840-005 - Mogi Guaçu - SP**

### SERVIÇO PRESTADO

**0401 - Medicina e biomedicina. CNAE: 8630599**

CONFERE COM O ORIGINAL

### DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

Prestação de Serviços Médicos.

Nome do médico: Dr. Lucas Araújo Sena CRM-SP: 244.790

No valor de R\$ 7.750,00 ref.: 12/2024 - Plantões

Essa Nota Será Liquidada no Termo de Convênio : número: 05/SS/2024.

Dados Bancários:

Banco: 756 - SICCOB

Agência: 3122

Conta Corrente: 856.516-3

CNPJ: 48.889.013/0001-90

Pix CNPJ: 48.889.013/0001-90

Gabrielle  
ASSINATURA

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU  
TERMO DE CONVÊNIO N 05/SS/2024

FONTE DE RECURSO

MUNICIPAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) FMDCA R\$ \_\_\_\_\_

( ) ESTADUAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) PRÓPRIOS R\$ \_\_\_\_\_

( ) FEDERAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) OUTROS R\$ \_\_\_\_\_

### RETENÇÕES FEDERAIS

PIS (R\$)

**0,00**

COFINS (R\$)

**0,00**

INSS (R\$)

**0,00**

IR (R\$)

**0,00**

CSLL (R\$)

**0,00**

Outras Retenções (R\$)

**0,00**

### VALORES

Valor dos Serviços (R\$)

**7.750,00**

Deduções (R\$)

**0,00**

Desconto Incondicionado (R\$)

**0,00**

Base de Cálculo (R\$)

**\*\*\*\*\***

Aliquota (%)

**2,6600**

ISS (R\$)

**\*\*\*\*\***

ISS Retido (R\$)

**\*\*\*\*\***

Desconto Condicionado (R\$)

**0,00**

Valor Líquido (R\$)

**7.750,00**

Valor Total da Nota (R\$)

**7.750,00**

### OUTRAS INFORMAÇÕES

Esta NFS-e é autodeclaratória.

Optante do Simples Nacional.

Trib. aprox. R\$ 1.042,38 Federal e R\$ 387,50 Municipal. Fonte: IBPT [A2A75B]

Visualizado em: 17/01/2025 16:17:02

Para validação desta NFS-e acesse: <http://palmasto.webiss.com.br/externo/nfse/validar>

Esta NFS-e foi emitida com respaldo no Decreto nº 1667 de 6 de dezembro de 2018.

**DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS**



Entidade: **Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu**

CNPJ: **52.739.950/0001-36**

Nome Pessoa Jurídica: SENA SERVICOS MEDICOS LTDA

Nome Pessoa Física: Lucas Araujo Sena

CNPJ/CPF.: 48.889.013/0001-90

Especialidade: Clínico

**Convênio: PLANTÕES**

Competência: 12/2024

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
Semana	3	12 Horas	R\$ 1.700,00	R\$ 5.100,00
Semana	1	6 Horas	R\$ 850,00	R\$ 850,00
Final de semana	1	12 Horas	R\$ 1.800,00	R\$ 1.800,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 7.750,00</b>

  
**Romildo Fontanello**  
 PROVEDOR

21/01/2025



### Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

#### Detalhes do pagamento

<b>ID da transação:</b> E003603052025012013062dcbe794d8a
<b>Situação:</b> EFETIVADA <b>Data e Hora:</b> 20/01/2025 às 11:44:22
<b>Valor Original:</b> R\$ 7.750,00 <b>Valor Atualizado:</b> R\$ 7.750,00 <b>Tarifa:</b> R\$ 8,50
<b>Detalhes:</b> NF 4

#### Origem

<b>Nome:</b> IRM STA CASA MISERIC MOGI GUACU
<b>CNPJ:</b> 52.739.950/0001-36
<b>Instituição:</b> CAIXA ECONOMICA FEDERAL

#### Destino

<b>Nome:</b> SENA SERVICOS MEDICOS LTDA
<b>CNPJ:</b> 48.889.013/0001-90
<b>Instituição:</b> CC CREDINTER

<b>Código da operação:</b> 41361449178
<b>Chave de segurança:</b> 1F4NV0ENM517UJKA

Caso tenha dúvidas ou não reconheça esta transação, entre em contato com o Alô CAIXA e informe o ID Transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU**  
**SECRETARIA DA FAZENDA**  
**NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS**

Número da Nota - Série  
**00000000110 - E**  
Autenticidade  
**Y3Q7-JLYP**  
Data de Emissão  
**17/01/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** NATALINO FERRARI SERVICOS MEDICOS SS LTDA  
**CPF/CNPJ:** 46.155.451/0001-07 **IM:** 325945 **IE:** **Fone:** 19 3861-4511  
**Endereço:** RUA ARARAS,529,VL SÃO CARLOS - CEP : 13847109  
**Município:** Mogi Guaçu **UF:** SP **E-mail:** nferrariservicosmedicos@gmail.com

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MOGI GU  
**CPF/CNPJ:** 52.739.950/0001-36 **IM:** 10286 **IE:** ISENT0 **Fone:** 1938611313  
**Endereço:** RUA CHICO DE PAULA,608,CENTRO - CEP : 13840005  
**Município:** MOGI GUAÇU **UF:** SP **E-mail:** nfe@santacasamogiguacu.org.br

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

SERVIÇO PRESTADO PELO DR. JOAO PAULO NATALINO  
Convênio numero 05/SS/2024

RETENÇÕES :  
ISS R\$ 772,57

Declaramos, sob a pena da lei, para fins da dispensa de retenção de contribuições previdenciárias de que trata o Art.219 do Decreto nº 3.048, de 06 de maio de 1999 C.C. Art. 120, Inciso III da Instrução Normativa RFB nº 971, de 13/11/2009, que os serviços são prestados por profissionais regulamentado por legislação federal, sendo os mesmos sócios civis, sem o concurso de empregados ou auxiliares.

Condição de Pagamento: Depósito em Conta Corrente  
Favorecido: NATALINO FERRARI SERVIÇOS MÉDICOS SS LTDA  
CNPJ: 46.155.451/0001-07  
Banco: Nu Pagamentos S.A.  
Agência: 0001  
C/C: 59597092-6  
Chave PIX: CNPJ 461554510001

CONFERE COM O ORIGINAL

*aprielle*

ASSINATURA

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU  
TERMO DE CONVÊNIO Nº 05/SS/2024

FONTES DE RECURSO

MUNICIPAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) FMDCA R\$ \_\_\_\_\_  
( ) ESTADUAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) PRÓPRIOS R\$ \_\_\_\_\_  
( ) FEDERAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) OUTROS R\$ \_\_\_\_\_

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

Processo executado por: 172.16.20.60

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

Situação de Tributação  
Tributado no Tomador

Código do Serviço  
401 - Medicina e biomedicina.

Deduções de Materiais  
0,00

Base de Cálculo (R\$)  
31.200,00

Alíquota (%)  
2,4762%

Vr do ISS (R\$)  
772,57

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 31.200,00**



## DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

Entidade: **Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu**

CNPJ: **52.739.950/0001-36**

Nome Pessoa Jurídica: **NATALINO FERRARI SERVICOS MEDICOS SS LTDA**

Nome Pessoa Física: **João Paulo Natalino Ferrari**

CNPJ/CPF.: **46.155.451/0001-07**

Especialidade: **Ortopedista**

**Convênio: PLANTÕES**

Competência: **12/2024**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana</b>	6	24 Horas	R\$ 3.400,00	R\$ 20.400,00
<b>Final de semana</b>	3	24 Horas	R\$ 3.600,00	R\$ 10.800,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 31.200,00</b>

  
**Romildo Fontaniello**  
PROVEDOR

21/01/2025

GERENCIADOR  
**CAIXA**



## Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

### Detalhes do pagamento

<b>ID da transação:</b> E003603052025012013077ed5b2d0edf
<b>Situação:</b> EFETIVADA <b>Data e Hora:</b> 20/01/2025 às 11:44:42
<b>Valor Original:</b> R\$ 30.427,43 <b>Valor Atualizado:</b> R\$ 30.427,43 <b>Tarifa:</b> R\$ 8,50
<b>Detalhes:</b> NF 110

### Origem

<b>Nome:</b> IRM STA CASA MISERIC MOGI GUACU
<b>CNPJ:</b> 52.739.950/0001-36
<b>Instituição:</b> CAIXA ECONOMICA FEDERAL

### Destino

<b>Nome:</b> NATALINO FERRARI SERVICOS MEDICOS SS LTDA
<b>CNPJ:</b> 46.155.451/0001-07
<b>Instituição:</b> NU PAGAMENTOS S.A.

<b>Código da operação:</b> 41361464218
<b>Chave de segurança:</b> 1F4NV0ENM517UJKA

Caso tenha dúvidas ou não reconheça esta transação, entre em contato com o Alô CAIXA e informe o ID Transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492



Prefeitura Municipal de Itapeva

Secretaria Municipal de Finanças

Nota Fiscal Eletrônica de Serviços - NFS-e

Número da Nota/Série 71/NFSE

Data e Hora de Emissão 17/01/2025 17:19:51

Código de Verificação 3877E15B9315645C78F0

Página 1 / 2

DOCUMENTO EMITIDO POR ME OPTANTE DO SIMPLES NACIONAL

CNPJ : 52.394.405/0001-55 IE: ISENTA IM: 35349
Razão Social: MELO E SILVA SERVIÇOS MEDICOS LTDA
Endereço : Rua Coronel Levino Ribeiro - Num: 710
Bairro : Centro - CEP: 18.400-410
Município : ITAPEVA - SP Telefone: (14)3762-4445
E-mail : cesar.valeriojr@gmail.com

Dados da Nota

TOMADOR



CNPJ : 52.739.950/0001-36 IE: ISENTA IM:
Razão Social: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MOGI GUACU
Endereço : RUA CHICO DE PAULA - Num: 608. Bairro: Centro - CEP: 13.840-005
Município : MOGI GUACU - SP
E-mail : santacasamogiguacu@dglnet.com.br

Local de Prestação de Serviço

Endereço : RUA CHICO DE PAULA - Num: 608. Bairro: Centro - CEP: 13.840-005
Município : MOGI GUACU - SP

Local de Incidência do ISSQN

Município: ITAPEVA - SP

Discriminação do Serviço

Plantões Médicos Competência Dezembro/2024 - Termo de Convênio número: 05/SS/2024.

Dedução / Outras Informações

- É dispensada a retenção de IR quando o serviço é prestado por pessoa jurídica imune ou isenta ou por pessoa jurídica optante pelo Simples Nacional (IN RFB nº 765/2007, c/c os artigos 181 a 184 do RIR/2018).
- DISPENSADO A RETENÇÃO DO INSS - SERVIÇOS PRESTADOS PELO SÓCIO DA EMPRESA.

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 6.800,00

Código do Serviço: 04.01 - MEDICINA E BIOMEDICINA
CNAE: 8630-5/99

Table with 4 columns: Desconto Incondicional (R\$), Deduções (R\$), Base de Cálculo (R\$), ISSQN Retido na Fonte. Values: 0,00, 0,00, 6.800,00, NAO.

CONFERE COM O ORIGINAL

Dados do Vencimento

Valor Documento R\$: 6.800,00
Valor por extenso: Seis Mil Oitocentos Reais

Forma Pgto: A VISTA

Outras Informações

- Data de vencimento do ISS desta NFS-e: 07/02/2025.
- Banco: 336 - Banco C6 S.A.
Agência: 0001; Cc: 29318358-9;
Nome: MELO E SILVA SERVICOS MEDICOS
Chave Pix: 52.394.405/0001-55
- Valor aproximado de Tributos: 1.097,52 (16,14%)

Handwritten signature and stamp: ASSINATURA

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU
TERMO DE CONVÊNIO Nº 05/SS/2024

FONTES DE RECURSO

MUNICIPAL R\$ ( ) FMDCA R\$
( ) ESTADUAL R\$ ( ) PRÓPRIOS R\$
( ) FEDERAL R\$ ( ) OUTROS R\$



**Prefeitura Municipal de Itapeva**  
**Secretaria Municipal de Finanças**  
**Nota Fiscal Eletrônica de Serviços - NFS-e**

Número da Nota/Série  
71/NFSE

Data e Hora de Emissão  
17/01/2025 17:19:51

Código de Verificação  
3877E15B9315645C78F0

Página 2 / 2

Recebi(emos) de MELO E SILVA SERVIÇOS MEDICOS LTDA  
os serviços constantes na Nota Fiscal Eletrônica ao lado.

/ /

Data

Identificação do Recebedor

Dados que Identificam a Nota-1

Número da Nota  
71/NFSE

Emissão  
17/01/2025 17:19:51

Código de verificação  
3877E15B9315645C78F0





DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

Entidade: **Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu**  
 CNPJ: **52.739.950/0001-36**  
 Nome Pessoa Jurídica: MELO E SILVA SERVIÇOS MEDICOS  
 Nome Pessoa Física: Cezar Valerio da Silva Junior  
 CNPJ/CPF.: 52.394.405/0001-55  
 Especialidade: Obstetra

**Convênio: PLANTÕES**  
 Competência: 12/2024

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
Semana	4	12 Horas	R\$ 1.700,00	R\$ 6.800,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 6.800,00</b>

  
**Romildo Fontaniello**  
 PROVEDOR

21/01/2025



### Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

#### Detalhes do pagamento

<b>ID da transação:</b> E00360305202501201308abe638d2f6f
<b>Situação:</b> EFETIVADA <b>Data e Hora:</b> 20/01/2025 às 11:45:02
<b>Valor Original:</b> R\$ 6.800,00 <b>Valor Atualizado:</b> R\$ 6.800,00 <b>Tarifa:</b> R\$ 8,50
<b>Detalhes:</b> NF 71

#### Origem

<b>Nome:</b> IRM STA CASA MISERIC MOGI GUACU
<b>CNPJ:</b> 52.739.950/0001-36
<b>Instituição:</b> CAIXA ECONOMICA FEDERAL

#### Destino

<b>Nome:</b> MELO E SILVA SERVICOS MEDICOS LTDA
<b>CNPJ:</b> 52.394.405/0001-55
<b>Instituição:</b> BCO C6 S.A.

<b>Código da operação:</b> 41361481101
<b>Chave de segurança:</b> 1F4NV0ENM517UJKA

Caso tenha dúvidas ou não reconheça esta transação, entre em contato com o Alô CAIXA e informe o ID Transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU**  
**SECRETARIA DA FAZENDA**  
**NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS**

Número da Nota - Série  
**000000000513 - E**  
Autenticidade  
**SY8I-VSA5**  
Data de Emissão  
**20/01/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** LETICIA JORDAO E NICOLE MICHELONI SERVICOS MEDICOS LTDA  
**CPF/CNPJ:** 38.112.136/0001-66 **IM:** 322957 **IE:** ISENTO **Fone:** 19-3891-2308.  
**Endereço:** RUA ANTONIO SALTORAO,112,JARDIM PLANALTO VERDE - CEP : 13843216  
**Município:** MOGI GUACU **UF:** SP **E-mail:** ljmnservicosmedicos@hotmail.com

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MOGI GU  
**CPF/CNPJ:** 52.739.950/0001-36 **IM:** 10286 **IE:** ISENTO **Fone:** 1938611313  
**Endereço:** RUA CHICO DE PAULA,608,CENTRO - CEP : 13840005  
**Município:** MOGI GUAÇU **UF:** SP **E-mail:** nfe@santacasamogiguacu.org.br

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS PELA DRA. LETÍCIA DINIZ JORDÃO LIMA (CRM/SP 167647).  
COMPETÊNCIA: DEZEMBRO/2024 - TERMO DE CONVÊNIO: 05/SS/2024.

Valor da nota: R\$ 1.700,00  
Issqn: - R\$ 49,56  
Líquido a pagar: R\$ 1.650,44  
Serviço realizado em : MOGI GUAÇU/SP

CONFERE COM  
O ORIGINAL

*gabrielle*  
ASSINATURA

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU  
TERMO DE CONVÊNIO N° 05/SS/2024  
FONTES DE RECURSO  
 MUNICIPAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) FMDCA R\$ \_\_\_\_\_  
( ) ESTADUAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) PRÓPRIOS R\$ \_\_\_\_\_  
( ) FEDERAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) OUTROS R\$ \_\_\_\_\_

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

Processo executado por: 172.16.20.60  
**Consulte a autenticidade desta Nota Fiscal através do site: <http://www.mogiguacu.sp.gov.br>**

Situação de Tributação  
Tributado no Tomador

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

Deduções de Materiais	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Vr do ISS (R\$)
0,00	1.700,00	2,9154%	49,56

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 1.700,00**



## DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

Entidade: **Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu**

CNPJ: **52.739.950/0001-36**

Nome Pessoa Jurídica: **LETICIA JORDAO E NICOLE MICHELONI SERV MEDICOS LTDA**

Nome Pessoa Física: **Leticia Diniz Jordão de Lima**

CNPJ/CPF.: **38.112.136/0001-66**

Especialidade: **Pediatra/Neonatologista**

**Convênio: PLANTÕES**

Competência: 12/2024

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
Semana/Final de semana	1	12 Horas	R\$ 1.700,00	R\$ 1.700,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 1.700,00</b>

  
**Romildo Fontaniello**  
PROVEDOR

21/01/2025

GERENCIADOR  
**CAIXA**



## Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

### Detalhes do pagamento

**ID da transação:** E003603052025012013111114fb96c35  
**Situação:** EFETIVADA    **Data e Hora:** 20/01/2025 às 11:45:18  
**Valor Original:** R\$ 1.650,44    **Valor Atualizado:** R\$ 1.650,44    **Tarifa:** R\$ 8,50  
**Detalhes:** NF 513

### Origem

**Nome:** IRM STA CASA MISERIC MOGI GUACU  
**CNPJ:** 52.739.950/0001-36  
**Instituição:** CAIXA ECONOMICA FEDERAL

### Destino

**Nome:** LETICIA JORDAO e NICOLE MICHELONI S  
**CNPJ:** 38.112.136/0001-66  
**Instituição:** BANCO INTER

**Código da operação:** 41361498371  
**Chave de segurança:** 1F4NV0ENM517UJKA



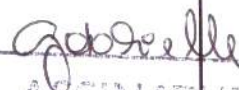
Caso tenha dúvidas ou não reconheça esta transação, entre em contato com o Alô CAIXA e informe o ID Transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

 <p><b>PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS</b>  <b>SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS DE CAMPINAS</b>  <b>NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e</b></p>	Número da Nota <b>00000222</b>																		
	Data e Hora de Emissão <b>17/01/2025 15:57:35</b>																		
	Código de Verificação <b>d26ff072</b>																		
<b>PRESTADOR DE SERVIÇOS</b>																			
Nome/Razão Social: <b>MANUEL DIAS DA SILVA NETO EIRELI - ME</b> CPF/CNPJ: <b>27.601.489/0001-03</b> Inscrição Municipal: <b>00436865-7</b> Endereço: <b>RUA JOAQUIM NOVAES, Nº000079 - APTO 122 - BAIRRO CENTRO - CEP:13015-140</b> Município: <b>CAMPINAS</b> UF: <b>SP</b> Telefone: <b>(19) 91685360</b>																			
<b>TOMADOR DE SERVIÇOS</b>																			
Nome/Razão Social: <b>IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MOGI GUAÇU</b> CPF/CNPJ: <b>52.739.950/0001-36</b> Inscrição Municipal: <b>00000000-0</b> Endereço: <b>RUA CHICO DE PAULA, Nº608 - BAIRRO CENTRO - CEP:13840-005</b> Município: <b>MOGI GUAÇU</b> UF: <b>SP</b> E-mail: <b>tatiana@santacasamogiguacu.org.br</b> Telefone: <b>(19) 38611313</b>																			
<b>DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS</b>																			
Descrição: PLANTÕES PRESENCIAIS DIURNO/NOTURNO, GINECO/OBSTETRA, REALIZADOS PELO DR. MANUEL DIAS NETO, REF. DEZEMBRO/2024. 05 PLANTÕES NOTURNOS, DURANTE A SEMANA, NOS DIAS 03, 10, 17, 24 E 31. 02 PLANTÕES DIURNO/NOTURNO, DURANTE FIM DE SEMANA, NO DIA 28. 02 DOBRAS - DIA 24 E 31/12. DADOS PARA PAGAMENTO UNICRED - AG. 3301 - C/C. 9067-0																			
Tributável SIM SIM	Item <b>PLANTAO MEDICO</b> <b>PLANTAO MEDICO</b>  Descrição do serviço prestado conforme CNAE informada pelo prestador de serviço, a qual define o valor do ISSQN devido: CNAE 8630-5/01-00 - Atividade medica ambulatorial com recursos para realizacao de procedimentos cirurgicos.	Qtde 5 4	Unitário R\$ 1.700,00 1.800,00	Total R\$ 8.500,00 7.200,00															
  ASSINATURA																			
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">PIS (0,0000%): R\$ 0,00</td> <td style="width: 20%;">COFINS (0,0000%): R\$ 0,00</td> <td style="width: 20%;">INSS (0,0000%): R\$ 0,00</td> <td style="width: 20%;">IR (0,0000%): R\$ 0,00</td> <td style="width: 20%;">CSLL (0,0000%): R\$ 0,00</td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="text-align: center;"><b>VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 15.700,00</b></td> </tr> <tr> <td>Deduções Base Cálculo ISSQN: R\$ 0,00</td> <td>Base de Cálculo ISSQN: R\$ 15.700,00</td> <td>Alíquota ISSQN: 5,00%</td> <td>Alíquota Efetiva ISSQN: 5,00%</td> <td>ISSQN Devido: R\$ 785,00</td> </tr> </table>					PIS (0,0000%): R\$ 0,00	COFINS (0,0000%): R\$ 0,00	INSS (0,0000%): R\$ 0,00	IR (0,0000%): R\$ 0,00	CSLL (0,0000%): R\$ 0,00	<b>VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 15.700,00</b>					Deduções Base Cálculo ISSQN: R\$ 0,00	Base de Cálculo ISSQN: R\$ 15.700,00	Alíquota ISSQN: 5,00%	Alíquota Efetiva ISSQN: 5,00%	ISSQN Devido: R\$ 785,00
PIS (0,0000%): R\$ 0,00	COFINS (0,0000%): R\$ 0,00	INSS (0,0000%): R\$ 0,00	IR (0,0000%): R\$ 0,00	CSLL (0,0000%): R\$ 0,00															
<b>VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 15.700,00</b>																			
Deduções Base Cálculo ISSQN: R\$ 0,00	Base de Cálculo ISSQN: R\$ 15.700,00	Alíquota ISSQN: 5,00%	Alíquota Efetiva ISSQN: 5,00%	ISSQN Devido: R\$ 785,00															
<b>OUTRAS INFORMAÇÕES</b>																			
Mês de Competência da Nota Fiscal: 01/2025 Recolhimento: ISS A RECOLHER PELO PRESTADOR Data de vencimento do ISSQN referente a esta NFS-e: 10/02/2025 CNAE: 8630-5/01-00 Descrição da Atividade: ATIVIDADE MEDICA AMBULATORIAL COM RECURSOS PARA REALIZACAO DE PROCEDIMENTOS CIRURGICOS Serviço: 04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.			Local da Prestação do Serviço: MOGI GUAÇU/SP Tributação: TRIBUTÁVEL																



### DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

Entidade: Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu

CNPJ: 52.739.950/0001-36

Nome Pessoa Jurídica: MANUEL DIAS DA DILVA NETO LTDA

Nome Pessoa Física: Manuel Dias da Silva Neto

CNPJ/CPF.: 27.601.489/0001-03

Especialidade: Obstetra

**Convênio: PLANTÕES**

Competência: 12/2024

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor		Valor Total
Semana	5	12 Horas	R\$ 1.700,00	R\$	8.500,00
Final de Semana	2	12 Horas	R\$ 1.800,00	R\$	3.600,00
dobra dia 24	1	12 Horas	R\$ 1.800,00	R\$	1.800,00
dobra dia 31	1	12 Horas	R\$ 1.800,00	R\$	1.800,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$</b>	<b>15.700,00</b>

  
Romildo Fontaniella  
PROVEDOR

21/01/2025

GERENCIADOR  
**CAIXA**



## Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

### Detalhes do pagamento

**ID da transação:** E0036030520250120131710c27020179  
**Situação:** EFETIVADA    **Data e Hora:** 20/01/2025 às 11:45:35  
**Valor Original:** R\$ 15.700,00    **Valor Atualizado:** R\$ 15.700,00    **Tarifa:** R\$ 8,50  
**Detalhes:** NF 222

### Origem

**Nome:** IRM STA CASA MISERIC MOGI GUACU  
**CNPJ:** 52.739.950/0001-36  
**Instituição:** CAIXA ECONOMICA FEDERAL

### Destino

**Nome:** MANUEL DIAS DA S NETO ME  
**CNPJ:** 27.601.489/0001-03  
**Instituição:** CECM MÉD UNICRED SP

**Código da operação:** 41361504202  
**Chave de segurança:** 1F4NV0ENM517UJKA

Caso tenha dúvidas ou não reconheça esta transação, entre em contato com o Alô CAIXA e informe o ID Transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492



MUNICÍPIO DE ESPÍRITO SANTO DO PINHAL  
DEPARTAMENTO DE FINANÇAS

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-E



Número da Nota Fiscal  
297

Série: E

Data Emissão: 17/01/2025

Certificação: B316C-61D61

DADOS DO PRESTADOR

Nome/Razão Social: PAULINI FIORINI DIAS ME  
Nome Fantasia:  
CNPJ/CPF: 24.828.936/0001-73 Insc. Municipal:  
Endereço: RUA OSVALDO CRUZ  
Bairro: JARDIM PAULISTA  
Município: ESPÍRITO SANTO DO PINHAL  
E-mail: fiscal-vischi@hotmail.com

114023

Insc. Estadual:  
Nº: 105  
Compl.:  
UF: SP CEP: 13990-000  
Telefone: 1936511621

DADOS DO TOMADOR

Nome/Razão Social: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MOGI GUAÇU  
CNPJ/CPF: 52.739.950/0001-36 Insc. Municipal:  
Endereço: RUA: CHICO DE PAULA  
Bairro: CENTRO  
Município: MOGI GUAÇU  
E-mail:

Insc. Estadual:  
Nº: 608  
Compl.:  
UF: SP CEP: 13840-005  
Telefone: 1938611313

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

SERVIÇOS PRESTADOS REFERENTE A PLANTÕES 12/2024

DRA. PAULINI FIORINI DIAS - CRM: 100633

CONVÊNIO NUMERO 05/SS/2024

CONTA BANCÁRIA PARA DEPÓSITO  
AGÊNCIA 0001  
CONTA CORRENTE 60748633-8  
BANCO 0260  
NU PAGAMENTOS S.A

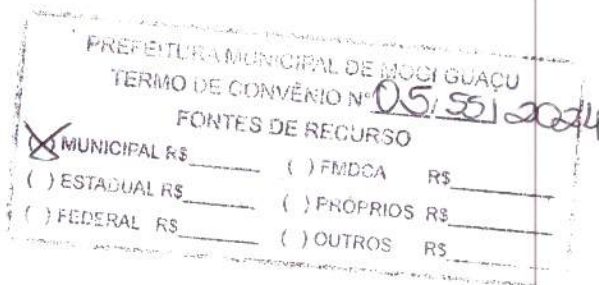
CONFERE COM  
O ORIGINAL

*Gabriele*  
ASSINATURA

Item

SERVIÇOS PRESTADOS REFERENTE A PLANTÕES 12/2024

Serviço	Qtde.	VI. Unitário R\$	Total R\$
Sim	1,00	12100	12.100,00



Valor dos Serviços: R\$ 12.100,00	Outros Valores: R\$ 0,00	VALOR BRUTO DA NOTA		R\$ 12.100,00
--------------------------------------	-----------------------------	---------------------	--	---------------

Valor Total das Deduções: R\$ 0,00	Desconto Incondicionado: R\$ 0,00	Desconto Condicionado: R\$ 0,00	Base de Cálculo: R\$ 12.100,00	Alíquota: 2,1700%	Valor do ISS: R\$ 262,57
---------------------------------------	--------------------------------------	------------------------------------	-----------------------------------	----------------------	-----------------------------

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\$ 1.627,45 Estaduais R\$ 0,00 Municipais R\$ 393,25	VALOR LÍQUIDO DA NOTA	R\$ 12.100,00
--	-----------------------	---------------

ENQUADRAMENTO DO SERVIÇO

4.01 - Medicina e biomedicina.

OUTRAS INFORMAÇÕES

Mês de Competência: 01/2025 Local do Recolhimento: ESPÍRITO SANTO DO PINHAL/SP Dt 17/01/2025 14:40:45  
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: 17/01/2025 às 14:40:50

Recebi(emos) de: PAULINI FIORINI DIAS ME  
Os serviços constantes nesta Nota Fiscal de Serviços Eletrônica.

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA  
Número: 297  
Certificação  
B316C-61D61

Data

Assinatura do Recebedor



### DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

Entidade: **Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu**

CNPJ: **52.739.950/0001-36**

Nome Pessoa Jurídica: **PAULINI FIORINI DIAS ME**

Nome Pessoa Física: **Paulini Fiorini Dias**

CNPJ/CPF.: **24.828.936/0001-73**

Especialidade: **Obstetra**

**Convênio: PLANTÕES**

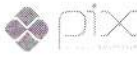
Competência: 12/2024

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana</b>	5	12 Horas	R\$ 1.700,00	R\$ 8.500,00
<b>Final de Semana</b>	2	12 Horas	R\$ 1.800,00	R\$ 3.600,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 12.100,00</b>

  
**Romildo Fontaniello**  
PROVEDOR

21/01/2025

GERENCIADOR  
**CAIXA**



### Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

#### Detalhes do pagamento

**ID da transação:** E003603052025012013189e3b51b946c  
**Situação:** EFETIVADA **Data e Hora:** 20/01/2025 às 11:45:52  
**Valor Original:** R\$ 12.100,00 **Valor Atualizado:** R\$ 12.100,00 **Tarifa:** R\$ 8,50  
**Detalhes:** NF 297

#### Origem

**Nome:** IRM STA CASA MISERIC MOGI GUACU  
**CNPJ:** 52.739.950/0001-36  
**Instituição:** CAIXA ECONOMICA FEDERAL

#### Destino

**Nome:** PAULINI FIORINI DIAS  
**CNPJ:** 24.828.936/0001-73  
**Instituição:** NU PAGAMENTOS S.A.

**Código da operação:** 41361538029  
**Chave de segurança:** 1F4NV0ENM517UJKA

Caso tenha dúvidas ou não reconheça esta transação, entre em contato com o Alô CAIXA e informe o ID Transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)  
SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU**  
**SECRETARIA DA FAZENDA**  
**NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS**

Número da Nota - Série  
**000000004914 - E**  
 Autenticidade  
**T2JS-RIQ1**  
 Data de Emissão  
**20/01/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** ELGUI SERVICOS DE SAUDE SS  
**CPF/CNPJ:** 17.680.807/0001-15 **IM:** 259276 **IE:** ISENTO **Fone:** 19-99177-2083  
**Endereço:** RUA ALAGOAS,134,JARDIM CENTENARIO - CEP : 13845237  
**Município:** MOGI GUACU **UF:** SP **E-mail:** clinicagel@hotmail.com

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MOGI GU  
**CPF/CNPJ:** 52.739.950/0001-36 **IM:** 10286 **IE:** ISENTO **Fone:** 1938611313  
**Endereço:** RUA CHICO DE PAULA,608,CENTRO - CEP : 13840005  
**Município:** MOGI GUAÇU **UF:** SP **E-mail:** nfe@santacasamogiguacu.org.br

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

Honorários médicos prestados pelo DR GUILHERME BIAZOTTO, CRM 134907. ESSA NOTA SERÁ LIQUIDADADA NO TERMO DE CONVÊNIO N° 05/SS/2024.

Valor Bruto.....7.464,00  
 IR.....111,96  
 PIS.....48,52  
 COFINS.....223,92  
 CSLL.....74,64  
 VALOR LIQUIDO.....7.004,96

CONTA P/ DEPOSITO  
 CEF  
 AG: 4151  
 C/C: 1340-1

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU  
 TERMO DE CONVÊNIO N° 05/SS/2024  
 FONTES DE RECURSO

MUNICIPAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) FMDCA R\$ \_\_\_\_\_  
 ESTADUAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) PRÓPRIOS R\$ \_\_\_\_\_  
 FEDERAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) OUTROS R\$ \_\_\_\_\_

CONFERE COM  
 O ORIGINAL  
 \_\_\_\_\_  
 ASSINATURA

NÃO SUJEITO A RETENÇÃO A SEGURIDADE SOCIAL, CONFORME ART-31 DA LEI-8.212/91, OS/INSS-209/99, IN/INSS-DC-100/03 E IN 971/09 ART. 120 INCISO III. OS SERVIÇOS ACIMA DESCRITOS FORAM PRESTADOS PESSOALMENTE PELO(S) SÓCIO(S) E SEM O CONCURSO DE EMPREGADOS OU OUTROS CONTRIBUINTES INDIVIDUAIS.  
 Serviço realizado em : Mogi Guaçu

Processo executado por: 172.16.20.60

Consulte a autenticidade desta Nota Fiscal através do site: <http://www.mogiguacu.sp.gov.br>  
 Valor aprox. dos tributos (Lei nº 12.741/2012):  
**R\$ 845,67 - Aliq: 11,33%**

Situação de Tributação  
 Tributada no Prestador

Código do Serviço

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

Deduções de Materiais  
**0,00**

Base de Cálculo (R\$)  
**7.464,00**

Alíquota (%)  
 -

Vr do ISS (R\$)  
 -

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 7.464,00**



### DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

Entidade: **Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu**

CNPJ: **52.739.950/0001-36**

Nome Pessoa Jurídica: **ELGUI SERVICOS DE SAUDE SS LTDA**

Nome Pessoa Física: **Guilherme Biazotto**

CNPJ/CPF.: **17.680.807/0001-15**

Especialidade: **Torácico**

**Convênio: PLANTÕES**

Competência: **12/2024**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
Semana/Final de semana	14	24 Horas	R\$ 800,00	
Divisão conforme acordo				R\$ 7.464,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 7.464,00</b>

  
**Romildo Fontaniello**  
PROVEDOR

21/01/2025

GERENCIADOR  
**CAIXA**



### Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

#### Detalhes do pagamento

**ID da transação:** E00360305202501201353d1a38472d62  
**Situação:** EFETIVADA    **Data e Hora:** 20/01/2025 às 11:46:22  
**Valor Original:** R\$ 7.004,96    **Valor Atualizado:** R\$ 7.004,96    **Tarifa:** R\$ 8,50  
**Detalhes:** NF 4914

#### Origem

**Nome:** IRM STA CASA MISERIC MOGI GUACU  
**CNPJ:** 52.739.950/0001-36  
**Instituição:** CAIXA ECONOMICA FEDERAL

#### Destino

**Nome:** ELGUI SERVICOS DE SAUDE SS  
**CNPJ:** 17.680.807/0001-15  
**Instituição:** CAIXA ECONOMICA FEDERAL

**Código da operação:** 41361558290  
**Chave de segurança:** 1F4NV0ENM517UJKA

Caso tenha dúvidas ou não reconheça esta transação, entre em contato com o Alô CAIXA e informe o ID Transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)  
SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU**  
**SECRETARIA DA FAZENDA**  
**NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS**

Número da Nota - Série  
**000000004913 - E**  
Autenticidade  
**D500-AMI9**  
Data de Emissão  
**20/01/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** ELGUI SERVICOS DE SAUDE SS  
**CPF/CNPJ:** 17.680.807/0001-15 **IM:** 259276 **IE:** ISENTO **Fone:** 19-99177-2083  
**Endereço:** RUA ALAGOAS,134,JARDIM CENTENARIO - CEP : 13845237  
**Município:** MOGI GUACU **UF:** SP **E-mail:** clinicagel@hotmail.com

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MOGI GU  
**CPF/CNPJ:** 52.739.950/0001-36 **IM:** 10286 **IE:** ISENTO **Fone:** 1938611313  
**Endereço:** RUA CHICO DE PAULA,608,CENTRO - CEP : 13840005  
**Município:** MOGI GUAÇU **UF:** SP **E-mail:** nfe@santacasamogiguacu.org.br

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

Honorários médicos prestados pelo DR GUILHERME BIAZOTTO, CRM 134907. ESSA NOTA SERÁ LIQUIDADADA NO TERMO DE CONVÊNIO N° 05/SS/2024.

Valor Bruto.....16.800,00  
IR.....252,00  
PIS.....109,20  
COFINS.....504,00  
CSLL.....168,00  
VALOR LIQUIDO.....15.766,80

**CONFERE COM  
O ORIGINAL**

CONTA P/ DEPOSITO  
CEF  
AG: 4151  
C/C: 1340-1

*Godrele*  
**ASSINATURA**

NÃO SUJEITO A RETENÇÃO A SEGURIDADE SOCIAL, CONFORME ART-31 DA LEI-8.212/91, OS/INSS-209/99, IN/INSS-DC-100/03 E IN 971/09 ART. 120 INCISO III. OS SERVIÇOS ACIMA DESCRITOS FORAM PRESTADOS PESSOALMENTE PELO(S) SÓCIO(S) E SEM O CONCURSO DE EMPREGADOS OU OUTROS CONTRIBUINTES INDIVIDUAIS.  
Serviço realizado em : Mogi Guaçu

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU  
TERMO DE CONVÊNIO N° 05/SS/2024  
FONTES DE RECURSO

MUNICIPAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) FMDCA R\$ \_\_\_\_\_  
( ) ESTADUAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) PROPRIOS R\$ \_\_\_\_\_  
( ) FEDERAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) OUTROS R\$ \_\_\_\_\_

Situação de Tributação  
Tributada no Prestador

Processo executado por: 172.16.20.60

**Consulte a autenticidade desta Nota Fiscal através do site: <http://www.mogiguacu.sp.gov.br>**  
**Valor aprox. dos tributos (Lei nº 12.741/2012):**  
**R\$ 1.903,44 - Aliq: 11,33%**

Código do Serviço

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

Deduções de Materiais  
**0,00**

Base de Cálculo (R\$)  
**16.800,00**

Alíquota (%)

Vr do ISS (R\$)

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 16.800,00**



## DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

Entidade: **Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu**

CNPJ: **52.739.950/0001-36**

Nome Pessoa Jurídica: **ELGUI SERVICOS DE SAUDE SS LTDA**

Nome Pessoa Física: **Guilherme Biazotto**

CNPJ/CPF.: **17.680.807/0001-15**

Especialidade: **Cirurgião**

**Convênio: PLANTÕES**

Competência: **12/2024**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana/Final de semana</b>	14	24 Horas	R\$ 800,00	R\$ 11.200,00
<b>Semana/Final de semana</b>	14	24 Horas	R\$ 400,00	R\$ 5.600,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 16.800,00</b>

  
**Romildo Fontaniello**  
PROVEDOR

21/01/2025

GERENCIADOR  
**CAIXA**



### Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

#### Detalhes do pagamento

**ID da transação:** E00360305202501201356f6f3d7d311a  
**Situação:** EFETIVADA    **Data e Hora:** 20/01/2025 às 11:46:38  
**Valor Original:** R\$ 15.766,80    **Valor Atualizado:** R\$ 15.766,80    **Tarifa:** R\$ 8,50  
**Detalhes:** NF 4913

#### Origem

**Nome:** IRM STA CASA MISERIC MOGI GUACU  
**CNPJ:** 52.739.950/0001-36  
**Instituição:** CAIXA ECONOMICA FEDERAL

#### Destino

**Nome:** ELGUI SERVICOS DE SAUDE SS  
**CNPJ:** 17.680.807/0001-15  
**Instituição:** CAIXA ECONOMICA FEDERAL

**Código da operação:** 41361563735  
**Chave de segurança:** 1F4NV0ENM517UJKA

Caso tenha dúvidas ou não reconheça esta transação, entre em contato com o Alô CAIXA e informe o ID Transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)  
SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492



**MUNICÍPIO DE MOGI MIRIM**  
**SECRETARIA DE FINANÇAS**

Nº da Nota - Serie  
**000000441 - E**

Autenticidade  
**UJP3-RCAZ**

**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFSe**

Data de Emissão .....: **20/01/2025 09:30:02**  
Competência (Serv.): **01/2025**



**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

Razão Social.: **F & R SERVIÇOS MÉDICOS S/S LTDA.**  
Nome Fantasia: **F & R SERVICOS MEDICOS**  
CPF/CNPJ.....: **19.879.795/0001-88** IM: **28683** IE: Fone:  
Endereço.....: **TREZE DE MAIO ,644 APT: 112; - CEP:13800051**  
Município.....: **MOGI MIRIM** UF: **SP** Email: **ferferfaria@yahoo.com.br**

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

Razão Social.: **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MOGI GUACU**  
Nome Fantasia:  
CPF/CNPJ.....: **52.739.950/0001-36** IM: IE: Fone: **(19) 3861-1313**  
Endereço.....: **RUA R CHICO DE PAULA,608 - CEP : 13840005, CENTRO**  
Município.....: **Mogi Guaçu** UF: **SP**  
Email.....: **santacasamogiguacu@dglnet.com.br**

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

Serviços prestados - Dra Fernanda Severino, CRM 126174, ESSA NOTA SERÁ LIQUIDADADA NO Termo de Convênio: número 05/SS/2024

Valor Bruto.....12.000,00  
Imposto renda 180,00  
Pis 78,00  
Cofins 360,00  
Csl 120,00  
Issqn 360,00  
Valor Líquido.....10.902,00

**CONFERE COM  
O ORIGINAL**

*Adrielle*  
**ASSINATURA**

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUACU  
TERMO DE CONVÊNIO Nº **05/SS/2024**  
FONTES DE RECURSO

MUNICIPAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) FMDCA R\$ \_\_\_\_\_  
( ) ESTADUAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) PRÓPRIOS R\$ \_\_\_\_\_  
( ) FEDERAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) OUTROS R\$ \_\_\_\_\_

Conta para depósito  
CEF  
Agência 0323  
Operação 3702  
Conta corrente 739150.137-0

Serviço prestado pessoalmente pelo titular ou sócio no exercício de profissão regulamentada e sem o concurso de empregados ou contribuintes individuais conforme dispõe o Artigo 120.

Processo executado por: 172.16.20.60

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

Valor aprox. dos tributos (Lei nº 12.741/2012):  
**R\$ 1.719,60 - Aliq: 14,33%**

Situação de Tributação

**Não Tributada em Mogi Mirim**

Tributada em Mogi Guaçu

Código do Serviço

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

I.N.S.S. (R\$)	I.RENDA (R\$)	PIS (R\$)	COFINS (R\$)	CSLL (R\$)	OUTRAS DEDUÇÕES (R\$)
<b>0,00</b>	<b>180,00</b>	<b>78,00</b>	<b>360,00</b>	<b>120,00</b>	<b>0,00</b>

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

VALOR TOTAL	DEDUÇÕES	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR DO ISS	VALOR LÍQUIDO
<b>12.000,00</b>	<b>0,00</b>	<b>12.000,00</b>	<b>3,0000%</b>	<b>360,00</b>	<b>11.262,00</b>



**MUNICÍPIO DE MOGI MIRIM**  
**SECRETARIA DE FINANÇAS**

Nº da Nota - Serie  
**0000000441 - E**

Autenticidade  
**UJP3-RCAZ**

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

Data de Emissão .....: **20/01/2025 09:30:02**  
Competência (Serv.): **01/2025**



**CONTINUAÇÃO DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS.**

Serviço prestado pessoalmente pelo titular ou sócio no exercício de profissão regulamentada e sem o concurso de empregados ou contribuintes individuais conforme dispõe o Artigo 120, Inciso III da IN/RFB nº 971/2009.



## DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

Entidade: **Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu**

CNPJ: **52.739.950/0001-36**

Nome Pessoa Jurídica: **F E R SERVICOS MEDICOS SS LTDA**

Nome Pessoa Física: **Fernanda Severino de Faria**

CNPJ/CPF.: **19.879.795/0001-88**

Especialidade: **Clinico**

**Convênio: PLANTÕES**

Competência: **12/2024**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana</b>	6	12 Horas	R\$ 1.700,00	R\$ 10.200,00
<b>Final de semana</b>	1	12 Horas	R\$ 1.800,00	R\$ 1.800,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 12.000,00</b>

  
**Romildo Fontaniello**  
PROVEDOR

21/01/2025

GERENCIADOR  
**CAIXA**



### Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

#### Detalhes do pagamento

<b>ID da transação:</b> E003603052025012014121624c46397c
<b>Situação:</b> EFETIVADA <b>Data e Hora:</b> 20/01/2025 às 11:46:56
<b>Valor Original:</b> R\$ 10.902,00 <b>Valor Atualizado:</b> R\$ 10.902,00 <b>Tarifa:</b> R\$ 8,50
<b>Detalhes:</b> NF 441

#### Origem

<b>Nome:</b> IRM STA CASA MISERIC MOGI GUACU
<b>CNPJ:</b> 52.739.950/0001-36
<b>Instituição:</b> CAIXA ECONOMICA FEDERAL

#### Destino

<b>Nome:</b> F & R SERVICOS MEDICOS S/S LTDA.
<b>CNPJ:</b> 19.879.795/0001-88
<b>Instituição:</b> CAIXA ECONOMICA FEDERAL

<b>Código da operação:</b> 41361572737
<b>Chave de segurança:</b> 1F4NV0ENM517UJKA

Caso tenha dúvidas ou não reconheça esta transação, entre em contato com o Alô CAIXA e informe o ID Transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU**  
**SECRETARIA DA FAZENDA**  
**NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS**

Número da Nota - Série  
**000000000898 - E**

Autenticidade  
**OSXD-JDF3**

Data de Emissão  
**20/01/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** SPRICIGO MÉDICOS ASSOCIADOS S/S LTDA  
**CPF/CNPJ:** 08.665.669/0001-04    **IM:** 190845    **IE:** ISENTO    **Fone:** 38181506  
**Endereço:** AVENIDA JÚLIO XAVIER DA SILVA,379,PARQUE CIDADE NOVA - CEP : 13845414  
**Município:** Mogi Guaçu    **UF:** SP    **E-mail:** mayara.brunheroto@yahoo.com.br

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MOGI GU  
**CPF/CNPJ:** 52.739.950/0001-36    **IM:** 10286    **IE:** ISENTO    **Fone:** 1938611313  
**Endereço:** RUA CHICO DE PAULA,608,CENTRO - CEP : 13840005  
**Município:** MOGI GUAÇU    **UF:** SP    **E-mail:** nfe@santacasamogiguacu.org.br

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

Serviços Médicos prestados pelo DR ELEANDRO M SPRICIGO, CRM 118.781.CONVÊNIO NUMERO 05/SS/2024.

Valor Bruto.....3.400,00  
 IR.....51,00  
 Pis.....22,10  
 Cofins.....102,00  
 Csl.....34,00  
 Valor Líquido.....3.190,90

Conta para depósito  
 Banco CEF  
 Agencia:4900  
 Conta Corrente:00858-1

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU TERMO DE CONVÊNIO Nº <b>05/SS/2024</b>			
FONTES DE RECURSO			
<input checked="" type="checkbox"/> MUNICIPAL R\$ _____	<input type="checkbox"/> FMDCA R\$ _____		
<input type="checkbox"/> ESTADUAL R\$ _____	<input type="checkbox"/> PROPRIOS R\$ _____		
<input type="checkbox"/> FEDERAL R\$ _____	<input type="checkbox"/> OUTROS R\$ _____		

NÃO SUJEITO A RETENÇÃO A SEGURIDADE SOCIAL, CONFORME ART-31 DA LEI-8.212/91, OS/INSS-209/99, IN/INSS-DC-100/03 E IN 971/09 ART.120 INCISO III. OS SERVIÇOS ACIMA DESCRITOS FORAM PRESTADOS PESSOALMENTE PELO(S) SÓCIO(S) E SEM O CONCURSO DE EMPREGADOS OU OUTROS CONTRIBUINTES INDIVIDUAIS.  
 Serviço realizado em : mogi guaçu

**CONFERE COM  
O ORIGINAL**

*Robrille*

**ASSINATURA**  
 Situação de Tributação  
 Tributada no Prestador

Processo executado por: 172.16.20.60

**Consulte a autenticidade desta Nota Fiscal através do site: <http://www.mogiguacu.sp.gov.br>**  
**Valor aprox. dos tributos (Lei nº 12.741/2012):**  
**R\$ 487,22 - Aliq: 14,33%**

Código do Serviço

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

Deduções de Materiais  
**0,00**

Base de Cálculo (R\$)  
**3.400,00**

Alíquota (%)  
**-**

Vr do ISS (R\$)  
**-**

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 3.400,00**

**DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS**Entidade: **Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu**CNPJ: **52.739.950/0001-36**Nome Pessoa Jurídica: **SPRICIGO E MAIORINO SERVICOS MEDICOS LTDA**Nome Pessoa Física: **Eleandro Mendonça Spricigo**CNPJ/CPF.: **21.986.199/0001-49**Especialidade: **Clinico****Convênio: PLANTÕES**

Competência: 12/2024

<b>Dias da Semana</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Referência</b>	<b>Valor</b>	<b>Valor Total</b>
<b>Semana</b>	3	6 Horas	R\$ 850,00	R\$ 2.550,00
<b>Semana dobra 25</b>	1	6 Horas	R\$ 850,00	R\$ 850,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 3.400,00</b>

  
**Romildo Fontaniello**  
PROVEDOR

21/01/2025

GERENCIADOR  
**CAIXA**



### Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

#### Detalhes do pagamento

**ID da transação:** E003603052025012014152285fbefffd  
**Situação:** EFETIVADA    **Data e Hora:** 20/01/2025 às 11:47:22  
**Valor Original:** R\$ 3.190,90    **Valor Atualizado:** R\$ 3.190,90    **Tarifa:** R\$ 8,50  
**Detalhes:** NF 898

#### Origem

**Nome:** IRM STA CASA MISERIC MOGI GUACU  
**CNPJ:** 52.739.950/0001-36  
**Instituição:** CAIXA ECONOMICA FEDERAL

#### Destino

**Nome:** SPRICIGO MEDICOS ASSOCIADOS SS LTDA  
**CNPJ:** 08.665.669/0001-04  
**Instituição:** CAIXA ECONOMICA FEDERAL

**Código da operação:** 41361600946  
**Chave de segurança:** 1F4NV0ENM517UJKA

Caso tenha dúvidas ou não reconheça esta transação, entre em contato com o Alô CAIXA e informe o ID Transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)  
SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU**  
**SECRETARIA DA FAZENDA**  
**NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS**

Número da Nota - Série  
**000000002252 - E**

Autenticidade  
**8T5W-AV63**

Data de Emissão  
**20/01/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**



**Nome/Razão Social:** HEMOGIANA SERVICOS MEDICOS S/S  
**CPF/CNPJ:** 15.294.609/0001-98 **IM:** 246956 **IE:** **Fone:** 19 3851-8000  
**Endereço:** RUA NICOLAU FALSETTI,84,CENTRO - CEP : 13840052  
**Município:** Mogi Guaçu **UF:** SP **E-mail:** lucianaem@hsf.com.br

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MOGI GU  
**CPF/CNPJ:** 52.739.950/0001-36 **IM:** 10286 **IE:** ISENTO **Fone:** 1938611313  
**Endereço:** RUA CHICO DE PAULA,608,CENTRO - CEP : 13840005  
**Município:** MOGI GUAÇU **UF:** SP **E-mail:** nfe@santacasamogiguacu.org.br

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

Valor referente serviços prestados Plantões 12/2024.

Convênio numero 05/SS/2024

Dra. Carolina Urbini dos Santos CRM: 105767

Retenções:  
IR R\$ 360,00  
PIS R\$ 156,00  
Cofins R\$ 720,00  
CSSL R\$ 240,00

Líquido a Receber R\$ 22.524,00

**CONFERE COM  
O ORIGINAL**

*Gabrielle*  
**ASSINATURA**

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU  
TERMO DE CONVÊNIO N° 05/SS/2024  
FONTES DE RECURSO  
 MUNICIPAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) FMDCA R\$ \_\_\_\_\_  
( ) ESTADUAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) PRÓPRIOS R\$ \_\_\_\_\_  
( ) FEDERAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) OUTROS R\$ \_\_\_\_\_

Processo executado por: 172.16.20.60

**Consulte a autenticidade desta Nota Fiscal através  
do site: <http://www.mogiguacu.sp.gov.br>  
Valor aprox. dos tributos (Lei nº 12.741/2012):  
R\$ 2.719,20 - Aliq: 11,33%**

Situação de Tributação  
Tributada no Prestador

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

Deduções de Materiais  
**0,00**

Base de Cálculo (R\$)  
**24.000,00**

Aliquota (%)  
**-**

Vr do ISS (R\$)  
**-**

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 24.000,00**



## DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

Entidade: Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu

CNPJ: 52.739.950/0001-36

Nome Pessoa Jurídica: HEMOGIANA SERVICOS MEDICOS SOCIEDADE SIMPLES

Nome Pessoa Física: Carolina Urbini dos Santos

CNPJ/CPF.: 15.294.609/0001-98

Especialidade: Nefrologista

**Convênio: PLANTÕES**

Competência: 12/2024

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
Semana/Final de semana	30	24 Horas	R\$ 800,00	R\$ 24.000,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 24.000,00</b>

  
**Romildo Fontaniello**  
 PROVEDOR

**2ª Via - Comprovante de Transação TED**

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 21/01/2025 às 07:53:16

**Dados do Pagador**

<b>Tipo de TED:</b> Terceiros <b>Nome:</b> IRM STA CASA MISERIC MOGI GUACU <b>Conta Origem:</b> 04281/1292.000577217219-7	<b>Tipo Conta:</b> Tipo de conta não encontrada <b>CPF/CNPJ:</b> 52.739.950/0001-36
---	--

**Dados do Recebedor**

<b>Conta Destino:</b> 033/0181/00013004020-0 <b>Tipo Conta:</b> 01 - Conta Corrente <b>Nome:</b> HEMOGIANA SERVICOS MEDICOS SOCIEDADE SIM <b>Finalidade:</b> 10 - Crédito em Conta <b>Histórico:</b>	<b>CPF/CNPJ:</b> 15.294.609/0001-98 <b>Tipo Pessoa:</b> Jurídica <b>Valor:</b> R\$ 22.524,00 <b>Valor Tarifa:</b> R\$ 12,00
--	--

**Informações do Pagamento**

<b>Data do Débito:</b> 20/01/2025 <b>Data da Operação:</b> 20/01/2025	<b>Código da Operação:</b> 63161792 <b>Chave de Segurança:</b> RF8YJFE12Z3NCCSM
--	--

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492



MUNICIPIO DE NOVA CANAA DO NORTE  
 PREF. MUN. DE NOVA CANAA DO NORTE  
 NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e



Número da NFS-e  
**72**  
 Código de Verificação de Autenticidade  
**DSIMHQ2R6**  
 Data e Hora de Emissão da NFS-e  
**17/01/2025 às 15:52:47**  
 Chave de Acesso  
 1394653JNTV2PZNRJAYJHRNHXE37NPLD

### Informações Fiscais

Exigibilidade do ISS Exigível	Número do Processo	Município de Incidência do ISS NOVA CANAA DO NORTE-MT	Local da Prestação MOGI GUACU - SP
Número do RPS	Série do RPS	Tipo do RPS	Data do RPS
			Competência 17/01/2025
Optante Simples Nacional 1 - Sim	Incentivo Fiscal 2 - Não	Regime Especial Tributação Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME/EPP)	Tipo ISS 03 - Sobre Faturamento

Para certificação da autenticidade acesse  
<http://201.25.112.194:5661/issweb/>, menu  
 consultas e informe os dados desta NFS-e.

### PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ 53.111.978/0001-97	RG/Inscrição Estadual *****	Inscrição Municipal 000013568	Cadastro 000016229	Nome/Razão Social MOM MEDICAL LTDA
Logradouro AV. BRASIL, 124	CEP 78515-000	Cidade NOVA CANAA DO NORTE-MT	Complemento QUADRA 85 LOTE 19	Bairro CENTRO
			Telefone (16) 36232373	E-mail societario@grupomscontabilidade.com.br

### TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ/Documento 52.739.950/0001-36	RG/Inscrição Estadual	Inscrição Municipal	Nome/Razão Social IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MOGI GUACU
Logradouro Rua Chico de Paula, 608	CEP/Cod.Postal 13840-005	Cidade/Pais MOGI GUACU - SP	Complemento Centro
			Cod. IBGE 3530706
			Telefone
			E-mail

### Discriminação dos Serviços

Qtde.	Un. Medida	Descrição	Vlr. Unitário	Total
1,00	UN	Referente serviços prestados Ambulatório Novembro/2024. Dr. Matheus. Referente serviços prestados Plantões 12/2024. Convênio numero 05/SS/2024. Dados Bancários PJ: Banco: 748 - Banco Cooperativo Sicredi S.A. - Bansicredi Agência: 0718 Conta: 54107-3	1.800,00	R\$ 1.800,00

\*\*\*DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL\*\*\*

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUACU  
 TERMO DE CONVÊNIO N° 05/SS/2024  
 FONTES DE RECURSO

MUNICIPAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) FMDCA R\$ \_\_\_\_\_  
 ESTADUAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) PRÓPRIOS R\$ \_\_\_\_\_  
 FEDERAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) OUTROS R\$ \_\_\_\_\_

CONFERE COM  
 O ORIGINAL

*gabrieli*  
 ASSINATURA

### Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS

LC 116/2003: 04.01	Alíquota	Atividade Município	Código CNAE	Código da Obra	Código ART
Medicina e biomedicina	2,00%	0000040000001	8630503		
Valor Total dos Serviços	Desconto Incondicionado	Deduções Base Cálculo	Base de Cálculo	Total do ISS	ISS Retido
R\$ 1.800,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 1.800,00	R\$ 36,00	2 - Não
				Desconto Condicionado	R\$ 0,00

### Retenções de Impostos

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

Valor Líquido da NFS-e: R\$ 1.800,00

Val. Aprox. Tributos:

### Informações Complementares

RECEBI(EMOS) DE **NOM MEDICAL LTDA** O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO **72** E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO **DSIMHQ2R6**.

Data

CPF/RG

Assinatura



## DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

Entidade: **Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu**  
 CNPJ: **52.739.950/0001-36**  
 Nome Pessoa Jurídica: MOM MEDICAL LTDA  
 Nome Pessoa Física: Matheus de Oliveira Munhoes  
 CNPJ/CPF.: 53.111.978/0001-97  
 Especialidade: Clínico

**Convênio: PLANTÕES**  
 Competência: 12/2024

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Final de semana</b>	1	12 Horas	R\$ 1.800,00	R\$ 1.800,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 1.800,00</b>

**Romildo Fontanello**  
PROFESSOR

## 2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 21/01/2025 às 07:53:16

### Dados do Pagador

<b>Tipo de TED:</b> Terceiros	<b>Tipo Conta:</b> Tipo de conta não encontrada
<b>Nome:</b> IRM STA CASA MISERIC MOGI GUACU	<b>CPF/CNPJ:</b> 52.739.950/0001-36
<b>Conta Origem:</b> 04281/1292.000577217219-7	

### Dados do Recebedor

<b>Conta Destino:</b> 748/0718/00000054107-3	<b>CPF/CNPJ:</b> 53.111.978/0001-97
<b>Tipo Conta:</b> 01 - Conta Corrente	<b>Tipo Pessoa:</b> Jurídica
<b>Nome:</b> MOM MEDICAL LTDA	<b>Valor:</b> R\$ 1.800,00
<b>Finalidade:</b> 10 - Crédito em Conta	<b>Valor Tarifa:</b> R\$ 12,00
<b>Histórico:</b>	

### Informações do Pagamento

<b>Data do Débito:</b> 20/01/2025	<b>Código da Operação:</b> 63161795
<b>Data da Operação:</b> 20/01/2025	<b>Chave de Segurança:</b> X1SQ3HNXSF1P1L87

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU**  
**SECRETARIA DA FAZENDA**  
**NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS**

Número da Nota - Série  
**000000004916 - E**  
 Autenticidade  
**HOW3-UJHS**  
 Data de Emissão  
**20/01/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** ELGUI SERVICOS DE SAUDE SS  
**CPF/CNPJ:** 17.680.807/0001-15 **IM:** 259276 **IE:** ISENTO **Fone:** 19-99177-2083  
**Endereço:** RUA ALAGOAS,134,JARDIM CENTENARIO - CEP : 13845237  
**Município:** MOGI GUACU **UF:** SP **E-mail:** clinicagel@hotmail.com

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MOGI GU  
**CPF/CNPJ:** 52.739.950/0001-36 **IM:** 10286 **IE:** ISENTO **Fone:** 1938611313  
**Endereço:** RUA CHICO DE PAULA,608,CENTRO - CEP : 13840005  
**Município:** MOGI GUAÇU **UF:** SP **E-mail:** nfe@santacasamogiguacu.org.br

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

Honorários médicos prestados pelo DR ELI PAULO COLOMBO FILHO, CRM 66404. ESSA NOTA SERÁ LIQUIDADADA NO TERMO DE CONVÊNIO N° 05/SS/2024.

Valor Bruto.....9.069,00  
 IR.....136,03  
 PIS.....58,95  
 COFINS.....272,07  
 CSLL.....90,69  
 VALOR LIQUIDO.....8.511,26

CONTA P/ DEPOSITO  
 BANCO SICOOB  
 AG: 3122  
 C/C: 855736-5

CONFERE COM  
 O ORIGINAL

*gabriele*  
 ASSINATURA

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU  
 TERMO DE CONVÊNIO N° 05/SS/2024  
 FONTES DE RECURSO  
 MUNICIPAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) FMDCA R\$ \_\_\_\_\_  
 ( ) ESTADUAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) PRÓPRIOS R\$ \_\_\_\_\_  
 ( ) FEDERAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) OUTROS R\$ \_\_\_\_\_

NÃO SUJEITO A RETENÇÃO A SEGURIDADE SOCIAL, CONFORME ART-31 DA LEI-8.212/91, OS/INSS-209/99, IN/INSS-DC-100/03 E IN 971/09 ART.120 INCISO III. OS SERVIÇOS ACIMA DESCRITOS FORAM PRESTADOS PESSOALMENTE PELO(S) SÓCIO(S) E SEM O CONCURSO DE EMPREGADOS OU OUTROS CONTRIBUINTES INDIVIDUAIS.  
 Serviço realizado em : Mogi Guaçu

Processo executado por: 172.16.20.60

**Consulte a autenticidade desta Nota Fiscal através do site: <http://www.mogiguacu.sp.gov.br>**  
**Valor aprox. dos tributos (Lei nº 12.741/2012):**  
**R\$ 1.027,52 - Aliq: 11,33%**

Situação de Tributação  
 Tributada no Prestador

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

Deduções de Materiais  
**0,00**

Base de Cálculo (R\$)  
**9.069,00**

Aliquota (%)  
**-**

Vr do ISS (R\$)  
**-**

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 9.069,00**



## DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

Entidade: **Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu**

CNPJ: **52.739.950/0001-36**

Nome Pessoa Jurídica: **ELGUI SERVICOS DE SAUDE SS LTDA**

Nome Pessoa Física: **Eli Paulo Colombo Filho**

CNPJ/CPF.: **17.680.807/0001-15**

Especialidade: **Torácico**

**Convênio: PLANTÕES**

Competência: **12/2024**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana/Final de semana</b>	17	24 Horas	R\$ 800,00	
<b>Divisão conforme acordo</b>				R\$ 9.069,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				R\$ 9.069,00

  
**Romildo Fontaniello**  
PROVEDOR

## 2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 21/01/2025 às 07:53:16

### Dados do Pagador

<b>Tipo de TED:</b> Terceiros	<b>Tipo Conta:</b> Tipo de conta não encontrada
<b>Nome:</b> IRM STA CASA MISERIC MOGI GUACU	<b>CPF/CNPJ:</b> 52.739.950/0001-36
<b>Conta Origem:</b> 04281/1292.000577217219-7	

### Dados do Recebedor

<b>Conta Destino:</b> 756/3122/00000855736-5	<b>CPF/CNPJ:</b> 17.680.807/0001-15
<b>Tipo Conta:</b> 01 - Conta Corrente	<b>Tipo Pessoa:</b> Jurídica
<b>Nome:</b> ELGUI SERVICOS DE SAUDE SS	<b>Valor:</b> R\$ 8.511,26
<b>Finalidade:</b> 10 - Crédito em Conta	<b>Valor Tarifa:</b> R\$ 12,00
<b>Histórico:</b>	

### Informações do Pagamento

<b>Data do Débito:</b> 20/01/2025	<b>Código da Operação:</b> 63161796
<b>Data da Operação:</b> 20/01/2025	<b>Chave de Segurança:</b> 38C9NJ24FS2X34P5

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU**  
**SECRETARIA DA FAZENDA**  
**NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS**

Número da Nota - Série  
**00000000259 - E**

Autenticidade  
**LMZ5-1K0P**

Data de Emissão  
**17/01/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** F. PINHEIRO DE LIMA S/S LTDA  
**CPF/CNPJ:** 32.522.695/0001-68 **IM:** 320076 **IE:** ISENTA **Fone:** 19 3861-4511  
**Endereço:** RUA JOSE COLOMBO,172 SALA 01,MORRO DO OURO LOTEAM - CEP : 13840065  
**Município:** MOGI GUACU **UF:** SP **E-mail:** fredplima@gmail.com

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MOGI GU  
**CPF/CNPJ:** 52.739.950/0001-36 **IM:** 10286 **IE:** ISENTO **Fone:** 1938611313  
**Endereço:** RUA CHICO DE PAULA,608,CENTRO - CEP : 13840005  
**Município:** MOGI GUAÇU **UF:** SP **E-mail:** nfe@santacasamogiguacu.org.br

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

Serviços Médicos Prestados.

Liquidação efetuada pelo convênio numero: 05/SS/2024.  
Período: Dezembro de 2024

Valor Total Bruto: R\$ 41.400,00  
Retenções: ISSQN (R\$ 1.107,74)  
Valor Total Líquido: R\$ 40.292,26

Informações para pagamento:  
Favorecido: F. PINHEIRO DE LIMA S/S LTDA  
CNPJ: 32.522.695/0001-68 (Chave PIX)  
Banco: Santander (033) / Agência: 3208 / Conta Corrente: 13003791-9

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU  
TERMO DE CONVÊNIO Nº 05/SS/2024  
FONTES DE RECURSO  
 MUNICIPAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) FMDCA R\$ \_\_\_\_\_  
 ESTADUAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) PROPRIOS R\$ \_\_\_\_\_  
 FEDERAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) OUTROS R\$ \_\_\_\_\_

**CONFERE COM  
O ORIGINAL**

*Gabrielle*  
**ASSINATURA**

Declaramos, sob a pena da lei, para fins da dispensa de retenção de contribuições previdenciárias de que trata o Art.219 do Decreto nº 3.048, de 06 de maio de 1999 C.C. Art. 120, Inciso III da Instrução Normativa RFB nº 971, de 13/11/2009, que os serviços são prestados por profissionais regulamentado por legislação federal, sendo os mesmos sócios civis, sem o concurso de empregados ou auxiliares

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

Processo executado por: 172.16.20.60

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

Situação de Tributação  
Tributado no Tomador

Código do Serviço

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

Deduções de Materiais  
**0,00**

Base de Cálculo (R\$)  
**41.400,00**

Aliquota (%)  
**2,6757%**

Vr do ISS (R\$)  
**1.107,74**

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 41.400,00**



**DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS**

Entidade: **Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu**

CNPJ: **52.739.950/0001-36**

Nome Pessoa Jurídica: **F PINHEIRO DE LIMA SS LTDA**

Nome Pessoa Física: **Frederico Pinheiro de Lima**

CNPJ/CPF.: **32.522.695/0001-68**

Especialidade: **Ortopedista**

**Convênio: PLANTÕES**

Competência: **12/2024**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana</b>	9	24 Horas	R\$ 3.400,00	R\$ 30.600,00
<b>Final de semana</b>	3	24 Horas	R\$ 3.600,00	R\$ 10.800,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 41.400,00</b>

**Romildo Fontaniello**  
PROV...

## 2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 21/01/2025 às 07:53:16

### Dados do Pagador

<b>Tipo de TED:</b> Terceiros	<b>Tipo Conta:</b> Tipo de conta não encontrada
<b>Nome:</b> IRM STA CASA MISERIC MOGI GUACU	<b>CPF/CNPJ:</b> 52.739.950/0001-36
<b>Conta Origem:</b> 04281/1292.000577217219-7	

### Dados do Recebedor

<b>Conta Destino:</b> 033/3208/00013003791-9	<b>CPF/CNPJ:</b> 32.522.695/0001-68
<b>Tipo Conta:</b> 01 - Conta Corrente	<b>Tipo Pessoa:</b> Jurídica
<b>Nome:</b> F. PINHEIRO DE LIMA S/S LTDA	<b>Valor:</b> R\$ 40.292,26
<b>Finalidade:</b> 10 - Crédito em Conta	<b>Valor Tarifa:</b> R\$ 12,00
<b>Histórico:</b>	

### Informações do Pagamento

<b>Data do Débito:</b> 20/01/2025	<b>Código da Operação:</b> 63161797
<b>Data da Operação:</b> 20/01/2025	<b>Chave de Segurança:</b> J15K5AGQS2R1NAF8

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU**  
**SECRETARIA DA FAZENDA**  
**NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS**

Número da Nota - Série  
**00000000148 - E**  
Autenticidade  
**0Q29-923J**  
Data de Emissão  
**20/01/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** ALVES JUNIOR SERVICOS MEDICOS LTDA  
**CPF/CNPJ:** 48.493.767/0001-26 **IM:** 326668 **IE:** **Fone:** 19 3861-2800  
**Endereço:** RUA ALAGOAS,134 SALA 02,JD CENTENÁRIO - CEP : 13845237  
**Município:** Mogi Guaçu **UF:** SP **E-mail:** alvesjuniorservmédicos2022@gmail.com

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MOGI GU  
**CPF/CNPJ:** 52.739.950/0001-36 **IM:** 10286 **IE:** ISENTO **Fone:** 1938611313  
**Endereço:** RUA CHICO DE PAULA,608,CENTRO - CEP : 13840005  
**Município:** MOGI GUAÇU **UF:** SP **E-mail:** nfe@santacasamogiguacu.org.br

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

Honorários médicos prestados pelo Dr. Delvo Candido Alves Junior, CRM sob o nº 123387.CONVÊNIO NUMERO 05/SS/2024.

VALOR BRUTO .....10.200,00  
IR.....153,00  
PIS.....66,30  
COFINS.....306,00  
CSLL.....102,00  
ISSQN.....306,00  
VALOR LIQUIDO.....9.266,70

CONFERE COM  
O ORIGINAL

*Adrielle*  
ASSINATURA

CONTA P/ DEPOSITO  
BANCO SICCOB-756  
AG: 3122  
C/C: 856.804-9  
PIX: 38-9 9992-3550

NÃO SUJEITO A RETENÇÃO A SEGURIDADE SOCIAL, CONFORME ART-31 DA LEI-8.212/91, OS/INSS-209/99,IN/INSS-DC-100/03 E IN 971/09 ART.120 INCISO III. OS SERVIÇOS ACIMA DESCRITOS FORAM PRESTADOS PESSOALMENTE PELO(S) SÓCIO(S) E SEM O CONCURSO DE EMPREGADOS OU OUTROS CONTRIBUINTES INDIVIDUAIS.

Serviço realizado em : mogi guaçu

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU  
TERMO DE CONVÊNIO Nº 05/SS/2024

FONTES DE RECURSO

MUNICIPAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) FMDCA R\$ \_\_\_\_\_  
( ) ESTADUAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) PRÓPRIOS R\$ \_\_\_\_\_  
( ) FEDERAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) OUTROS R\$ \_\_\_\_\_

Processo executado por: 172.16.20.60

**Consulte a autenticidade desta Nota Fiscal através do site: <http://www.mogiguacu.sp.gov.br>**  
**Valor aprox. dos tributos (Lei nº 12.741/2012):**  
**R\$ 1.461,66 - Aliq: 14,33%**

Situação de Tributação

Tributado no Tomador

Código do Serviço

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

Deduções de Materiais  
**0,00**

Base de Cálculo (R\$)  
**10.200,00**

Aliquota (%)  
**3,0000%**

Vr do ISS (R\$)  
**306,00**

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 10.200,00**



### DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

Entidade: **Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu**

CNPJ: **52.739.950/0001-36**

Nome Pessoa Jurídica: ALVES JUNIOR SERVICOS MEDICOS LTDA

Nome Pessoa Física: Delvo Candido Alves junior

CNPJ/CPF.: 48.493.767/0001-26

Especialidade: Ortopedista

**Convênio: PLANTÕES**

Competência: 12/2024

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana</b>	3	24 Horas	R\$ 3.400,00	R\$ 10.200,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 10.200,00</b>

*[Handwritten Signature]*  
**Romildo Fontaniello**  
PROVEDOR

## 2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 21/01/2025 às 07:53:16

### Dados do Pagador

<b>Tipo de TED:</b> Terceiros <b>Nome:</b> IRM STA CASA MISERIC MOGI GUACU <b>Conta Origem:</b> 04281/1292.000577217219-7	<b>Tipo Conta:</b> Tipo de conta não encontrada <b>CPF/CNPJ:</b> 52.739.950/0001-36
---	--

### Dados do Recebedor

<b>Conta Destino:</b> 756/3122/00000856804-9 <b>Tipo Conta:</b> 01 - Conta Corrente <b>Nome:</b> ALVES JUNIOR SERVICOS MEDICOS LTDA <b>Finalidade:</b> 10 - Crédito em Conta <b>Histórico:</b>	<b>CPF/CNPJ:</b> 48.493.767/0001-26 <b>Tipo Pessoa:</b> Jurídica <b>Valor:</b> R\$ 9.266,70 <b>Valor Tarifa:</b> R\$ 12,00
--	---

### Informações do Pagamento

<b>Data do Débito:</b> 20/01/2025 <b>Data da Operação:</b> 20/01/2025	<b>Código da Operação:</b> 63161798 <b>Chave de Segurança:</b> 5CXEKFT3MP232ZSA
--	--

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

**ANA LIGIA RIBEIRO FEITOSA LTDA**  
 ANA LIGIA RIBEIRO FEITOSA DE BRITO LTDA  
 CNPJ : 25.243.821/0001-80 I. Mun. : 3101000 I. Est. : Isento  
 Telefone : 11981630242  
 RUA CARMELINA PREVITALE PERA, 157 - Jardim Ribeiro  
 Valinhos - SP CEP: 13270185  
 E-mail : draanaligia@gmail.com

**NOTA FISCAL  
 ELETRÔNICA DE  
 SERVIÇO**

NÚMERO

00000522

SÉRIE

NFD

CÓDIGO DE AUTENTICIDADE

045783821000187678000010070010280125245227



Consulte a Autenticidade em : valinhos.sigissweb.com

**REMETENTE / DESTINATÁRIO**

NOME / RAZÃO SOCIAL IRMANDADE DA SANTA CASA DE MIS. DE MOGI-GUAÇU	C.N.P.J. / C.P.F. 52.739.950/0001-36	INS. MUNICIPAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL
ENDEREÇO RUA CHICO DE PAULA, 608	BAIRRO / DISTRITO Centro	MUNICIPIO MOGI GUACU	UF SP
CEP 13840-005	TELEFONE / FAX	E-MAIL tesouraria@santacasamogiguacu.org.br	

DATA EMISSÃO 17/01/2025	FORMA DE PAGAMENTO
----------------------------	--------------------

**DESCRIÇÃO DO(S) SERVIÇO(S).**

SERVIÇOS PERSTADOS REFERENTE PLANTÕES DEZEMBRO /2024.  
 CONVÊNIO NUMERO 05/SS/2024.  
 DRA ANA LIGIA RIBEIRO FEITOSA - CRM 137669  
 EMPRESA OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL  
 VALOR APROXIMADOS DOS TRIBUTOS 15,60%

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI-GUAÇU  
 TERMO DE CONVÊNIO Nº 05/SS/2024  
 FONTES DE RECURSO

MUNICIPAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) FMDCA R\$ \_\_\_\_\_  
 ESTADUAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) PROPRIOS R\$ \_\_\_\_\_  
 FEDERAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) OUTROS R\$ \_\_\_\_\_

**CONFERE COM  
 O ORIGINAL**

*Gobrielle*  
**ASSINATURA**

CLASSIFICAÇÃO DO SERVIÇO  
 4.01 - Medicina e biomedicina.

VALOR POR EXTENSO  
 doze mil, cem reais

VALOR BRUTO DA NOTA FISCAL

R\$ 12.100,00

DEDUÇÕES

R\$ 0,00

VALOR DO(S) SERVIÇO(S)

R\$ 12.100,00

INSTRUÇÃO DE RETENÇÃO DO ISS  
 O ISS NÃO DEVE SER RETIDO

ALÍQUOTA ISS(%)

VALOR I.S.S.

- Apuração PGDAS-D

VALOR LÍQUIDO A RECEBER

R\$ 12.100,00

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Nota Fiscal Eletrônica Autorizada pelo Decreto nº 9615/2017

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

Conf. Lei Federal 12741/12 a Carga Tributária Aproximada desta NF é de 13,45% Federal (IBPT) e de 3.25% Municipal, perfazendo o valor de R\$ 2020,70

RECEBEMOS DE 25243821000180 - ANA LIGIA RIBEIRO FEITOSA DE BRITO LTDA OS SERVIÇOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO.

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

DATA DE RECEBIMENTO

Nº 00000522  
SÉRIE NFD



## DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

Entidade: **Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu**

CNPJ: **52.739.950/0001-36**

Nome Pessoa Jurídica: ANA LIGIA RIBEIRO FEITOSA EIRELI

Nome Pessoa Física: Ana Ligia Ribeiro Feitosa


CNPJ/CPF.: 25.243.821/0001-80

Especialidade: Obstetra

**Convênio: PLANTÕES**

Competência: 12/2024

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana</b>	5	12 Horas	R\$ 1.700,00	R\$ 8.500,00
<b>Final de Semana</b>	2	12 Horas	R\$ 1.800,00	R\$ 3.600,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 12.100,00</b>

  
**Romildo Fontaniello**  
PROVEDOR

## 2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 21/01/2025 às 07:53:16

### Dados do Pagador

<b>Tipo de TED:</b> Terceiros <b>Nome:</b> IRM STA CASA MISERIC MOGI GUACU <b>Conta Origem:</b> 04281/1292.000577217219-7	<b>Tipo Conta:</b> Tipo de conta não encontrada <b>CPF/CNPJ:</b> 52.739.950/0001-36
---	--

### Dados do Recebedor

<b>Conta Destino:</b> 033/0781/00013000576-4 <b>Tipo Conta:</b> 01 - Conta Corrente <b>Nome:</b> ANA LIGIA RIBEIRO FEITOSA DE BRITO LTDA <b>Finalidade:</b> 10 - Crédito em Conta <b>Histórico:</b>	<b>CPF/CNPJ:</b> 25.243.821/0001-80 <b>Tipo Pessoa:</b> Jurídica <b>Valor:</b> R\$ 12.100,00 <b>Valor Tarifa:</b> R\$ 12,00
---	--

### Informações do Pagamento

<b>Data do Débito:</b> 20/01/2025 <b>Data da Operação:</b> 20/01/2025	<b>Código da Operação:</b> 63161799 <b>Chave de Segurança:</b> 683G5KL5FG44748E
--	--

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU**  
**SECRETARIA DA FAZENDA**  
**NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS**

Número da Nota - Série  
**00000000556 - E**

Autenticidade  
**R6IA-85E5**

Data de Emissão  
**20/01/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** J R SERVICOS MEDICOS LTDA  
**CPF/CNPJ:** 33.344.499/0001-03    **IM:** 320550    **IE:** ISENTO    **Fone:** 19-98300-2183  
**Endereço:** RUA JOÃO XAVIER DE CAMPOS,40,JARDIM CAMARGO - CEP : 13840162  
**Município:** Mogi Guaçu    **UF:** SP    **E-mail:** janainarodrigues019@outlook.com

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MOGI GU  
**CPF/CNPJ:** 52.739.950/0001-36    **IM:** 10286    **IE:** ISENTO    **Fone:** 1938611313  
**Endereço:** RUA CHICO DE PAULA,608,CENTRO - CEP : 13840005  
**Município:** MOGI GUAÇU    **UF:** SP    **E-mail:** nfe@santacasamogiguacu.org.br

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

Honorários médicos prestados pelo Dr Rodrigo Rodrigues Bueno, CRM 215298. CONVÊNIO NUMERO 05/SS/2024.

Valor Bruto.....8.500,00  
 IR.....127,50  
 PIS.....55,25  
 COFINS.....255,00  
 CSLL.....85,00  
 ISSQN.....255,00  
 Valor Líquido.....7.722,25

**CONFERE COM  
O ORIGINAL**

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU  
 TERMO DE CONVÊNIO N 05/SS/2024  
 FONTES DE RECURSO  
 MUNICIPAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) FMDCA R\$ \_\_\_\_\_  
 ( ) ESTADUAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) PROPRIOS R\$ \_\_\_\_\_  
 ( ) FEDERAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) OUTROS R\$ \_\_\_\_\_

Conta para depósito  
 Banco do Brasil  
 Agencia 6652-4  
 Conta Corrente 24198-9

*Gabrielle*  
**ASSINATURA**

NÃO SUJEITO A RETENÇÃO A SEGURIDADE SOCIAL, CONFORME ART-31 DA LEI-8.212/91, OS/INSS-209/99,IN/INSS-DC-100/03 E IN 971/09 ART.120 INCISO III. OS SERVIÇOS ACIMA DESCRITOS FORAM PRESTADOS PESSOALMENTE PELO(S) SÓCIO(S) E SEM O CONCURSO DE EMPREGADOS OU OUTROS CONTRIBUINTES INDIVIDUAIS.  
 Serviço realizado em : MOGI GUAÇU

Processo executado por: 172.16.20.60

**Consulte a autenticidade desta Nota Fiscal através do site: <http://www.mogiguacu.sp.gov.br>**  
**Valor aprox. dos tributos (Lei nº 12.741/2012):**  
**R\$ 1.218,05 - Aliq: 14,33%**

Situação de Tributação  
 Tributado no Tomador

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

Deduções de Materiais <b>0,00</b>	Base de Cálculo (R\$) <b>8.500,00</b>	Aliquota (%) <b>3,0000%</b>	Vr do ISS (R\$) <b>255,00</b>
--------------------------------------	--	--------------------------------	----------------------------------

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 8.500,00**



## DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

Entidade: **Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu**

CNPJ: **52.739.950/0001-36**

Nome Pessoa Jurídica: **J.R SERVICOS MEDICOS LTDA**

Nome Pessoa Física: **Rodrigo Rodrigues Bueno**

CNPJ/CPF.: **33.344.499/0001-03**

Especialidade: **Clinico**

**Convênio: PLANTÕES**

Competência: 12/2024

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana</b>	<b>5</b>	<b>12 Horas</b>	<b>R\$ 1.700,00</b>	<b>R\$ 8.500,00</b>
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 8.500,00</b>

  
**Romildo Fontaniello**  
PROVEDOR

**2ª Via - Comprovante de Transação TED**

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 21/01/2025 às 07:53:16

**Dados do Pagador**

<b>Tipo de TED:</b> Terceiros <b>Nome:</b> IRM STA CASA MISERIC MOGI GUACU <b>Conta Origem:</b> 04281/1292.000577217219-7	<b>Tipo Conta:</b> Tipo de conta não encontrada <b>CPF/CNPJ:</b> 52.739.950/0001-36
---	--

**Dados do Recebedor**

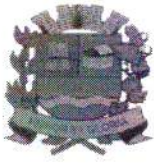
<b>Conta Destino:</b> 001/6652/00000024198-9 <b>Tipo Conta:</b> 01 - Conta Corrente <b>Nome:</b> J.R SERVICOS MEDICOS LTDA <b>Finalidade:</b> 10 - Crédito em Conta <b>Histórico:</b>	<b>CPF/CNPJ:</b> 33.344.499/0001-03 <b>Tipo Pessoa:</b> Jurídica <b>Valor:</b> R\$ 7.722,25 <b>Valor Tarifa:</b> R\$ 12,00
---	---

**Informações do Pagamento**

<b>Data do Débito:</b> 20/01/2025 <b>Data da Operação:</b> 20/01/2025	<b>Código da Operação:</b> 63161800 <b>Chave de Segurança:</b> FX3TU309F5EFJYPM
--	--

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)  
SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU**  
**SECRETARIA DA FAZENDA**  
**NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS**

Número da Nota - Série  
**000000001175 - E**

Autenticidade  
**HEUR-U5A5**

Data de Emissão  
**17/01/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** CLINICA MEDICA CAPE LTDA  
**CPF/CNPJ:** 08.742.556/0001-65 **IM:** 191922 **IE:** ISENTO **Fone:** (19) 3861-3636  
**Endereço:** RUA ANTUNES GARCIA,356,BAIRRO DO LOTE - CEP : 13840106  
**Município:** MOGI GUACU **UF:** SP **E-mail:** elainepedrini@ig.com.br

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MOGI GU  
**CPF/CNPJ:** 52.739.950/0001-36 **IM:** 10286 **IE:** ISENTO **Fone:** 1938611313  
**Endereço:** RUA CHICO DE PAULA,608,CENTRO - CEP : 13840005  
**Município:** MOGI GUAÇU **UF:** SP **E-mail:** nfe@santacasamogiguacu.org.br

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

Serviços médicos prestados  
Referente Convênio :05/SS/2024  
Dr Marcos Alexandre F da Cruz  
CRM 91656

CONFERE COM  
O ORIGINAL

*Gabrielle*  
ASSINATURA

IRRF 1,5%R\$ 127,00  
CSLL1%R\$84,67  
COFINS 3%R\$ 254,01  
IRRF 0,65%R\$55,03

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU  
TERMO DE CONVÊNIO N° 05 SS/2024  
FONTES DE RECURSO  
 MUNICIPAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) FMDCA R\$ \_\_\_\_\_  
( ) ESTADUAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) PRÓPRIOS R\$ \_\_\_\_\_  
( ) FEDERAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) OUTROS R\$ \_\_\_\_\_

Processo executado por: 172.16.20.60

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

Situação de Tributação  
Tributado no Tomador

Código do Serviço  
401 - Medicina e biomedicina.

Deduções de Materiais  
0,00

Base de Cálculo (R\$)  
8.467,00

Alíquota (%)  
3,0000%

Vr do ISS (R\$)  
254,01

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 8.467,00**



**DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS**

Entidade: **Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu**

CNPJ: **52.739.950/0001-36**

Nome Pessoa Jurídica: **CLINICA MEDICA CAPE SS**

Nome Pessoa Física: **Marcos Alexandre Francato da Cruz**

CNPJ/CPF.: **08.742.556/0001-65**

Especialidade: **Torácico**

**Convênio: PLANTÕES**

Competência: 12/2024

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
Divisão conforme acordo			R\$	8.267,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>			<b>R\$</b>	<b>8.267,00</b>

  
**Romildo Fontaniello**  
PROVEDOR



## DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

Entidade: **Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu**

CNPJ: **52.739.950/0001-36**

Nome Pessoa Jurídica: **CLINICA MEDICA CAPE SS**

Nome Pessoa Física: **Marcos Alexandre Francato da Cruz**

CNPJ/CPF.: **08.742.556/0001-65**

Especialidade: **Cobertura / Otorrino**

**Convênio: PLANTÕES**

Competência: 12/2024

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana/Final de semana</b>	<b>1</b>	<b>06 Horas</b>	R\$ <b>200,00</b>	R\$ <b>200,00</b>
<b>TOTAL A PAGAR</b>				R\$ <b>200,00</b>

  
**Romildo Fontanielle**  
PROVEDOR

## 2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 21/01/2025 às 07:53:16

### Dados do Pagador

<b>Tipo de TED:</b> Terceiros	<b>Tipo Conta:</b> Tipo de conta não encontrada
<b>Nome:</b> IRM STA CASA MISERIC MOGI GUACU	<b>CPF/CNPJ:</b> 52.739.950/0001-36
<b>Conta Origem:</b> 04281/1292.000577217219-7	

### Dados do Recebedor

<b>Conta Destino:</b> 033/0181/00001035580-6	<b>CPF/CNPJ:</b> 120.599.738-56
<b>Tipo Conta:</b> 01 - Conta Corrente	<b>Tipo Pessoa:</b> Física
<b>Nome:</b> CLINICA MEDICA CAPE	<b>Valor:</b> R\$ 7.692,28
<b>Finalidade:</b> 10 - Crédito em Conta	<b>Valor Tarifa:</b> R\$ 12,00
<b>Histórico:</b>	

### Informações do Pagamento

<b>Data do Débito:</b> 20/01/2025	<b>Código da Operação:</b> 63161802
<b>Data da Operação:</b> 20/01/2025	<b>Chave de Segurança:</b> MQMQXWZYQ6CHARK5

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU**  
**SECRETARIA DA FAZENDA**  
**NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS**

Número da Nota - Série  
**000000002011 - E**  
 Autenticidade  
**5WTK-SUXO**  
 Data de Emissão  
**20/01/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** BARZON E NEVES SERVIÇOS MEDICOS SS  
**CPF/CNPJ:** 07.672.539/0001-36    **IM:** 179833    **IE:** ISENTA    **Fone:** 01938613313  
**Endereço:** RUA ALAGOAS,97,JARDIM CENTENARIO - CEP : 13845267  
**Município:** MOGI GUAÇU    **UF:** SP    **E-mail:** consultorio.dr.barzon@gmail.com

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MOGI GU  
**CPF/CNPJ:** 52.739.950/0001-36    **IM:** 10286    **IE:** ISENTO    **Fone:** 1938611313  
**Endereço:** RUA CHICO DE PAULA,608,CENTRO - CEP : 13840005  
**Município:** MOGI GUAÇU    **UF:** SP    **E-mail:** nfe@santacasamogiguacu.org.br

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

Serviços prestados -Dr Luiz Henrique Barzon, CRM 65075. Essa nota será liquida no convênio numero: 05/SS/2024.

Valor Bruto.....7.200,00  
 Ir.....108,00  
 PIS.....46,80  
 COFINS.....216,00  
 CSLL.....72,00  
 Valor Bruto.....6.757,20

**CONFERE COM  
O ORIGINAL**

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU  
 TERMO DE CONVÊNIO N° 05/SS/2024  
 FONTES DE RECURSO  
 MUNICIPAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) FMDCA R\$ \_\_\_\_\_  
 ( ) ESTADUAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) PRÓPRIOS R\$ \_\_\_\_\_  
 ( ) FEDERAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) OUTROS R\$ \_\_\_\_\_

*Godrielle*  
 ASSINATURA

Conta para depósito  
 Banco do Brasil  
 Agencia 1172-X  
 Conta Corrente 27081-4

Serviço prestado pessoalmente pelo titular ou sócio no exercício de profissão regulamentada e sem o concurso de empregados ou contribuintes individuais conforme dispõe o Artigo 120, Inciso III da IN/RFB nº 971/2009.  
 Serviço realizado em : mogi guaçu

Processo executado por: 172.16.20.60  
**Consulte a autenticidade desta Nota Fiscal através do site: <http://www.mogiguacu.sp.gov.br>**  
**Valor aprox. dos tributos (Lei nº 12.741/2012):**  
**R\$ 1.031,76 - Aliq: 14,33%**

Situação de Tributação  
 Tributada no Prestador

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

Deduções de Materiais  
**0,00**

Base de Cálculo (R\$)  
**7.200,00**

Aliquota (%)  
**-**

Vr do ISS (R\$)  
**-**

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 7.200,00**



**DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS**

Entidade: **Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu**

CNPJ: **52.739.950/0001-36**

Nome Pessoa Jurídica: **BARZON E NEVES SERVICOS MEDICOS SS**

Nome Pessoa Física: **Luiz Henrique Barzon**

CNPJ/CPF.: **07.672.539/0001-36**

Especialidade: **Oftalmologista**

**Convênio: PLANTÕES**

Competência: **12/2024**

<b>Dias da Semana</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Referência</b>	<b>Valor</b>	<b>Valor Total</b>
Semana/Final de semana	9	24 Horas	R\$ 800,00	R\$ 7.200,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 7.200,00</b>

*Romildo Fontaniello*  
**Romildo Fontaniello**  
PROVEDOR

## 2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 21/01/2025 às 07:53:16

### Dados do Pagador

<b>Tipo de TED:</b> Terceiros <b>Nome:</b> IRM STA CASA MISERIC MOGI GUACU <b>Conta Origem:</b> 04281/1292.000577217219-7	<b>Tipo Conta:</b> Tipo de conta não encontrada <b>CPF/CNPJ:</b> 52.739.950/0001-36
---	--

### Dados do Recebedor

<b>Conta Destino:</b> 001/1172/00000027081-4 <b>Tipo Conta:</b> 01 - Conta Corrente <b>Nome:</b> BARZON SERVICOS MEDICOS LTDA <b>Finalidade:</b> 10 - Crédito em Conta <b>Histórico:</b>	<b>CPF/CNPJ:</b> 07.672.539/0001-36 <b>Tipo Pessoa:</b> Jurídica <b>Valor:</b> RS 6.757,20 <b>Valor Tarifa:</b> RS 12,00
--	---

### Informações do Pagamento

<b>Data do Débito:</b> 20/01/2025 <b>Data da Operação:</b> 20/01/2025	<b>Código da Operação:</b> 63161803 <b>Chave de Segurança:</b> ZTACJL8A8E069CR2
--	--

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU**  
**SECRETARIA DA FAZENDA**  
**NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS**

Número da Nota - Série  
**000000001080 - E**

Autenticidade  
**7WB0-CER1**

Data de Emissão  
**17/01/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**



**Nome/Razão Social:** SAO FRANCISCO AUDIOLOGIA S/S  
**CPF/CNPJ:** 01.706.690/0001-61 **IM:** 112178 **IE:** **Fone:** 19 3851-8000  
**Endereço:** RUA MANOEL DE PAULA,33,CAPELA - CEP : 13840085  
**Município:** Mogi Guaçu **UF:** SP **E-mail:** elia.bonfim@empmed.com.br

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MOGI GU  
**CPF/CNPJ:** 52.739.950/0001-36 **IM:** 10286 **IE:** ISENTO **Fone:** 1938611313  
**Endereço:** RUA CHICO DE PAULA,608,CENTRO - CEP : 13840005  
**Município:** MOGI GUAÇU **UF:** SP **E-mail:** nfe@santacasamogiguacu.org.br

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

HONORÁRIOS MÉDICOS - JOSÉ HEITOR V. RUA

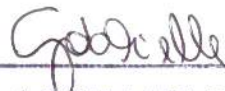
Base IRRF R\$: 22.600,00 - Vir R\$ 339,00 - Base PIS/Cofins/CSLL R\$ 22.600,00 - PIS R\$ 146,90 - Cofins R\$ 678,00  
- CSLL R\$ 226,00 - Valor Aprox Tributos: 3238,58 (14,33%) - Fonte: IBPT

Valor Líquido R\$ 21.210,10

Vencimento: 20/01/2025

CONVÊNIO 05/SS/2024 -  
NÃO SUJEITO A RETENÇÃO A SEGURIDADE SOCIAL, CONFORME ART-31 DA LEI-8.212/91, OS/INSS-209/99,  
IN/INSS-DC-100/03 E IN 971/09 ART.120 INCISO III. OS SERVIÇOS ACIMA DESCRITOS FORAM PRESTADOS  
PESSOALMENTE PELO(S) SÓCIO(S) E SEM O CONCURSO DE EMPREGADOS OU OUTROS CONTRIBUINTES  
INDIVIDUAIS.

**CONFERE COM  
O ORIGINAL**

  
**ASSINATURA**

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU  
TERMO DE CONVÊNIO N° 05/SS/2024  
FONTES DE RECURSO  
 MUNICIPAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) FMDCA R\$ \_\_\_\_\_  
( ) ESTADUAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) PRÓPRIOS R\$ \_\_\_\_\_  
( ) FEDERAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) OUTROS R\$ \_\_\_\_\_

Processo executado por: 172.16.20.60

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

Situação de Tributação  
Tributada no Prestador

Código do Serviço  
401 - Medicina e biomedicina.

Deduções de Materiais  
0,00

Base de Cálculo (R\$)  
22.600,00

Aliquota (%)

Vr do ISS (R\$)

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 22.600,00**



## DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

Entidade: **Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu**

CNPJ: **52.739.950/0001-36**

Nome Pessoa Jurídica: **SAO FRANCISCO AUDIOLOGIA SOCIEDADE SIMPLES**

Nome Pessoa Física: **Jose Heitor Vallim Rua**

CNPJ/CPF.: **01.706.690/0001-61**

Especialidade: **Otorrinolaringologista**

**Convênio: PLANTÕES**

Competência: **12/2024**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
Semana/Final de semana	25	24 Horas	R\$ 800,00	R\$ 20.000,00
Semana/Final de semana	5	12 Horas	R\$ 400,00	R\$ 2.000,00
Semana/Final de semana	1	18 Horas	R\$ 600,00	R\$ 600,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 22.600,00</b>

  
**Romildo Fontaniello**  
PROVEDOR

## 2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 21/01/2025 às 07:53:16

### Dados do Pagador

<b>Tipo de TED:</b> Terceiros	<b>Tipo Conta:</b> Tipo de conta não encontrada
<b>Nome:</b> IRM STA CASA MISERIC MOGI GUACU	<b>CPF/CNPJ:</b> 52.739.950/0001-36
<b>Conta Origem:</b> 04281/1292.000577217219-7	

### Dados do Recebedor

<b>Conta Destino:</b> 033/0181/00013006126-1	<b>CPF/CNPJ:</b> 01.706.690/0001-61
<b>Tipo Conta:</b> 01 - Conta Corrente	<b>Tipo Pessoa:</b> Juridica
<b>Nome:</b> SAO FRANCISCO AUDIOLOGIA SS	<b>Valor:</b> R\$ 21.210,10
<b>Finalidade:</b> 10 - Crédito em Conta	<b>Valor Tarifa:</b> R\$ 12,00
<b>Histórico:</b>	

### Informações do Pagamento

<b>Data do Débito:</b> 20/01/2025	<b>Código da Operação:</b> 63161804
<b>Data da Operação:</b> 20/01/2025	<b>Chave de Segurança:</b> TAK8WVN21JMA543J

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU**  
**SECRETARIA DA FAZENDA**  
**NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS**

Número da Nota - Série  
**00000000533 - E**

Autenticidade  
**WT9Z-7KB1**

Data de Emissão  
**17/01/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** CLINICA DE CIRURGIA PLASTICA IMAGEM LTDA ME  
**CPF/CNPJ:** 10.336.730/0001-11 **IM:** 319086 **IE:** ISENTO **Fone:** 19 3831-0000  
**Endereço:** RUA PRINCESA ISABEL,88 SALA 04,VL RICCI - CEP : 13844060  
**Município:** Mogi Guaçu **UF:** SP **E-mail:** clinica.dralvaromoromizato@gmail.com

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MOGI GU  
**CPF/CNPJ:** 52.739.950/0001-36 **IM:** 10286 **IE:** ISENTO **Fone:** 1938611313  
**Endereço:** RUA CHICO DE PAULA,608,CENTRO - CEP : 13840005  
**Município:** MOGI GUAÇU **UF:** SP **E-mail:** nfe@santacasamogiguacu.org.br

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

SERVIÇO REFERENTE (Convênio numero 05/SS/2024)  
DR. ALVARO MOROMIZATO -CRM-SP-20017

RETENÇÃO ISS - R\$ 360,00

Desconto ref. pagamento em duplicidade no dia 03/12 (NF 524) - R\$ 4.074,00

LÍQUIDO - R\$ 7.566,00

SERVIÇO REALIZADO EM MUNICÍPIO.

CONFERE COM  
O ORIGINAL

*Gabrielle*  
ASSINATURA

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU  
TERMO DE CONVÊNIO Nº 05/SS/2024  
FONTES DE RECURSO  
 MUNICIPAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) FMDCA R\$ \_\_\_\_\_  
( ) ESTADUAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) PRÓPRIOS R\$ \_\_\_\_\_  
( ) FEDERAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) OUTROS R\$ \_\_\_\_\_

Processo executado por: 172.16.20.60

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

Situação de Tributação  
Tributado no Tomador

Código do Serviço

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

Deduções de Materiais  
0,00

Base de Cálculo (R\$)  
12.000,00

Aliquota (%)  
3,0000%

Vr do ISS (R\$)  
360,00

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 12.000,00**



DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

Entidade: Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu

CNPJ: 52.739.950/0001-36

Nome Pessoa Jurídica: CLINICA MEDICA E DE IMAGEM MGV LTDA

Nome Pessoa Física: Alvaro Moromizato

CNPJ/CPF.: 14.125.285/0001-00

Especialidade: Cirurgião Plastico

Convênio: PLANTÕES

Competência: 12/2024

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
Semana/Final de semana	4	24 Horas	R\$ 800,00	R\$ 3.200,00
Semana/Final de semana	22	12 Horas	R\$ 400,00	R\$ 8.800,00
TOTAL A PAGAR				R\$ 12.000,00

*R*  
Romildo Fontaniello  
PROVEDOR

**2ª Via - Comprovante de Transação TED**

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 21/01/2025 às 07:53:16

**Dados do Pagador**

<b>Tipo de TED:</b> Terceiros <b>Nome:</b> IRM STA CASA MISERIC MOGI GUACU <b>Conta Origem:</b> 04281/1292.000577217219-7	<b>Tipo Conta:</b> Tipo de conta não encontrada <b>CPF/CNPJ:</b> 52.739.950/0001-36
---	--

**Dados do Recebedor**

<b>Conta Destino:</b> 001/0578/00000046925-4 <b>Tipo Conta:</b> 01 - Conta Corrente <b>Nome:</b> CLINICA DE CIRURGIA PLASTICA IMAGEM LTDA <b>Finalidade:</b> 10 - Crédito em Conta <b>Histórico:</b>	<b>CPF/CNPJ:</b> 10.336.730/0001-11 <b>Tipo Pessoa:</b> Juridica <b>Valor:</b> R\$ 7.566,00 <b>Valor Tarifa:</b> R\$ 12,00
--	---

**Informações do Pagamento**

<b>Data do Débito:</b> 20/01/2025 <b>Data da Operação:</b> 20/01/2025	<b>Código da Operação:</b> 63161805 <b>Chave de Segurança:</b> 0155CXL3L99L3T05
--	--

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU**  
**SECRETARIA DA FAZENDA**  
**NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS**

Número da Nota - Série  
**00000000203 - E**

Autenticidade  
**ADAD-6JKR**

Data de Emissão  
**17/01/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** RSM NEUROPEDIATRIA SS LTDA  
**CPF/CNPJ:** 52.882.642/0001-65 **IM:** 328577 **IE:** **Fone:** 19 3362-1117  
**Endereço:** RUA EMYDIO CHIARELLI, 112, IMÓVEL PEDREGULHAL - CEP: 13845218  
**Município:** Mogi Guaçu **UF:** SP **E-mail:** neuropediatriamg@gmail.com

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MOGI GU  
**CPF/CNPJ:** 52.739.950/0001-36 **IM:** 10286 **IE:** ISENTO **Fone:** 1938611313  
**Endereço:** RUA CHICO DE PAULA, 608, CENTRO - CEP: 13840005  
**Município:** MOGI GUAÇU **UF:** SP **E-mail:** nfe@santacasamogiguacu.org.br

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS  
SERVIÇO PRESTADO NÃO SUJEITO A RETENÇÃO DA SEGURIDADE SOCIAL, CONFORME ART. 31 LEI 8212/1991 – IN 971/2009 – SERVIÇOS ACIMA DESCRITOS FORAM PRESTADOS PESSOALMENTE PELO SÓCIO SEM O CONCURSO DE EMPREGADOS OU OUTROS CONTRIBUINTES INDIVIDUAIS  
ISSQN – ANUAL

SERVIÇO PRESTADO REF PLANTÕES  
- COMPETÊNCIA DEZEMBRO/2024 - TERMO DE CONVÊNIO: NÚMERO: 05/SS/2024.  
SERVIÇO PRESTADO PELA DRº RENATO SARDINHA MANTOVANI – CRM 97169  
VALOR BRUTO: R\$ 21.600,00

RETENÇÕES  
IRRF = 1,5% = R\$ 324,00  
RETENÇÃO PIS/COFINS/CSLL - NOS TERMOS DA LEI 10.833/2003  
PIS = 0,65% = R\$ 140,40  
COFINS = 3% = R\$ 648,00  
CSLL = 1% = R\$ 216,00

VALOR LIQUIDO A RECEBER R\$ 20.271,60  
Serviço realizado em : MOGI GUAÇU

**CONFERE COM  
O ORIGINAL**

*Godville*  
ASSINATURA

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU  
TERMO DE CONVÊNIO Nº 05/SS/2024  
FONTES DE RECURSO

MUNICIPAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) FMDCA R\$ \_\_\_\_\_  
( ) ESTADUAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) PRÓPRIOS R\$ \_\_\_\_\_  
( ) FEDERAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) OUTROS R\$ \_\_\_\_\_

Processo executado por: 172.16.20.60

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

Situação de Tributação  
Tributada no Prestador

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

Deduções de Materiais <b>0,00</b>	Base de Cálculo (R\$) <b>21.600,00</b>	Aliquota (%) <b>-</b>	Vr do ISS (R\$) <b>-</b>
--------------------------------------	---	--------------------------	-----------------------------

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 21.600,00**



## DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

Entidade: Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu

CNPJ: **52.739.950/0001-36**

Nome Pessoa Jurídica: RSM NEUROPEDIATRIA SS LTDA

Nome Pessoa Física: Renato Sardinha Mantovani

CNPJ/CPF.: 52.882.642/0001-65

Especialidade: Neuropediatra

**Convênio: PLANTÕES**

Competência: 12/2024

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor		Valor Total
Semana/Final de semana	27	24 Horas	R\$	800,00	R\$ 21.600,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>					<b>R\$ 21.600,00</b>

  
**Romildo Fontaniello**  
 PROVEDOR

## 2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 21/01/2025 às 07:53:16

### Dados do Pagador

<b>Tipo de TED:</b> Terceiros	<b>Tipo Conta:</b> Tipo de conta não encontrada
<b>Nome:</b> IRM STA CASA MISERIC MOGI GUACU	<b>CPF/CNPJ:</b> 52.739.950/0001-36
<b>Conta Origem:</b> 04281/1292.000577217219-7	

### Dados do Recebedor

<b>Conta Destino:</b> 033/0181/00013006460-4	<b>CPF/CNPJ:</b> 52.882.642/0001-65
<b>Tipo Conta:</b> 01 - Conta Corrente	<b>Tipo Pessoa:</b> Jurídica
<b>Nome:</b> RSM NEUROPEDIATRIA SS LTDA	<b>Valor:</b> R\$ 20.271,60
<b>Finalidade:</b> 10 - Crédito em Conta	<b>Valor Tarifa:</b> R\$ 12,00
<b>Histórico:</b>	

### Informações do Pagamento

<b>Data do Débito:</b> 20/01/2025	<b>Código da Operação:</b> 63161806
<b>Data da Operação:</b> 20/01/2025	<b>Chave de Segurança:</b> Q665PKNS2PR9UC05



Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

 <b>PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO</b> <b>SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA</b> <b>NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e</b> 20250117u17941198843	Número da Nota <b>00002262</b>			
	Data e Hora de Emissão <b>17/01/2025 16:17:35</b> Código de Verificação <b>CNLI-ZL8H</b>			
<b>PRESTADOR DE SERVIÇOS</b>				
CPF/CNPJ: <b>33.948.247/0001-93</b> Nome/Razão Social: <b>MULTI CLINICA MEDICA BAB LTDA</b> Endereço: <b>AV ARATAS 284, CONJ 132 - INDIANOPOLIS - CEP: 04081-001</b> Município: <b>São Paulo</b>	Inscrição Municipal: <b>6.291.804-4</b> UF: <b>SP</b>			
<b>TOMADOR DE SERVIÇOS</b>				
Nome/Razão Social: <b>IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MOGI GUACU</b> CPF/CNPJ: <b>52.739.950/0001-36</b> Endereço: <b>Rua CHICO DE PAULA 608 - CENTRO - CEP: 13840-005</b> Município: <b>Mogi Guaçu</b>	Inscrição Municipal: <b>----</b> UF: <b>SP</b> E-mail: <b>viviana@santacasamogiguacu.org.br</b>			
<b>INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS</b>				
CPF/CNPJ: <b>----</b> Nome/Razão Social: <b>----</b>				
<b>DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS</b>				
SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS PELO DR. BRUNO ANHESINI BENETTI - CRM 163166 REF. 12/2024 Convênio numero 05/SS/2024				
<b>CONFERE COM O ORIGINAL</b>   <b>ASSINATURA</b>				
PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUACU TERMO DE CONVÊNIO N° <u>05/SS/2024</u> FONTES DE RECURSO <input checked="" type="checkbox"/> MUNICIPAL R\$ _____ ( ) FMDCA R\$ _____ <input type="checkbox"/> ESTADUAL R\$ _____ ( ) PRÓPRIOS R\$ _____ <input type="checkbox"/> FEDERAL R\$ _____ ( ) OUTROS R\$ _____				
<b>VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 29.800,00</b>				
INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)
-	447,00	298,00	894,00	193,70
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	29.800,00	2,00%	596,00	0,00
Município da Prestação do Serviço	Número Inscrição da Obra	Valor Aproximado dos Tributos / Fonte		
-	-	R\$ 2.363,14 (7,93%) / IBPT		
<b>OUTRAS INFORMAÇÕES</b>				
(1) Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 14.097/2005; (2) Data de vencimento do ISS desta NFS-e: 10/02/2025;				



## DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

Entidade: **Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu**

CNPJ: **52.739.950/0001-36**

Nome Pessoa Jurídica: **MULTI CLINICA MEDICA BAB LTDA**

Nome Pessoa Física: **Bruno Anhesini Benetti**

CNPJ/CPF.: **33.948.247/0001-93**

Especialidade: **Anestesiologista**

**Convênio: PLANTÕES**

Competência: 12/2024

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana</b>	4	24 Horas	R\$ 3.400,00	R\$ 13.600,00
<b>Final de semana</b>	4	24 Horas	R\$ 3.600,00	R\$ 14.400,00
<b>dobra 25</b>	1	12 Horas	R\$ 1.800,00	R\$ 1.800,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 29.800,00</b>

  
**Romildo Fontaniello**  
PROVEDOR

## 2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 21/01/2025 às 07:53:16

### Dados do Pagador

<b>Tipo de TED:</b> Terceiros	<b>Tipo Conta:</b> Tipo de conta não encontrada
<b>Nome:</b> IRM STA CASA MISERIC MOGI GUACU	<b>CPF/CNPJ:</b> 52.739.950/0001-36
<b>Conta Origem:</b> 04281/1292.000577217219-7	

### Dados do Recebedor

<b>Conta Destino:</b> 033/3634/00013005919-8	<b>CPF/CNPJ:</b> 33.948.247/0001-93
<b>Tipo Conta:</b> 01 - Conta Corrente	<b>Tipo Pessoa:</b> Jurídica
<b>Nome:</b> MULTI CLINICA MEDICA BAB LTDA	<b>Valor:</b> R\$ 27.967,30
<b>Finalidade:</b> 10 - Crédito em Conta	<b>Valor Tarifa:</b> R\$ 12,00
<b>Histórico:</b>	

### Informações do Pagamento

<b>Data do Débito:</b> 20/01/2025	<b>Código da Operação:</b> 63161808
<b>Data da Operação:</b> 20/01/2025	<b>Chave de Segurança:</b> 7509E8YRVLSUTCJE

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU**  
**SECRETARIA DA FAZENDA**  
**NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS**

Número da Nota - Série  
**000000000126 - E**

Autenticidade  
**BIW7-YK9R**

Data de Emissão  
**17/01/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** L. B. GIACOMINI  
**CPF/CNPJ:** 44.119.285/0001-50 **IM:** 324874 **IE:** **Fone:**  
**Endereço:** RUA SARGENTO-AVIADOR OSVALDO FERNANDES,58,CENTRO - CEP : 13840027  
**Município:** Mogi Guaçu **UF:** SP **E-mail:** DRAGIACOMINIVASCULAR@GMAIL.COM

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MOGI GU  
**CPF/CNPJ:** 52.739.950/0001-36 **IM:** 10286 **IE:** ISENTO **Fone:** 1938611313  
**Endereço:** RUA CHICO DE PAULA,608,CENTRO - CEP : 13840005  
**Município:** MOGI GUAÇU **UF:** SP **E-mail:** nfe@santacasamogiguacu.org.br

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS referente Plantões 12/2024.

Convênio numero 05/SS/2024

Retenção de 4,65% conforme art. 24 da Lei 13.137/2015  
PIS 0,65% 81,90  
COFINS 3% 378,00  
C.SOCIAL 1% 126,00

Retenção IR de 1,50 % conforme art 647 do RIR/3000.  
IR 1,50% 189,00

ISSQN 3,00% 378,00

VALOR LIQUIDO DA NOTA====>11.447,10

CONFERE COM  
O ORIGINAL

*gabriele*  
ASSINATURA

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU  
TERMO DE CONVÊNIO N° 05/SS/2024  
FONTES DE RECURSO  
 MUNICIPAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) FMDCA R\$ \_\_\_\_\_  
( ) ESTADUAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) PRÓPRIOS R\$ \_\_\_\_\_  
( ) FEDERAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) OUTROS R\$ \_\_\_\_\_

Processo executado por: 172.16.20.60

**Consulte a autenticidade desta Nota Fiscal através  
do site: <http://www.mogiguacu.sp.gov.br>  
Valor aprox. dos tributos (Lei nº 12.741/2012):  
R\$ 1.980,72 - Aliq: 15,72%**

Situação de Tributação  
Tributado no Tomador

Código do Serviço

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

Deduções de Materiais  
**0,00**

Base de Cálculo (R\$)  
**12.600,00**

Aliquota (%)  
**3,0000%**

Vr do ISS (R\$)  
**378,00**

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 12.600,00**



# DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

Entidade: **Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu**

CNPJ: **52.739.950/0001-36**

Nome Pessoa Jurídica: **L B GIACOMINI VASCULAR**

Nome Pessoa Física: **Letica Bronzati Giacomini**

CNPJ/CPF.: **44.119.285/0001-50**

Especialidade: **Vascular**

**Convênio: PLANTÕES**

Competência: **12/2024**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
Semana/Final de semana	10	24 Horas	R\$ 800,00	R\$ 8.000,00
Semana/Final de semana	1	12 Horas	R\$ 400,00	R\$ 400,00
Semana/Final de semana	10	24 Horas	R\$ 400,00	R\$ 4.000,00
Semana/Final de semana	1	12 Horas	R\$ 200,00	R\$ 200,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 12.600,00</b>

  
**Romildo Fontaniello**  
PROVEDOR

## 2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 21/01/2025 às 07:53:16

### Dados do Pagador

<b>Tipo de TED:</b> Terceiros	<b>Tipo Conta:</b> Tipo de conta não encontrada
<b>Nome:</b> IRM STA CASA MISERIC MOGI GUACU	<b>CPF/CNPJ:</b> 52.739.950/0001-36
<b>Conta Origem:</b> 04281/1292.000577217219-7	

### Dados do Recebedor

<b>Conta Destino:</b> 237/0224/00000029610-4	<b>CPF/CNPJ:</b> 44.119.285/0001-50
<b>Tipo Conta:</b> 01 - Conta Corrente	<b>Tipo Pessoa:</b> Jurídica
<b>Nome:</b> L. B. GIACOMINI	<b>Valor:</b> R\$ 11.447,10
<b>Finalidade:</b> 10 - Crédito em Conta	<b>Valor Tarifa:</b> R\$ 12,00
<b>Histórico:</b>	

### Informações do Pagamento

<b>Data do Débito:</b> 20/01/2025	<b>Código da Operação:</b> 63161809
<b>Data da Operação:</b> 20/01/2025	<b>Chave de Segurança:</b> EQFL37E17P6UEGK9

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU**  
**SECRETARIA DA FAZENDA**  
**NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS**

Número da Nota - Série  
**000000003334 - E**

Autenticidade  
**FSHR-DMXQ**

Data de Emissão  
**17/01/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**



**Nome/Razão Social:** TGG NEONATOLOGIA SERVICOS MEDICOS SOCIEDADE SIMPLES  
**CPF/CNPJ:** 20.385.622/0001-92 **IM:** 278726 **IE:** **Fone:** 19 3851-8000  
**Endereço:** RUA SAURO ARMANI,50,PQ CIDADE NOVA - CEP : 13845424  
**Município:** Mogi Guaçu **UF:** SP **E-mail:** tggneonatal@gmail.com

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MOGI GU  
**CPF/CNPJ:** 52.739.950/0001-36 **IM:** 10286 **IE:** ISENTO **Fone:** 1938611313  
**Endereço:** RUA CHICO DE PAULA,608,CENTRO - CEP : 13840005  
**Município:** MOGI GUAÇU **UF:** SP **E-mail:** nfe@santacasamogiguacu.org.br

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

HONORÁRIOS MÉDICOS - LUIS FRANCISCO B GABRIOTTI

Base IRRF R\$: 12.400,00 - Vlr R\$ 186,00 - Base PIS/Cofins/CSLL R\$ 12.400,00 - PIS R\$ 80,60 - Cofins R\$ 372,00 - CSLL R\$ 124,00 - Valor Aprox Tributos: 1404,92 (11,33%) - Fonte: IBPT

Valor Líquido R\$ 11.637,40

Vencimento: 20/01/2025

CONVÊNIO 05/SS/2024 -

NÃO SUJEITO A RETENÇÃO A SEGURIDADE SOCIAL, CONFORME ART-31 DA LEI-8.212/91, OS/INSS-209/99, IN/INSS-DC-100/03 E IN/MPS-SRP-03/2005. OS SERVIÇOS ACIMA DESCRITOS FORAM PRESTADOS PESSOALMENTE PELO(S) SÓCIO(S) E SEM O CONCURSO DE EMPREGADOS OU OUTROS CONTRIBUINTES INDIVIDUAIS. ISSQN ANUAL

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU  
TERMO DE CONVÊNIO N° 05/SS/2024  
FONTES DE RECURSO

<input checked="" type="checkbox"/> MUNICIPAL R\$ _____	<input type="checkbox"/> FMDCA R\$ _____
<input type="checkbox"/> ESTADUAL R\$ _____	<input type="checkbox"/> PRÓPRIOS R\$ _____
<input type="checkbox"/> FEDERAL R\$ _____	<input type="checkbox"/> OUTROS R\$ _____

CONFERE COM  
O ORIGINAL

*Gabriele*  
ASSINATURA

Processo executado por: 172.16.20.60

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

Situação de Tributação  
Tributada no Prestador

Código do Serviço

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

Deduções de Materiais  
**0,00**

Base de Cálculo (R\$)  
**12.400,00**

Aliquota (%)  
**0,0000%**

Vr do ISS (R\$)  
**0,00**

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 12.400,00**



## DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

Entidade: **Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu**

CNPJ: **52.739.950/0001-36**

Nome Pessoa Jurídica: **TGG NEONATOLOGIA SERVICOS MEDICOS SOCIEDADE SIMPLE**

Nome Pessoa Física: **Luis Francisco Barbero Gabriotti**

CNPJ/CPF.: **20.385.622/0001-92**

Especialidade: **Urologista**

**Convênio: PLANTÕES**

Competência: **12/2024**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
Semana/Final de semana	17	24 Horas	R\$ 800,00	R\$ 13.600,00
			Ajuste 50%	R\$ 12.400,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 12.400,00</b>

  
**Romildo Fontaniello**  
PROVEDOR

## 2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 21/01/2025 às 07:53:16

### Dados do Pagador

<b>Tipo de TED:</b> Terceiros	<b>Tipo Conta:</b> Tipo de conta não encontrada
<b>Nome:</b> IRM STA CASA MISERIC MOGI GUACU	<b>CPF/CNPJ:</b> 52.739.950/0001-36
<b>Conta Origem:</b> 04281/1292.000577217219-7	

### Dados do Recebedor

<b>Conta Destino:</b> 033/3208/00013002306-4	<b>CPF/CNPJ:</b> 20.385.622/0001-92
<b>Tipo Conta:</b> 01 - Conta Corrente	<b>Tipo Pessoa:</b> Jurídica
<b>Nome:</b> TGG NEONATOLOGIA SERVICOS MEDICOS SOCIED	<b>Valor:</b> R\$ 11.637,40
<b>Finalidade:</b> 10 - Crédito em Conta	<b>Valor Tarifa:</b> R\$ 12,00
<b>Histórico:</b>	

### Informações do Pagamento

<b>Data do Débito:</b> 20/01/2025	<b>Código da Operação:</b> 63161810
<b>Data da Operação:</b> 20/01/2025	<b>Chave de Segurança:</b> W7C9L6R6JQYK84W

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU**  
**SECRETARIA DA FAZENDA**  
**NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS**

Número da Nota - Série  
**000000001204 - E**

Autenticidade  
**R0EY-LT0R**

Data de Emissão  
**17/01/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** KONRADO TENORIO - EIRELI  
**CPF/CNPJ:** 29.249.772/0001-43 **IM:** 317957 **IE:** **Fone:** 19 3861-4511  
**Endereço:** CANDIDO RONDON,8 SALA A,CENTRO - CEP : 13840026  
**Município:** Mogi Guaçu **UF:** SP **E-mail:** KONRADOTENORIO@HOTMAIL.COM

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MOGI GU  
**CPF/CNPJ:** 52.739.950/0001-36 **IM:** 10286 **IE:** ISENTO **Fone:** 1938611313  
**Endereço:** RUA CHICO DE PAULA,608,CENTRO - CEP : 13840005  
**Município:** MOGI GUAÇU **UF:** SP **E-mail:** nfe@santacasamogiguacu.org.br

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**


SERVIÇO PRESTADO PELO DR. KONRADO TENORIO  
Convênio numero 05/SS/2024

**RETENÇÕES:**

ISSQN (3%) - R\$ 180,00  
IR (1,5%): R\$ 90,00  
CSRF (4,65%) - R\$ 279,00

Declaramos, sob a pena da lei, para fins da dispensa de retenção de contribuições previdenciárias de que trata o Art.219 do Decreto nº 3.048, de 06 de maio de 1999 C.C. Art. 120, Inciso III da Instrução Normativa RFB nº 971, de 13/11/2009, que os serviços são prestados por profissionais regulamentado por legislação federal, sendo os mesmos sócios civis, sem o concurso de empregados ou auxiliares.

CONFERE COM  
O ORIGINAL

  
ASSINATURA

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU  
TERMO DE CONVÊNIO N° 05/SS/2024  
FONTES DE RECURSO

<input checked="" type="checkbox"/> MUNICIPAL R\$ _____	<input type="checkbox"/> FMDCA R\$ _____
<input type="checkbox"/> ESTADUAL R\$ _____	<input type="checkbox"/> PROPRIOS R\$ _____
<input type="checkbox"/> FEDERAL R\$ _____	<input type="checkbox"/> OUTROS R\$ _____

Processo executado por: 172.16.20.60

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

Situação de Tributação  
Tributado no Tomador

Código do Serviço  
401 - Medicina e biomedicina.

Deduções de Materiais  
0,00

Base de Cálculo (R\$)  
6.000,00

Alíquota (%)  
3,0000%

Vr do ISS (R\$)  
180,00

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 6.000,00**

**DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS**

Entidade: **Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu**  
CNPJ: **52.739.950/0001-36**  
Nome Pessoa Jurídica: **KONRADO TENORIO EIRELI**  
Nome Pessoa Física: **Konrado Tenório**  
CNPJ/CPF.: **29.249.772/0001-43**  
Especialidade: **Radiologista**

**Convênio: PLANTÕES**  
Competência: 12/2024

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
Semana/Final de semana	7	24 Horas	R\$ 800,00	R\$ 5.600,00
Semana/Final de semana	1	12 Horas	R\$ 400,00	R\$ 400,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 6.000,00</b>

  
**Romildo Fontanella**  
PROVEDOR

## 2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 21/01/2025 às 07:53:16

### Dados do Pagador

<b>Tipo de TED:</b> Terceiros	<b>Tipo Conta:</b> Tipo de conta não encontrada
<b>Nome:</b> IRM STA CASA MISERIC MOGI GUACU	<b>CPF/CNPJ:</b> 52.739.950/0001-36
<b>Conta Origem:</b> 04281/1292.000577217219-7	

### Dados do Recebedor

<b>Conta Destino:</b> 237/0224/00000096649-5	<b>CPF/CNPJ:</b> 29.249.772/0001-43
<b>Tipo Conta:</b> 01 - Conta Corrente	<b>Tipo Pessoa:</b> Jurídica
<b>Nome:</b> KONRADO TENORIO LTDA	<b>Valor:</b> R\$ 5.451,00
<b>Finalidade:</b> 10 - Crédito em Conta	<b>Valor Tarifa:</b> R\$ 12,00
<b>Histórico:</b>	

### Informações do Pagamento

<b>Data do Débito:</b> 20/01/2025	<b>Código da Operação:</b> 63161811
<b>Data da Operação:</b> 20/01/2025	<b>Chave de Segurança:</b> AGGGCGPJZEHYST8W

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU**  
**SECRETARIA DA FAZENDA**  
**NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS**

Número da Nota - Série  
**000000003021 - E**

Autenticidade  
**O396-SPL3**

Data de Emissão  
**17/01/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** LACERDA & VEDOVATO GINECOLOGIA E UROLOGIA SS LTDA EPP  
**CPF/CNPJ:** 19.715.759/0001-89 **IM:** 274550 **IE:** ISENTA **Fone:** 1938317393  
**Endereço:** RUA OSVALDO DE CAMPOS,30,JARDIM CAMARGO I - CEP : 13840155  
**Município:** MOGI-GUACU **UF:** SP **E-mail:** bcesarv@yahoo.com.br

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MOGI GU  
**CPF/CNPJ:** 52.739.950/0001-36 **IM:** 10286 **IE:** ISENTO **Fone:** 1938611313  
**Endereço:** RUA CHICO DE PAULA,608,CENTRO - CEP : 13840005  
**Município:** MOGI GUAÇU **UF:** SP **E-mail:** nfe@santacasamogiguacu.org.br

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

Por favor emitir nota referente serviços prestados Plantões em Urologia em Dezembro de 2024 no Hospital da Santa Casa de Mogi Guaçu.

Convênio numero 05/SS/2024

Dr. Bruno. Vedovato CRMSP 135284  
Bruto: 12.400,00  
IR: 186,00  
CSLL, PIS, COFINS: 576,60  
Líquido a pagar: 11637,40

**CONFERE COM  
O ORIGINAL**

*gabriele*  
**ASSINATURA**

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU  
TERMO DE CONVÊNIO Nº **05/SS/2024**  
FONTES DE RECURSO  
 MUNICIPAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) FMDCA R\$ \_\_\_\_\_  
( ) ESTADUAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) PROPRIOS R\$ \_\_\_\_\_  
( ) FEDERAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) OUTROS R\$ \_\_\_\_\_

Processo executado por: 172.16.20.60

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

Situação de Tributação  
Tributada no Prestador

Código do Serviço

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

Deduções de Materiais  
**0,00**

Base de Cálculo (R\$)  
**12.400,00**

Alíquota (%)  
**-**

Vr do ISS (R\$)  
**-**

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 12.400,00**



**DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS**

Entidade: **Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu**

CNPJ: **52.739.950/0001-36**

Nome Pessoa Jurídica:

LACERDA E VEDOVATO GINECOLOGIA E UROLOGIA SS LTDA

Nome Pessoa Física:

Bruno Cesar Vedovato

CNPJ/CPF.:

19.715.759/0001-89

Especialidade:

Urologista

**Convênio: PLANTÕES**

Competência: 12/2024

<b>Dias da Semana</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Referência</b>	<b>Valor</b>	<b>Valor Total</b>
<b>Semana/Final de semana</b>	14	24 Horas	R\$ 800,00	R\$ 11.200,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 12.400,00</b>

  
**Romildo Fontaniello**  
PROVEDOR

## 2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 21/01/2025 às 07:53:16

### Dados do Pagador

<b>Tipo de TED:</b> Terceiros	<b>Tipo Conta:</b> Tipo de conta não encontrada
<b>Nome:</b> IRM STA CASA MISERIC MOGI GUACU	<b>CPF/CNPJ:</b> 52.739.950/0001-36
<b>Conta Origem:</b> 04281/1292.000577217219-7	

### Dados do Recebedor

<b>Conta Destino:</b> 033/3208/00013002274-0	<b>CPF/CNPJ:</b> 19.715.759/0001-89
<b>Tipo Conta:</b> 01 - Conta Corrente	<b>Tipo Pessoa:</b> Jurídica
<b>Nome:</b> LACERDA & VEDOVATO - GINECOLOGIA E UROL	<b>Valor:</b> R\$ 11.637,40
<b>Finalidade:</b> 10 - Crédito em Conta	<b>Valor Tarifa:</b> R\$ 12,00
<b>Histórico:</b>	

### Informações do Pagamento

<b>Data do Débito:</b> 20/01/2025	<b>Código da Operação:</b> 63161812
<b>Data da Operação:</b> 20/01/2025	<b>Chave de Segurança:</b> PH2A2GJ0NWHN2XJY

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU**  
**SECRETARIA DA FAZENDA**  
**NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS**

Número da Nota - Série  
**000000004547 - E**

Autenticidade  
**HNCF-OZDR**

Data de Emissão  
**17/01/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**



**Nome/Razão Social:** WFM SERVICOS MEDICOS S/S  
**CPF/CNPJ:** 08.979.287/0001-55 **IM:** 195626 **IE:** **Fone:** (19) 3851-8000  
**Endereço:** RUA JOAO RAMALHO,615,VILA PARAISO - CEP : 13843033  
**Município:** Mogi Guaçu **UF:** SP **E-mail:** elia.bonfim@empmed.com.br

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MOGI GU  
**CPF/CNPJ:** 52.739.950/0001-36 **IM:** 10286 **IE:** ISENTO **Fone:** 1938611313  
**Endereço:** RUA CHICO DE PAULA,608,CENTRO - CEP : 13840005  
**Município:** MOGI GUAÇU **UF:** SP **E-mail:** nfe@santacasamogiguacu.org.br

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

HONORÁRIOS MÉDICOS - WANDERLEI FRANCISCO M.DIAS

Base IRRF R\$: 12.083,00 - Vir R\$ 181,25 - Base PIS/Cofins/CSLL R\$ 12.083,00 - PIS R\$ 78,54 - Cofins R\$ 362,49 - CSLL R\$ 120,83 - Valor Aprox Tributos: 1369,00 (11,33%) - Fonte: IBPT

Valor Líquido R\$ 11.339,89

Vencimento: 20/01/2025

CONVÊNIO 05/SS/2024 -

NÃO SUJEITO A RETENÇÃO A SEGURIDADE SOCIAL, CONFORME ART-31 DA LEI-8.212/91, OS/INSS-209/99, IN/INSS-DC-100/03 E IN 971/09 ART.120 INCISO III. OS SERVIÇOS ACIMA DESCRITOS FORAM PRESTADOS PESSOALMENTE PELO(S) SÓCIO(S) E SEM O CONCURSO DE EMPREGADOS OU OUTROS CONTRIBUINTE INDIVIDUAIS. ISSQN ANUAL

CONFERE COM  
O ORIGINAL

ASSINATURA

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU  
TERMO DE CONVÊNIO Nº 05/SS/2024  
FONTES DE RECURSO  
 MUNICIPAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) FMDCA R\$ \_\_\_\_\_  
( ) ESTADUAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) PRÓPRIOS R\$ \_\_\_\_\_  
( ) FEDERAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) OUTROS R\$ \_\_\_\_\_

Processo executado por: 172.18.20.60

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

Situação de Tributação  
Tributada no Prestador

Código do Serviço

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

Deduções de Materiais  
0,00

Base de Cálculo (R\$)  
12.083,00

Aliquota (%)

Vr do ISS (R\$)

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 12.083,00**



## DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

Entidade: **Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu**

CNPJ: **52.739.950/0001-36**

Nome Pessoa Jurídica: **WFM SERVICOS MEDICOS SS**

Nome Pessoa Física: **Wanderlei Francisco Morari dias**

CNPJ/CPF.: **08.979.287/0001-55**

Especialidade: **Endoscopista**

**Convênio: PLANTÕES**

Competência: **12/2024**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
Semana/Final de semana	15	24 Horas	R\$ 800,00	R\$ 12.000,00
Semana/Final de semana	1	21 Horas	R\$ 700,00	R\$ 700,00
Semana/Final de semana	1	8 Horas	R\$ 266,00	R\$ 266,00
			Ajuste 50%	(-) 883
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 12.083,00</b>

  
**Romildo Fontaniello**  
PROVEDOR

## 2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 21/01/2025 às 07:53:16

### Dados do Pagador

<b>Tipo de TED:</b> Terceiros <b>Nome:</b> IRM STA CASA MISERIC MOGI GUACU <b>Conta Origem:</b> 04281/1292.000577217219-7	<b>Tipo Conta:</b> Tipo de conta não encontrada <b>CPF/CNPJ:</b> 52.739.950/0001-36
---	--

### Dados do Recebedor

<b>Conta Destino:</b> 033/3208/00013000401-2 <b>Tipo Conta:</b> 01 - Conta Corrente <b>Nome:</b> WFM SERVICOS MEDICOS S/S <b>Finalidade:</b> 10 - Crédito em Conta <b>Histórico:</b>	<b>CPF/CNPJ:</b> 08.979.287/0001-55 <b>Tipo Pessoa:</b> Jurídica <b>Valor:</b> R\$ 11.339,89 <b>Valor Tarifa:</b> R\$ 12,00
--	--

### Informações do Pagamento

<b>Data do Débito:</b> 20/01/2025 <b>Data da Operação:</b> 20/01/2025	<b>Código da Operação:</b> 63161825 <b>Chave de Segurança:</b> 2J0KY81A4SQH6GR0
--	--

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU**  
**SECRETARIA DA FAZENDA**  
**NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS**

Número da Nota - Série  
**000000004514 - E**

Autenticidade  
**I5XA-ZBUV**

Data de Emissão  
**17/01/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**



**Nome/Razão Social:** PRO ORTHOS CLINICA ESPECIALIZADA ORTOPEDIA SOCIEDADE SIMPLES  
**CPF/CNPJ:** 03.250.181/0001-00 **IM:** 134856 **IE:** **Fone:** 19 3851-8000  
**Endereço:** RUA MANOEL MENDES,1026,VL PINHEIRO - CEP : 13845284  
**Município:** Mogi Guaçu **UF:** SP **E-mail:** elia.bonfim@empmed.com.br

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MOGI GU  
**CPF/CNPJ:** 52.739.950/0001-36 **IM:** 10286 **IE:** ISENTO **Fone:** 1938611313  
**Endereço:** RUA CHICO DE PAULA,608,CENTRO - CEP : 13840005  
**Município:** MOGI GUAÇU **UF:** SP **E-mail:** nfe@santacasamogiguacu.org.br

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

HONORÁRIOS MÉDICOS - CARLOS LELIS ZANCO  
HONORÁRIOS MÉDICOS - MARCIO GOMES DE BARROS

Base IRRF R\$: 24.600,00 - Vir R\$ 369,00 - Base PIS/Cofins/CSLL R\$ 24.600,00 - PIS R\$ 159,90 - Cofins R\$ 738,00  
- CSLL R\$ 246,00 - Valor Aprox Tributos: 2787,18 (11,33%) - Fonte: IBPT

Valor Líquido R\$ 23.087,10

Vencimento: 20/01/2025

CONVÊNIO 05/SS/2024 -

NÃO SUJEITO A RETENÇÃO A SEGURIDADE SOCIAL, CONFORME ART-31 DA LEI-8.212/91, OS/INSS-209/99, IN/INSS-DC-100/03 E IN 971/09 ART.120 INCISO III. OS SERVIÇOS ACIMA DESCRITOS FORAM PRESTADOS PESSOALMENTE PELO(S) SÓCIO(S) E SEM O CONCURSO DE EMPREGADOS OU OUTROS CONTRIBUINTES INDIVIDUAIS. ISSQN ANUAL

CONFERE COM  
O ORIGINAL

*Assinatura*

ASSINATURA

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU  
TERMO DE CONVÊNIO N° 05/SS/2024  
FONTES DE RECURSO  
 MUNICIPAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) FMDCA R\$ \_\_\_\_\_  
( ) ESTADUAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) PRÓPRIOS R\$ \_\_\_\_\_  
( ) FEDERAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) OUTROS R\$ \_\_\_\_\_

Processo executado por: 172.16.20.60

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

Situação de Tributação  
Tributada no Prestador

Código do Serviço

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

Deduções de Materiais  
0,00

Base de Cálculo (R\$)  
24.600,00

Aliquota (%)

Vr do ISS (R\$)

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 24.600,00**



**DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS**

Entidade: **Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu**

CNPJ: **52.739.950/0001-36**

Nome Pessoa Jurídica: **PRO ORTHOS CLINICA ESPEC ORTOPEDIA SS**

Nome Pessoa Física: **Marcio Gomes de Barros**

CNPJ/CPF.: **03.250.181/0001-00**

Especialidade: **Ortopedista**

**Convênio: PLANTÕES**

Competência: **12/2024**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana</b>	1	24 Horas	R\$ 3.400,00	R\$ 3.400,00
<b>Final de semana</b>	4	24 Horas	R\$ 3.600,00	R\$ 14.400,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 17.800,00</b>

*R*  
**Romildo Fontaniello**  
PROVEDOR



## 2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 21/01/2025 às 07:53:16

### Dados do Pagador

<b>Tipo de TED:</b> Terceiros <b>Nome:</b> IRM STA CASA MISERIC MOGI GUACU <b>Conta Origem:</b> 04281/1292.000577217219-7	<b>Tipo Conta:</b> Tipo de conta não encontrada <b>CPF/CNPJ:</b> 52.739.950/0001-36
---	--

### Dados do Recebedor

<b>Conta Destino:</b> 033/3208/00013000470-6 <b>Tipo Conta:</b> 01 - Conta Corrente <b>Nome:</b> PRO ORTHOS CLINICA ESPECIALIZADA ORTOPED <b>Finalidade:</b> 10 - Crédito em Conta <b>Histórico:</b>	<b>CPF/CNPJ:</b> 03.250.181/0001-00 <b>Tipo Pessoa:</b> Jurídica <b>Valor:</b> R\$ 23.087,10 <b>Valor Tarifa:</b> R\$ 12,00
--	--

### Informações do Pagamento

<b>Data do Débito:</b> 20/01/2025 <b>Data da Operação:</b> 20/01/2025	<b>Código da Operação:</b> 63161826 <b>Chave de Segurança:</b> G05MHRN7PX29NG7V
--	--

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU**  
**SECRETARIA DA FAZENDA**  
**NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS**

Número da Nota - Série  
**000000000993 - E**  
Autenticidade  
**2ITU-IZSN**  
Data de Emissão  
**17/01/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** CEME - CENTRO MEDICO ESPECIALIZADO S/S  
**CPF/CNPJ:** 09.654.824/0001-50 **IM:** 325194 **IE:** **Fone:** 19 3806-3259  
**Endereço:** RUA GIORGIO GIUSEPPE STEFANO FURNO,85,DESMEMBRAMENTO FURNO - CEP : 13845302  
**Município:** Mogi Guaçu **UF:** SP **E-mail:** iazibordi@hotmail.com

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MOGI GU  
**CPF/CNPJ:** 52.739.950/0001-36 **IM:** 10286 **IE:** ISENTO **Fone:** 1938611313  
**Endereço:** RUA CHICO DE PAULA,608,CENTRO - CEP : 13840005  
**Município:** MOGI GUAÇU **UF:** SP **E-mail:** nfe@santacasamogiguacu.org.br

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

Nota fiscal referente serviços prestados Plantões 12/2024 - Dr. Alexandre  
Convênio numero 05/SS/2024

**IMPOSTOS RETIDOS**

PIS 0,65% - 5,20  
CSLL 1% - 8,00  
IR 1,5% - 12,00  
COFINS 3% - 24,00

**TOTAL LIQUIDO: 750,80**

**CONFERE COM  
O ORIGINAL**

*gabriele*  
**ASSINATURA**

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU  
TERMO DE CONVÊNIO Nº 05/SS/2024  
FONTES DE RECURSO

<input checked="" type="checkbox"/> MUNICIPAL R\$ _____	( ) FMDCA R\$ _____
( ) ESTADUAL R\$ _____	( ) PROPRIOS R\$ _____
( ) FEDERAL R\$ _____	( ) OUTROS R\$ _____

Processo executado por: 172.16.20.60

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

Situação de Tributação  
**Tributado no Tomador**

Código do Serviço

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

Deduções de Materiais  
**0,00**

Base de Cálculo (R\$)  
**800,00**

Aliquota (%)  
**3,0000%**

Vr do ISS (R\$)  
**24,00**

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 800,00**

**DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS**Entidade: **Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu**CNPJ: **52.739.950/0001-36**Nome Pessoa Jurídica: **CEME CENTRO MEDICO ESPECIALIZADO SS**Nome Pessoa Física: **Alexandre Mangilli Ayello**CNPJ/CPF.: **09.654.824/0001-50**Especialidade: **Nefrologista****Convênio: PLANTÕES**Competência: **12/2024**

<b>Dias da Semana</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Referência</b>	<b>Valor</b>	<b>Valor Total</b>
<b>Semana/Final de semana</b>	1	24 Horas	R\$ 800,00	R\$ 800,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 800,00</b>



**Romildo Fontaniello**  
PROVEDOR

**2ª Via - Comprovante de Transação TED**

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 21/01/2025 às 07:53:16

**Dados do Pagador**

<b>Tipo de TED:</b> Terceiros <b>Nome:</b> IRM STA CASA MISERIC MOGI GUACU <b>Conta Origem:</b> 04281/1292.000577217219-7	<b>Tipo Conta:</b> Tipo de conta não encontrada <b>CPF/CNPJ:</b> 52.739.950/0001-36
---	--

**Dados do Recebedor**

<b>Conta Destino:</b> 237/0402/00000089300-5 <b>Tipo Conta:</b> 01 - Conta Corrente <b>Nome:</b> CEME - CENTRO MEDICO ESPECIALIZADO S/S <b>Finalidade:</b> 10 - Crédito em Conta <b>Histórico:</b>	<b>CPF/CNPJ:</b> 09.654.824/0001-50 <b>Tipo Pessoa:</b> Jurídica <b>Valor:</b> R\$ 726,80 <b>Valor Tarifa:</b> R\$ 12,00
--	---

**Informações do Pagamento**

<b>Data do Débito:</b> 20/01/2025 <b>Data da Operação:</b> 20/01/2025	<b>Código da Operação:</b> 63161813 <b>Chave de Segurança:</b> P2PJN2RFXWPMWWF9
--	--

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)  
SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU**  
**SECRETARIA DA FAZENDA**  
**NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS**

Número da Nota - Série

**000000004940 - E**

Autenticidade

**WODJ-TH3R**

Data de Emissão

**17/01/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**



**Nome/Razão Social:** NF SERVICOS MEDICOS S/S

**CPF/CNPJ:** 06.183.408/0001-22

**IM:** 163023

**IE:**

**Fone:** 19 3851-8000

**Endereço:** AVENIDA LOTHÁRIO TEIXEIRA,342,PQ CIDADE NOVA - CEP : 13845430

**Município:** Mogi Guaçu

**UF:** SP

**E-mail:** elia.bonfim@empmed.com.br

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MOGI GU

**CPF/CNPJ:** 52.739.950/0001-36

**IM:** 10286

**IE:** ISENTO

**Fone:** 1938611313

**Endereço:** RUA CHICO DE PAULA,608,CENTRO - CEP : 13840005

**Município:** MOGI GUAÇU

**UF:** SP

**E-mail:** nfe@santacasamogiguacu.org.br

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

HONORÁRIOS MÉDICOS - FÁBIO MAXIMIANO MARTINI

Base IRRF R\$: 15.000,00 - Vlr R\$ 225,00 - Base PIS/Cofins/CSLL R\$ 15.000,00 - PIS R\$ 97,50 - Cofins R\$ 450,00 - CSLL R\$ 150,00 - Valor Aprox Tributos: 1699,50 (11,33%) - Fonte: IBPT

Valor Líquido R\$ 14.077,50

Vencimento: 20/01/2025

CONVÊNIO 05/SS/2024 -

NÃO SUJEITO A RETENÇÃO A SEGURIDADE SOCIAL, CONFORME ART-31 DA LEI-8.212/91, OS/INSS-209/99, IN/INSS-DC-100/03 E IN 971/09 ART.120 INCISO III. OS SERVIÇOS ACIMA DESCRITOS FORAM PRESTADOS PESSOALMENTE PELO(S) SÓCIO(S) E SEM O CONCURSO DE EMPREGADOS OU OUTROS CONTRIBUINTES INDIVIDUAIS. ISSQN ANUAL

CONFERE COM  
O ORIGINAL

*Gabrielle*

ASSINATURA

Processo executado por: 172.16-20.00

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

Situação de Tributação  
Tributada no Prestador

Código do Serviço

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

Deduções de Materiais  
0,00

Base de Cálculo (R\$)  
15.000,00

Aliquota (%)

-

Vr do ISS (R\$)

-

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 15.000,00**



## DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

Entidade: Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu

CNPJ: 52.739.950/0001-36

Nome Pessoa Jurídica: NF SERVIÇOS MEDICOS SS

Nome Pessoa Física: Fabio Maximiano Martini

CNPJ/CPF.: 06.183.408/0001-22

Especialidade: Vascular

**Convênio: PLANTÕES**

Competência: 12/2024

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
Semana/Final de semana	12	24 Horas	R\$ 800,00	R\$ 9.600,00
Semana/Final de semana	1	12 Horas	R\$ 400,00	R\$ 400,00
Semana/Final de semana	12	24 Horas	R\$ 400,00	R\$ 4.800,00
Semana/Final de semana	1	12 Horas	R\$ 200,00	R\$ 200,00
TOTAL A PAGAR				R\$ 15.000,00

  
Romildo Fontaniello  
PROVEDOR

## 2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 21/01/2025 às 07:53:16

### Dados do Pagador

<b>Tipo de TED:</b> Terceiros <b>Nome:</b> IRM STA CASA MISERIC MOGI GUACU <b>Conta Origem:</b> 04281/1292.000577217219-7	<b>Tipo Conta:</b> Tipo de conta não encontrada <b>CPF/CNPJ:</b> 52.739.950/0001-36
---	--

### Dados do Recebedor

<b>Conta Destino:</b> 033/3208/00013002353-8 <b>Tipo Conta:</b> 01 - Conta Corrente <b>Nome:</b> NF SERVICOS MEDICOS S/S <b>Finalidade:</b> 10 - Crédito em Conta <b>Histórico:</b>	<b>CPF/CNPJ:</b> 06.183.408/0001-22 <b>Tipo Pessoa:</b> Jurídica <b>Valor:</b> R\$ 14.077,50 <b>Valor Tarifa:</b> R\$ 12,00
---	--

### Informações do Pagamento

<b>Data do Débito:</b> 20/01/2025 <b>Data da Operação:</b> 20/01/2025	<b>Código da Operação:</b> 63161827 <b>Chave de Segurança:</b> Z1GY0C406P0N1J3T
--	--

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU**  
**SECRETARIA DA FAZENDA**  
**NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS**

Número da Nota - Série  
**000000000592 - E**

Autenticidade  
**RTL5-8UE2**

Data de Emissão  
**17/01/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**



**Nome/Razão Social:** MARTINS SERVICOS MEDICOS S/S  
**CPF/CNPJ:** 32.077.739/0001-98 **IM:** 319677 **IE:** **Fone:** 19 3851-8000  
**Endereço:** RUA VICENTE ORTIZ DE CAMARGO,80,JARDIM PLANALTO VERDE - CEP : 13843214  
**Município:** Mogi Guaçu **UF:** SP **E-mail:** elia.bonfim@empmed.com.br

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MOGI GU  
**CPF/CNPJ:** 52.739.950/0001-36 **IM:** 10286 **IE:** ISENT0 **Fone:** 1938611313  
**Endereço:** RUA CHICO DE PAULA,608,CENTRO - CEP : 13840005  
**Município:** MOGI GUAÇU **UF:** SP **E-mail:** nfe@santacasamogiguacu.org.br

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

HONORÁRIOS MÉDICOS- ISIS BARROSO FALSETE MARTINS

Base IRRF R\$: 1.800,00 - Vlr R\$ 27,00 - Base PIS/Cofins/CSLL R\$ 1.800,00 - PIS R\$ 11,70 - Cofins R\$ 54,00 -  
CSLL R\$ 18,00 - Valor Aprox Tributos: 203,94 (11,33%) - Fonte: IBPT

Valor Líquido R\$ 1.689,30

Vencimento: 20/01/2025

CONVÊNIO 05/SS/2024 -  
NÃO SUJEITO A RETENÇÃO A SEGURIDADE SOCIAL, CONFORME ART-31 DA LEI-8.212/91, OS/INSS-209/99,  
IN/INSS-DC-100/03 E IN 971/09 ART.120 INCISO III. OS SERVIÇOS ACIMA DESCRITOS FORAM PRESTADOS  
PESSOALMENTE PELO(S) SÓCIO(S) E SEM O CONCURSO DE EMPREGADOS OU OUTROS CONTRIBUINTES  
INDIVIDUAIS. ISSQN ANUAL

**CONFERE COM  
O ORIGINAL**

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU  
TERMO DE CONVÊNIO N° 05/SS/2024

FONTES DE RECURSO

MUNICIPAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) FMDCA R\$ \_\_\_\_\_  
 ESTADUAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) PRÓPRIOS R\$ \_\_\_\_\_  
 FEDERAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) OUTROS R\$ \_\_\_\_\_

*Gabrielle*  
**ASSINATURA**

Processo executado por: 172.16.20.60

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

Situação de Tributação  
Tributada no Prestador

Código do Serviço

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

Deduções de Materiais  
**0,00**

Base de Cálculo (R\$)  
**1.800,00**

Aliquota (%)  
**-**

Vr do ISS (R\$)  
**-**

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 1.800,00**

**DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS**



Entidade: **Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu**

CNPJ: **52.739.950/0001-36**

Nome Pessoa Jurídica: **MARTINS SERVIÇOS MEDICOS S/S**

Nome Pessoa Física: **Isis Barroso Falseti Martins**

CNPJ/CPF.: **32.077.739/0001-98**

Especialidade: **Obstetra**

**Convênio: PLANTÕES**

Competência: **12/2024**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
Final de Semana	1	12 Horas	R\$ 1.800,00	R\$ 1.800,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 1.800,00</b>

  
**Romildo Fontenla**  
**PROVEDOR**

## 2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 21/01/2025 às 07:53:16

### Dados do Pagador

<b>Tipo de TED:</b> Terceiros	<b>Tipo Conta:</b> Tipo de conta não encontrada
<b>Nome:</b> IRM STA CASA MISERIC MOGI GUACU	<b>CPF/CNPJ:</b> 52.739.950/0001-36
<b>Conta Origem:</b> 04281/1292.000577217219-7	

### Dados do Recebedor

<b>Conta Destino:</b> 033/3208/00013003386-7	<b>CPF/CNPJ:</b> 32.077.739/0001-98
<b>Tipo Conta:</b> 01 - Conta Corrente	<b>Tipo Pessoa:</b> Jurídica
<b>Nome:</b> MARTINS SERVICOS MEDICOS S/S	<b>Valor:</b> R\$ 1.689,30
<b>Finalidade:</b> 10 - Crédito em Conta	<b>Valor Tarifa:</b> R\$ 12,00
<b>Histórico:</b>	

### Informações do Pagamento

<b>Data do Débito:</b> 20/01/2025	<b>Código da Operação:</b> 63161828
<b>Data da Operação:</b> 20/01/2025	<b>Chave de Segurança:</b> FV758Q2ETL5HW25E

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU**  
**SECRETARIA DA FAZENDA**  
**NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS**

Número da Nota - Série  
**000000006945 - E**  
Autenticidade  
**7WU3-2RWI**  
Data de Emissão  
**17/01/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** RCJC SERVICO DE ANESTESIOLOGIA S/S  
**CPF/CNPJ:** 11.330.542/0001-49 **IM:** 221520 **IE:** **Fone:** 19 3861-1280  
**Endereço:** RUA CONSELHEIRO JOAO DIAS DE CAMPOS,46,PLANALTO JD. VERDE - CEP : 13843215  
**Município:** Mogi Guaçu **UF:** SP **E-mail:** floresicristiane@ig.com.br

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MOGI GU  
**CPF/CNPJ:** 52.739.950/0001-36 **IM:** 10286 **IE:** ISENT0 **Fone:** 1938611313  
**Endereço:** RUA CHICO DE PAULA,608,CENTRO - CEP : 13840005  
**Município:** MOGI GUAÇU **UF:** SP **E-mail:** nfe@santacasamogiguacu.org.br

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS  
SERVIÇO PRESTADO NÃO SUJEITO A RETENÇÃO DA SEGURIDADE SOCIAL, CONFORME ART. 31 LEI 8212/1991 – IN 971/2009 – SERVIÇOS ACIMA DESCRITOS FORAM PRESTADOS PESSOALMENTE PELO SÓCIO SEM O CONCURSO DE EMPREGADOS OU OUTROS CONTRIBUINTES INDIVIDUAIS  
ISSQN – ANUAL  
SERVIÇO PRESTADO REF PLANTÕES  
- COMPETÊNCIA DEZEMBRO/2024 - TERMO DE CONVÊNIO: NÚMERO: 05/SS/2024.  
SERVIÇO PRESTADO PELA DR JOÃO RICARDO FLORESI – CRM 104688  
VALOR BRUTO: R\$ 17.200,00  
RETENÇÕES  
IRRF = 1,5% = R\$ 258,00  
RETENÇÃO PIS/COFINS/CSLL - NOS TERMOS DA LEI 10.833/2003  
PIS = 0,65% = R\$ 111,80  
COFINS = 3% = R\$ 516,00  
CSLL = 1% = R\$ 172,00  
VALOR LIQUIDO A RECEBER R\$ 16.142,20  
DADOS BANCARIOS  
BANCO: SANTANDER – 033  
AGENCIA: 3208  
CONTA: 13.001487-7  
Serviço realizado em : MOGI GUAÇU

**CONFERE COM  
O ORIGINAL**

*Gabrielle*  
**ASSINATURA**

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU  
TERMO DE CONVÊNIO Nº 05/SS/2024  
FONTES DE RECURSO

MUNICIPAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) FMDCA R\$ \_\_\_\_\_  
 ESTADUAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) PROPRIOS R\$ \_\_\_\_\_  
 FEDERAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) OUTROS R\$ \_\_\_\_\_

Processo executado por: 172.16.20.60

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

Situação de Tributação  
Tributada no Prestador

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

Deduções de Materiais	Base de Cálculo (R\$)	Aliquota (%)	Vr do ISS (R\$)
0,00	17.200,00	-	-

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 17.200,00**



## DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

Entidade: **Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu**

CNPJ: **52.739.950/0001-36**

Nome Pessoa Jurídica: **RCJC SERVICOS DE ANESTESIOLOGIA SS LTDA**

Nome Pessoa Física: **João Ricardo Flores**

CNPJ/CPF.: **11.330.542/0001-49**

Especialidade: **Anestesiologista**

**Convênio: PLANTÕES**

Competência: **12/2024**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana</b>	4	24 Horas	R\$ 3.400,00	R\$ 13.600,00
<b>Final de semana</b>	1	24 Horas	R\$ 3.600,00	R\$ 3.600,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 17.200,00</b>

  
**Romildo Fontaniello**  
PROVEDOR

## 2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 21/01/2025 às 07:53:16

### Dados do Pagador

<b>Tipo de TED:</b> Terceiros	<b>Tipo Conta:</b> Tipo de conta não encontrada
<b>Nome:</b> IRM STA CASA MISERIC MOGI GUACU	<b>CPF/CNPJ:</b> 52.739.950/0001-36
<b>Conta Origem:</b> 04281/1292.000577217219-7	

### Dados do Recebedor

<b>Conta Destino:</b> 033/3208/00013001487-7	<b>CPF/CNPJ:</b> 11.330.542/0001-49
<b>Tipo Conta:</b> 01 - Conta Corrente	<b>Tipo Pessoa:</b> Juridica
<b>Nome:</b> RCJC SERVICO DE ANESTESIOLOGIA S/S	<b>Valor:</b> R\$ 16.142,20
<b>Finalidade:</b> 10 - Crédito em Conta	<b>Valor Tarifa:</b> R\$ 12,00
<b>Histórico:</b>	

### Informações do Pagamento

<b>Data do Débito:</b> 20/01/2025	<b>Código da Operação:</b> 63161815
<b>Data da Operação:</b> 20/01/2025	<b>Chave de Segurança:</b> 47UJ8MPYSQZ6Z3GU

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas; 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU**  
**SECRETARIA DA FAZENDA**  
**NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS**

Número da Nota - Série  
**000000006944 - E**

Autenticidade  
**4AGL-JN8P**

Data de Emissão  
**17/01/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** RCJC SERVICO DE ANESTESIOLOGIA S/S  
**CPF/CNPJ:** 11.330.542/0001-49 **IM:** 221520 **IE:** **Fone:** 19 3861-1280  
**Endereço:** RUA CONSELHEIRO JOAO DIAS DE CAMPOS,48,PLANALTO JD. VERDE - CEP : 13843215  
**Município:** Mogi Guaçu **UF:** SP **E-mail:** floresicristiane@ig.com.br

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MOGI GU  
**CPF/CNPJ:** 52.739.950/0001-36 **IM:** 10286 **IE:** ISENTO **Fone:** 1938611313  
**Endereço:** RUA CHICO DE PAULA,608,CENTRO - CEP : 13840005  
**Município:** MOGI GUAÇU **UF:** SP **E-mail:** nfe@santacasamogiguacu.org.br

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS  
SERVIÇO PRESTADO NÃO SUJEITO A RETENÇÃO DA SEGURIDADE SOCIAL, CONFORME ART. 31 LEI 8212/1991 – IN 971/2009 – SERVIÇOS ACIMA DESCRITOS FORAM PRESTADOS PESSOALMENTE PELO SÓCIO SEM O CONCURSO DE EMPREGADOS OU OUTROS CONTRIBUINTES INDIVIDUAIS  
ISSQN – ANUAL

SERVIÇO PRESTADO REF PLANTÕES  
- COMPETÊNCIA DEZEMBRO/2024 - TERMO DE CONVÊNIO: NÚMERO: 05/SS/2024.  
SERVIÇO PRESTADO PELA DRA CRISTIANE FRANCO FLORESI DE OLIVEIRA – CRM 94955  
VALOR BRUTO: R\$ 36.400,00

RETENÇÕES  
IRRF = 1,5% = R\$ 546,00  
RETENÇÃO PIS/COFINS/CSLL - NOS TERMOS DA LEI 10.833/2003  
PIS = 0,65% = R\$ 236,60  
COFINS = 3% = R\$ 1.092,00  
CSLL = 1% = R\$ 364,00  
VALOR LÍQUIDO A RECEBER R\$ 34.161,40  
DADOS BANCÁRIOS  
BANCO: SANTANDER – 033  
AGÊNCIA: 3208  
CONTA: 13.001487-7

Serviço realizado em : MOGI GUAÇU

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU  
TERMO DE CONVÊNIO N 05/SS/2024

FONTES DE RECURSO

MUNICIPAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) FMDCA R\$ \_\_\_\_\_  
( ) ESTADUAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) PRÓPRIOS R\$ \_\_\_\_\_  
( ) FEDERAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) OUTROS R\$ \_\_\_\_\_

**CONFERE COM  
O ORIGINAL**

*Gabrielle*  
ASSINATURA

Processo executado por: 172.16.20.60

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

Situação de Tributação  
Tributada no Prestador

Código do Serviço

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

Deduções de Materiais  
**0,00**

Base de Cálculo (R\$)  
**36.400,00**

Alíquota (%)  
**-**

Vr do ISS (R\$)  
**-**

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 36.400,00**



## DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

Entidade: **Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu**

CNPJ: **52.739.950/0001-36**

Nome Pessoa Jurídica: **RCJC SERVICOS DE ANESTESIOLOGIA SS LTDA**

Nome Pessoa Física: **Cristiane Franco Flores de Oliveira**

CNPJ/CPF.: **11.330.542/0001-49**

Especialidade: **Anestesiologista**

**Convênio: PLANTÕES**

Competência: **12/2024**

Dias da Semana	Quantidade	Referência		Valor		Valor Total
Semana	7	24 Horas	R\$	3.400,00	R\$	23.800,00
Final de semana	3	24 Horas	R\$	3.600,00	R\$	10.800,00
Semana dobra 31	1	12 Horas	R\$	1.800,00	R\$	1.800,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>					<b>R\$</b>	<b>36.400,00</b>

  
**Romildo Fontaniello**  
PROVEDOR

## 2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 21/01/2025 às 07:53:16

### Dados do Pagador

<b>Tipo de TED:</b> Terceiros	<b>Tipo Conta:</b> Tipo de conta não encontrada
<b>Nome:</b> IRM STA CASA MISERIC MOGI GUACU	<b>CPF/CNPJ:</b> 52.739.950/0001-36
<b>Conta Origem:</b> 04281/1292.000577217219-7	

### Dados do Recebedor

<b>Conta Destino:</b> 033/3208/00013001487-7	<b>CPF/CNPJ:</b> 11.330.542/0001-49
<b>Tipo Conta:</b> 01 - Conta Corrente	<b>Tipo Pessoa:</b> Jurídica
<b>Nome:</b> RCJC SERVICO DE ANESTESIOLOGIA S/S	<b>Valor:</b> R\$ 34.161,40
<b>Finalidade:</b> 10 - Crédito em Conta	<b>Valor Tarifa:</b> R\$ 12,00
<b>Histórico:</b>	

### Informações do Pagamento

<b>Data do Débito:</b> 20/01/2025	<b>Código da Operação:</b> 63161817
<b>Data da Operação:</b> 20/01/2025	<b>Chave de Segurança:</b> 4UW04EWRZQULCSN3

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU**  
**SECRETARIA DA FAZENDA**  
**NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS**

Número da Nota - Série  
**000000001516 - E**

Autenticidade  
**PSB9-ISOK**

Data de Emissão  
**17/01/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** MED CENTER CIRURGIA PLASTICA - EIRELI  
**CPF/CNPJ:** 05.315.058/0001-48 **IM:** 147990 **IE:** ISENTA **Fone:** 19-3891-1352  
**Endereço:** RUA JOSE RENATO MARTINI,250,DESMEMBRAMENTO FURNO - CEP : 13845304  
**Município:** MOGI GUACU **UF:** SP **E-mail:** cirurgia.plastica@hotmail.com

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MOGI GU  
**CPF/CNPJ:** 52.739.950/0001-36 **IM:** 10286 **IE:** ISENTO **Fone:** 1938611313  
**Endereço:** RUA CHICO DE PAULA,608,CENTRO - CEP : 13840005  
**Município:** MOGI GUAÇU **UF:** SP **E-mail:** nfe@santacasamogiguacu.org.br

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

Referente a Serviços Prestados Plantões  
Convênio número 05/SS/2024

Dr. (a) Reynaldo Luis Lucon CRM: 85.434

IRRF 1,5% R\$ 192,00  
C.S.L.L 1% R\$ 128,00  
COFINS 3% R\$ 384,00  
PIS/PASEP 0,65% R\$ 83,20  
ISSQN 3% R\$ 384,00  
Valor Líquido: R\$ 11.628,80

Total aproximado dos Tributos (16,14%) Fonte: IBPT

CONFERE COM  
O ORIGINAL

*Gabrielle*  
ASSINATURA

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU  
TERMO DE CONVÊNIO N° 05/SS/2024  
FONTES DE RECURSO

<input checked="" type="checkbox"/> MUNICIPAL R\$ _____	( ) FMDCA R\$ _____
( ) ESTADUAL R\$ _____	( ) PRÓPRIOS R\$ _____
( ) FEDERAL R\$ _____	( ) OUTROS R\$ _____

Processo executado por: 172.16.20.60

**Consulte a autenticidade desta Nota Fiscal através  
do site: <http://www.mogiguacu.sp.gov.br>  
Valor aprox. dos tributos (Lei nº 12.741/2012):  
R\$ 384,00 - Aliq: 3,00%**

Situação de Tributação  
Tributado no Tomador

Código do Serviço

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

Deduções de Materiais  
**0,00**

Base de Cálculo (R\$)  
**12.800,00**

Alíquota (%)  
**3,0000%**

Vr do ISS (R\$)  
**384,00**

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 12.800,00**

**DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS**



Entidade: **Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu**

CNPJ: **52.739.950/0001-36**

Nome Pessoa Jurídica: **MED CENTER CIRURGIA PLÁSTICA - EIRELI**

Nome Pessoa Física: **Reynaldo Luis Lucon**

CNPJ/CPF.: **05.315.058/0001-48**

Especialidade: **Cirurgião Plástico**

**Convênio: PLANTÕES**

Competência: **12/2024**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana/Final de semana</b>	5	24 Horas	R\$ 800,00	R\$ 4.000,00
<b>Semana/Final de semana</b>	22	12 Horas	R\$ 400,00	R\$ 8.800,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 12.800,00</b>

  
**Romildo Fontaniello**  
 PROVEDOR

## 2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 21/01/2025 às 07:53:16

### Dados do Pagador

<b>Tipo de TED:</b> Terceiros <b>Nome:</b> IRM STA CASA MISERIC MOGI GUACU <b>Conta Origem:</b> 04281/1292.000577217219-7	<b>Tipo Conta:</b> Tipo de conta não encontrada <b>CPF/CNPJ:</b> 52.739.950/0001-36
---	--

### Dados do Recebedor

<b>Conta Destino:</b> 033/3208/00013001617-8 <b>Tipo Conta:</b> 01 - Conta Corrente <b>Nome:</b> MED CENTER CIRURGIA PLASTICA LTDA <b>Finalidade:</b> 10 - Crédito em Conta <b>Histórico:</b>	<b>CPF/CNPJ:</b> 05.315.058/0001-48 <b>Tipo Pessoa:</b> Jurídica <b>Valor:</b> R\$ 11.628,80 <b>Valor Tarifa:</b> R\$ 12,00
---	--

### Informações do Pagamento

<b>Data do Débito:</b> 20/01/2025 <b>Data da Operação:</b> 20/01/2025	<b>Código da Operação:</b> 63161821 <b>Chave de Segurança:</b> UWCVTT1FJJNVG5ZV
--	--

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU**  
**SECRETARIA DA FAZENDA**  
**NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS**

Número da Nota - Série  
**000000003028 - E**

Autenticidade  
**IWLV-2X6Z**

Data de Emissão  
**17/01/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**



**Nome/Razão Social:** JOAO CONRADO SERVICOS MEDICOS - LTDA  
**CPF/CNPJ:** 33.015.323/0001-08 **IM:** 320366 **IE:** **Fone:** 19 3851-8000  
**Endereço:** RUA JOSÉ PEDRINI,105,CENTRO - CEP : 13840053  
**Município:** Mogi Guaçu **UF:** SP **E-mail:** elia.bonfim@empmed.com.br

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MOGI GU  
**CPF/CNPJ:** 52.739.950/0001-36 **IM:** 10286 **IE:** ISENT0 **Fone:** 1938611313  
**Endereço:** RUA CHICO DE PAULA,608,CENTRO - CEP : 13840005  
**Município:** MOGI GUAÇU **UF:** SP **E-mail:** nfe@santacasamogiguacu.org.br

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

HONORÁRIOS MÉDICOS - JOÃO CONRADO B. DOS REIS  
HONORÁRIOS MÉDICOS- THIAGO DARCADIA DOS REIS


Base IRRF R\$: 12.317,00 - Vlr R\$ 184,76 - Base PIS/Cofins/CSLL R\$ 12.317,00 - PIS R\$ 80,06 - Cofins R\$ 369,51  
- CSLL R\$ 123,17 - Valor Aprox Tributos: 1765,02 (14,33%) - Fonte: IBPT

Valor Líquido R\$ 11.559,50

Vencimento: 20/01/2025

CONVÊNIO 05/SS/2024 -  
NÃO SUJEITO A RETENÇÃO A SEGURIDADE SOCIAL, CONFORME ART-31 DA LEI-8.212/91, OS/INSS-209/99,  
IN/INSS-DC-100/03 E IN 971/09 ART.120 INCISO III. OS SERVIÇOS ACIMA DESCRITOS FORAM PRESTADOS  
PESSOALMENTE PELO(S) SÓCIO(S) E SEM O CONCURSO DE EMPREGADOS OU OUTROS CONTRIBUINTES  
INDIVIDUAIS.

**CONFERE COM  
O ORIGINAL**

  
**ASSINATURA**

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU  
TERMO DE CONVÊNIO N° 05/SS/2024

FONTES DE RECURSO

MUNICIPAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) FMDCA R\$ \_\_\_\_\_  
( ) ESTADUAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) PRÓPRIOS R\$ \_\_\_\_\_  
( ) FEDERAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) OUTROS R\$ \_\_\_\_\_

Processo executado por: 472.16.20.60  
**Consulte a autenticidade desta Nota Fiscal através  
do site: <http://www.mogiguacu.sp.gov.br>**

Situação de Tributação  
Tributada no Prestador

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

Deduções de Materiais	Base de Cálculo (R\$)	Aliquota (%)	Vr do ISS (R\$)
0,00	12.317,00	-	-

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 12.317,00**



**DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS**

Entidade: **Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu**

CNPJ: **52.739.950/0001-36**

Nome Pessoa Jurídica: **JOAO CONRADO SERVICOS MEDICOS-EIRELI**

Nome Pessoa Física: **João Conrado Bueno dos Reis**

CNPJ/CPF.: **33.015.323/0001-08**

Especialidade: **Endoscopista**

**Convênio: PLANTÕES**

Competência: **12/2024**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana/Final de semana</b>	14	24 Horas	R\$ 800,00	R\$ 11.200,00
			<b>Ajuste 50%</b>	<b>(+) 883</b>
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 12.083,00</b>

  
**Romildo Pontanello**  
**PROVEDOR**



### DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

Entidade: **Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu**

CNPJ: **52.739.950/0001-36**

Nome Pessoa Jurídica: **JOAO CONRADO SERVICOS MEDICOS-EIRELI**

Nome Pessoa Física: **Thiago Darcadia dos Reis**

CNPJ/CPF.: **33.015.323/0001-08**

Especialidade: **Endoscopista**

**Convênio: PLANTÕES**

Competência: **12/2024**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor		Valor Total
<b>Semana/Final de semana</b>	1	3 Horas	R\$	100,00	R\$ 100,00
<b>Semana/Final de semana</b>	1	4 Horas	R\$	134,00	R\$ 134,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>					<b>R\$ 234,00</b>

  
**Romildo Fontanello**  
 PROVEDOR

## 2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 21/01/2025 às 07:53:16

### Dados do Pagador

<b>Tipo de TED:</b> Terceiros <b>Nome:</b> IRM STA CASA MISERIC MOGI GUACU <b>Conta Origem:</b> 04281/1292.000577217219-7	<b>Tipo Conta:</b> Tipo de conta não encontrada <b>CPF/CNPJ:</b> 52.739.950/0001-36
---	--

### Dados do Recebedor

<b>Conta Destino:</b> 237/0224/00000015627-2 <b>Tipo Conta:</b> 01 - Conta Corrente <b>Nome:</b> JOAO CONRADO SERVICOS MEDICOS SS <b>Finalidade:</b> 10 - Crédito em Conta <b>Histórico:</b>	<b>CPF/CNPJ:</b> 33.015.323/0001-08 <b>Tipo Pessoa:</b> Jurídica <b>Valor:</b> R\$ 11.559,50 <b>Valor Tarifa:</b> R\$ 12,00
--	--

### Informações do Pagamento

<b>Data do Débito:</b> 20/01/2025 <b>Data da Operação:</b> 20/01/2025	<b>Código da Operação:</b> 63161818 <b>Chave de Segurança:</b> VVQZH5TK3WSAFK20
--	--

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU**  
**SECRETARIA DA FAZENDA**  
**NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS**

Número da Nota - Série  
**000000006943 - E**  
Autenticidade  
**X3U8-S711**  
Data de Emissão  
**17/01/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** RCJC SERVICO DE ANESTESIOLOGIA S/S  
**CPF/CNPJ:** 11.330.542/0001-49 **IM:** 221520 **IE:** **Fone:** 19 3861-1280  
**Endereço:** RUA CONSELHEIRO JOAO DIAS DE CAMPOS,48,PLANALTO JD. VERDE - CEP : 13843215  
**Município:** Mogi Guaçu **UF:** SP **E-mail:** floresicristiane@ig.com.br

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MOGI GU  
**CPF/CNPJ:** 52.739.950/0001-36 **IM:** 10286 **IE:** ISENT0 **Fone:** 1938611313  
**Endereço:** RUA CHICO DE PAULA,608,CENTRO - CEP : 13840005  
**Município:** MOGI GUAÇU **UF:** SP **E-mail:** nfe@santacasamogiguacu.org.br

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS  
SERVIÇO PRESTADO NÃO SUJEITO A RETENÇÃO DA SEGURIDADE SOCIAL, CONFORME ART. 31 LEI 8212/1991 – IN 971/2009 – SERVIÇOS ACIMA DESCRITOS FORAM PRESTADOS PESSOALMENTE PELO SÓCIO SEM O CONCURSO DE EMPREGADOS OU OUTROS CONTRIBUINTES INDIVIDUAIS

ISSQN – ANUAL

SERVIÇO PRESTADO REF PLANTÕES

- COMPETÊNCIA DEZEMBRO/2024 - TERMO DE CONVÊNIO: NÚMERO: 05/SS/2024

SERVIÇO PRESTADO PELA DR CARLOS AUGUSTO DOS SANTOS BORGES – CRM 110149

VALOR BRUTO: R\$ 25.800,00

RETENÇÕES

IRRF = 1,5% = R\$ 387,00

RETENÇÃO PIS/COFINS/CSLL - NOS TERMOS DA LEI 10.833/2003

PIS = 0,65% = R\$ 167,70

COFINS = 3% = R\$ 774,00

CSLL = 1% = R\$ 258,00

VALOR LIQUIDO A RECEBER R\$ 24.213,30

DADOS BANCARIOS

BANCO: SANTANDER – 033

AGENCIA: 3208

CONTA: 13.001487-7

Serviço realizado em : MOGI GUAÇU

CONFERE COM

ORIGINAL

*Godrely*  
ASSINATURA

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU

TERMO DE CONVÊNIO Nº 05/SS/2024

FONTES DE RECURSO

MUNICIPAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) FMDCA R\$ \_\_\_\_\_  
( ) ESTADUAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) PRÓPRIOS R\$ \_\_\_\_\_  
( ) FEDERAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) OUTROS R\$ \_\_\_\_\_

Processo executado por: 172.16.20.60

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

Situação de Tributação  
Tributada no Prestador

Código do Serviço

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

Deduções de Materiais  
0,00

Base de Cálculo (R\$)  
25.800,00

Aliquota (%)

-

Vr do ISS (R\$)

-

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 25.800,00**



## DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

Entidade: **Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu**

CNPJ: **52.739.950/0001-36**

Nome Pessoa Jurídica: **RCJC SERVICOS DE ANESTESIOLOGIA SS LTDA**

Nome Pessoa Física: **Carlos Augusto dos Santos Borges**

CNPJ/CPF.: **11.330.542/0001-49**

Especialidade: **Anestesiologista**

**Convênio: PLANTÕES**

Competência: **12/2024**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana</b>	6	24 Horas	R\$ 3.400,00	R\$ 20.400,00
<b>Final de semana</b>	1	24 Horas	R\$ 3.600,00	R\$ 3.600,00
<b>dobra 24</b>	1	12 Horas	R\$ 1.800,00	R\$ 1.800,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 25.800,00</b>

  
**Romildo Fontaniello**  
PROVEDOR

**2ª Via - Comprovante de Transação TED**

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 21/01/2025 às 07:53:16

**Dados do Pagador**

**Tipo de TED:** Terceiros

**Nome:** IRM STA CASA MISERIC MOGI GUACU

**Conta Origem:** 04281/1292.000577217219-7

**Tipo Conta:** Tipo de conta não encontrada

**CPF/CNPJ:** 52.739.950/0001-36

**Dados do Recebedor**

**Conta Destino:** 033/3208/00013001487-7

**Tipo Conta:** 01 - Conta Corrente

**Nome:** RCJC SERVICO DE ANESTESIOLOGIA S/S

**Finalidade:** 10 - Crédito em Conta

**Histórico:**

**CPF/CNPJ:** 11.330.542/0001-49

**Tipo Pessoa:** Jurídica

**Valor:** R\$ 24.213,30

**Valor Tarifa:** R\$ 12,00

**Informações do Pagamento**

**Data do Débito:** 20/01/2025

**Data da Operação:** 20/01/2025

**Código da Operação:** 63161819

**Chave de Segurança:** HTCYE64JENFPQR69

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU**  
**SECRETARIA DA FAZENDA**  
**NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS**

Número da Nota - Série  
**00000001139 - E**  
Autenticidade  
**PFOU-4PWF**  
Data de Emissão  
**17/01/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** AB RADIOLOGIA E DIAGNOSTICOS POR IMAGEM EIRELI  
**CPF/CNPJ:** 33.877.632/0001-97 **IM:** 320846 **IE:** ISENTA **Fone:** 19-38912459  
**Endereço:** RUA OCTAVIO CAVEANHA,95,JARDIM CAMARGO I - CEP : 13840153  
**Município:** MOGI-GUACU **UF:** SP **E-mail:** andrebrunheroto@gmail.com

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MOGI GU  
**CPF/CNPJ:** 52.739.950/0001-36 **IM:** 10286 **IE:** ISENTO **Fone:** 1938611313  
**Endereço:** RUA CHICO DE PAULA,608,CENTRO - CEP : 13840005  
**Município:** MOGI GUAÇU **UF:** SP **E-mail:** nfe@santacasamogiguacu.org.br

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

SERVIÇOS PRESTADOS REFERENTE À PLANTÕES REALIZADOS EM DEZEMBRO/2024  
DR. ANDRÉ BRUNHEROTO - CRM 169033/SP

**RETENÇÕES:**

-CSRF 4,65% R\$ 241,80

-IRRF 1,50% R\$ 78,00

-ISSQN 3,00%

-INSS não sujeito a retenção

Contrato não sujeito a retenção a Seguridade Social conforme ARTIGO 31 da LEI 8.212/91, OS/INSS-209/99, IN/INSS-DC-100/03 E IN/MPS-SRP-03/2005.

Os serviços acima descritos foram prestados pessoalmente pelo(s) sócio(s) e sem o concurso de empregados ou outros contribuintes individuais.

Valor aproximado dos tributos: Federal 13,45% / Municipal 3,30%

ESSA NOTA SERÁ LIQUIDADADA NO TERMO DE Convênio numero 05/SS/2024

**CONFERE COM  
O ORIGINAL**

*gabrielle*  
**ASSINATURA**

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU  
TERMO DE CONVÊNIO N.º 05/SS/2024  
FONTES DE RECURSO

<input checked="" type="checkbox"/> MUNICIPAL R\$ _____	( ) FMDCA R\$ _____
( ) ESTADUAL R\$ _____	( ) PRÓPRIOS R\$ _____
( ) FEDERAL R\$ _____	( ) OUTROS R\$ _____

Processo executado por: 172.16.20.60

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

Situação de Tributação  
**Tributado no Tomador**

**Código do Serviço**

**402 - Análises clínicas, patologia, eletricidade médica, radioterapia, quimioterapia, ultra-sonografia, ressonância magnética, radiologia, tomografia e congêneres.**

Deduções de Materiais  
**0,00**

Base de Cálculo (R\$)  
**5.200,00**

Alíquota (%)  
**3,0000%**

Vr do ISS (R\$)  
**156,00**

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 5.200,00**



## DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

Entidade: **Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu**

CNPJ: **52.739.950/0001-36**

Nome Pessoa Jurídica: **AB RADIOLOGIA E DIAGNOSTICOS POR IMAGEM EIRELI**

Nome Pessoa Física: **Andre Brunheroto**

CNPJ/CPF.: **33.877.632/0001-97**

Especialidade: **Radiologista**

**Convênio: PLANTÕES**

Competência: **12/2024**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
Semana/Final de semana	6	24 Horas	R\$ 800,00	R\$ 4.800,00
Semana/Final de semana	1	12 Horas	R\$ 400,00	R\$ 400,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 5.200,00</b>

**Romildo Fontaniello**  
PROVEDOR

## 2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 21/01/2025 às 07:53:16

### Dados do Pagador

**Tipo de TED:** Terceiros

**Nome:** IRM STA CASA MISERIC MOGI GUACU

**Conta Origem:** 04281/1292.000577217219-7

**Tipo Conta:** Tipo de conta não encontrada

**CPF/CNPJ:** 52.739.950/0001-36

### Dados do Recebedor

**Conta Destino:** 237/0224/00000099777-3

**Tipo Conta:** 01 - Conta Corrente

**Nome:** AB RADIOLOGIA E DIAGNOSTICOS POR IMAGEM

**Finalidade:** 10 - Crédito em Conta

**Histórico:**

**CPF/CNPJ:** 33.877.632/0001-97

**Tipo Pessoa:** Jurídica

**Valor:** R\$ 4.724,20

**Valor Tarifa:** R\$ 12,00

### Informações do Pagamento

**Data do Débito:** 20/01/2025

**Data da Operação:** 20/01/2025

**Código da Operação:** 63161816

**Chave de Segurança:** N7X75ZXMLMHY1X4TX

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU**  
**SECRETARIA DA FAZENDA**  
**NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS**

Número da Nota - Série  
**00000009055 - E**

Autenticidade  
**8Z8H-WOSV**

Data de Emissão  
**17/01/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**



**Nome/Razão Social:** RPM SERVICOS MEDICOS SOCIEDADE SIMPLES  
**CPF/CNPJ:** 12.843.826/0001-00 **IM:** 231541 **IE:** **Fone:** 19 3851-8000  
**Endereço:** RUA MANOEL DE PAULA,173,CAPELA - CEP : 13840085  
**Município:** Mogi Guaçu **UF:** SP **E-mail:** elia.bonfim@empmed.com.br

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MOGI GU  
**CPF/CNPJ:** 52.739.950/0001-36 **IM:** 10286 **IE:** ISENT0 **Fone:** 1938611313  
**Endereço:** RUA CHICO DE PAULA,608,CENTRO - CEP : 13840005  
**Município:** MOGI GUAÇU **UF:** SP **E-mail:** nfe@santacasamogiguacu.org.br

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

HONORÁRIOS MÉDICOS - RICARDO SUAREZ CASTEDO

Base IRRF R\$: 9.600,00 - Vlr R\$ 144,00 - Base PIS/Cofins/CSLL R\$ 9.600,00 - PIS R\$ 62,40 - Cofins R\$ 288,00 - CSLL R\$ 96,00 - Valor Aprox Tributos: 1087,68 (11,33%) - Fonte: IBPT

Valor Líquido R\$ 9.009,60

Vencimento: 20/01/2025

CONVÊNIO 05/SS/2024 -  
NÃO SUJEITO A RETENÇÃO A SEGURIDADE SOCIAL, CONFORME ART-31 DA LEI-8.212/91, OS/INSS-209/99, IN/INSS-DC-100/03 E IN 971/09 ART.120 INCISO III. OS SERVIÇOS ACIMA DESCRITOS FORAM PRESTADOS PESSOALMENTE PELO(S) SÓCIO(S) E SEM O CONCURSO DE EMPREGADOS OU OUTROS CONTRIBUINTES INDIVIDUAIS. ISSQN ANUAL

CONFERE COM  
O ORIGINAL

*Gabrielle*

ASSINATURA

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU  
TERMO DE CONVÊNIO N° 05/SS/2024  
FONTES DE RECURSO

<input checked="" type="checkbox"/> MUNICIPAL R\$ _____	<input type="checkbox"/> FMDCA R\$ _____
<input type="checkbox"/> ESTADUAL R\$ _____	<input type="checkbox"/> PROPRIOS R\$ _____
<input type="checkbox"/> FEDERAL R\$ _____	<input type="checkbox"/> OUTROS R\$ _____

Processo executado por: 112.16.20.60

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

Situação de Tributação  
Tributada no Prestador

Código do Serviço

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

Deduções de Materiais  
0,00

Base de Cálculo (R\$)  
9.600,00

Alíquota (%)

-

Vr do ISS (R\$)

-

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 9.600,00**

DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS



Entidade: Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu

CNPJ: 52.739.950/0001-36

Nome Pessoa Jurídica: RPM SERVICOS MEDICOS SOCIEDADE SIMPLES

Nome Pessoa Física: Ricardo Suarez Castedo

CNPJ/CPF.: 12.843.826/0001-00

Especialidade: Vascular

Convênio: PLANTÕES

Competência: 12/2024

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
Semana/Final de semana	8	24 Horas	R\$ 800,00	R\$ 6.400,00
Semana/Final de semana	8	24 Horas	R\$ 400,00	R\$ 3.200,00
TOTAL A PAGAR				R\$ 9.600,00

*[Handwritten Signature]*  
 Romildo Fontaniello  
 PROVEDOR

## 2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 21/01/2025 às 07:53:16

### Dados do Pagador

**Tipo de TED:** Terceiros

**Nome:** IRM STA CASA MISERIC MOGI GUACU

**Conta Origem:** 04281/1292.000577217219-7

**Tipo Conta:** Tipo de conta não encontrada

**CPF/CNPJ:** 52.739.950/0001-36

### Dados do Recebedor

**Conta Destino:** 033/3208/00013002147-1

**Tipo Conta:** 01 - Conta Corrente

**Nome:** RPM SERVICOS MEDICOS SOCIEDADE SIMPLES

**Finalidade:** 10 - Crédito em Conta

**Histórico:**

**CPF/CNPJ:** 12.843.826/0001-00

**Tipo Pessoa:** Jurídica

**Valor:** R\$ 9.009,60

**Valor Tarifa:** R\$ 12,00

### Informações do Pagamento

**Data do Débito:** 20/01/2025

**Data da Operação:** 20/01/2025

**Código da Operação:** 63161823

**Chave de Segurança:** 68FRURSY09V8THGX

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU**  
**SECRETARIA DA FAZENDA**  
**NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS**

Número da Nota - Série  
**000000047647 - E**

Autenticidade  
**X7NV-HZLQ**

Data de Emissão  
**17/01/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**



**Nome/Razão Social:** S. D. R. SERVICOS E DIAGNOSTICOS RADIOLOGICOS GUACUANO S/S  
**CPF/CNPJ:** 15.379.135/0001-87 **IM:** 247707 **IE:** **Fone:** 19 3851-8000  
**Endereço:** RUA INÁCIO FRANCO ALVES,561 SALA 18,PQ CIDADE NOVA - CEP : 13845420  
**Município:** Mogi Guaçu **UF:** SP **E-mail:** elia.bonfim@empmed.com.br

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MOGI GU  
**CPF/CNPJ:** 52.739.950/0001-36 **IM:** 10286 **IE:** ISENTO **Fone:** 1938611313  
**Endereço:** RUA CHICO DE PAULA,608,CENTRO - CEP : 13840005  
**Município:** MOGI GUAÇU **UF:** SP **E-mail:** nfe@santacasamogiguacu.org.br

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

HONORÁRIOS MÉDICOS - FABIANO A. B. GODINHO

Base IRRF R\$: 3.200,00 - Vlr R\$ 48,00 - Base PIS/Cofins/CSLL R\$ 3.200,00 - PIS R\$ 20,80 - Cofins R\$ 96,00 - CSLL R\$ 32,00 - Valor Aprox Tributos: 362,56 (11,33%) - Fonte: IBPT

Valor Líquido R\$ 3.003,20

Vencimento: 20/01/2025

CONVÊNIO 05/SS/2024 -  
NÃO SUJEITO A RETENÇÃO A SEGURIDADE SOCIAL, CONFORME ART-31 DA LEI-8.212/91, OS/INSS-209/99, IN/INSS-DC-100/03 E IN 971/09 ART.120 INCISO III. OS SERVIÇOS ACIMA DESCRITOS FORAM PRESTADOS PESSOALMENTE PELO(S) SÓCIO(S) E SEM O CONCURSO DE EMPREGADOS OU OUTROS CONTRIBUINTES INDIVIDUAIS. ISSQN ANUAL

**CONFERE COM  
O ORIGINAL**

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU  
TERMO DE CONVÊNIO N° 05/SS/2024  
FONTES DE RECURSO  
 MUNICIPAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) FMDCA R\$ \_\_\_\_\_  
 ESTADUAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) PRÓPRIOS R\$ \_\_\_\_\_  
 FEDERAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) OUTROS R\$ \_\_\_\_\_

*Gabrielle*

ASSINATURA

Processo executado por: 172.16.20.60

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

Situação de Tributação  
Tributada no Prestador

Código do Serviço

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

Deduções de Materiais  
**0,00**

Base de Cálculo (R\$)  
**3.200,00**

Aliquota (%)  
**0,0000%**

Vr do ISS (R\$)  
**0,00**

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 3.200,00**



### DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

Entidade: **Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu**

CNPJ: **52.739.950/0001-36**

Nome Pessoa Jurídica: **S D R SERVICOS E DIAGNOSTICOS RADIOL GUACUANO SS**

Nome Pessoa Física: **Fabiano Augusto Brumati Godinho**

CNPJ/CPF.: **15.379.135/0001-87**

Especialidade: **Radiologista**

**Convênio: PLANTÕES**

Competência: **12/2024**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana/Final de semana</b>	<b>4</b>	<b>24 Horas</b>	<b>R\$ 800,00</b>	<b>R\$ 3.200,00</b>
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 3.200,00</b>

  
**Romildo Fontaniello**  
PROVEDOR

## 2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 21/01/2025 às 07:53:16

### Dados do Pagador

**Tipo de TED:** Terceiros

**Nome:** IRM STA CASA MISERIC MOGI GUACU

**Conta Origem:** 04281/1292.000577217219-7

**Tipo Conta:** Tipo de conta não encontrada

**CPF/CNPJ:** 52.739.950/0001-36

### Dados do Recebedor

**Conta Destino:** 033/3208/00013001819-4

**Tipo Conta:** 01 - Conta Corrente

**Nome:** S.D.R. SERVICOS E DIAGNOSTICOS RADIOLOGI

**Finalidade:** 10 - Crédito em Conta

**Histórico:**

**CPF/CNPJ:** 15.379.135/0001-87

**Tipo Pessoa:** Jurídica

**Valor:** R\$ 3.003,20

**Valor Tarifa:** R\$ 12,00

### Informações do Pagamento

**Data do Débito:** 20/01/2025

**Data da Operação:** 20/01/2025

**Código da Operação:** 63161822

**Chave de Segurança:** H3F9H027E6GTZARX

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU**  
**SECRETARIA DA FAZENDA**  
**NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS**

Número da Nota - Série  
**00000002865 - E**

Autenticidade  
**32FJ-4V97**

Data de Emissão  
**17/01/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**



**Nome/Razão Social:** GODOI, FILETI E BUENO SERVICOS MEDICOS S/S  
**CPF/CNPJ:** 06.182.358/0001-69 **IM:** 163058 **IE:** **Fone:** 19 3851-8000  
**Endereço:** RUA FAUSTINO CUSTÓDIO DOS SANTOS,23,PQ CIDADE NOVA - CEP : 13845425  
**Município:** Mogi Guaçu **UF:** SP **E-mail:** elia.bonfim@empmed.com.br

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MOGI GU  
**CPF/CNPJ:** 52.739.950/0001-36 **IM:** 10286 **IE:** ISENT0 **Fone:** 1938611313  
**Endereço:** RUA CHICO DE PAULA,608,CENTRO - CEP : 13840005  
**Município:** MOGI GUAÇU **UF:** SP **E-mail:** nfe@santacasamogiguacu.org.br

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

HONORÁRIOS MÉDICOS - LUIS A. FRANCO DE GODOI

Base IRRF R\$: 11.900,00 - Vlr R\$ 178,50 - Base PIS/Cofins/CSLL R\$ 11.900,00 - PIS R\$ 77,35 - Cofins R\$ 357,00  
- CSLL R\$ 119,00 - Valor Aprox Tributos: 1348,27 (11,33%) - Fonte: IBPT

Valor Líquido R\$ 11.168,15

Vencimento: 20/01/2025

CONVÊNIO 05/SS/2024 -  
NÃO SUJEITO A RETENÇÃO A SEGURIDADE SOCIAL, CONFORME ART-31 DA LEI-8.212/91, OS/INSS-209/99,  
IN/INSS-DC-100/03 E IN 971/09 ART.120 INCISO III. OS SERVIÇOS ACIMA DESCRITOS FORAM PRESTADOS  
PESSOALMENTE PELO(S) SÓCIO(S) E SEM O CONCURSO DE EMPREGADOS OU OUTROS CONTRIBUINTES  
INDIVIDUAIS. ISSQN ANUAL

CONFERE COM  
O ORIGINAL

ASSINATURA

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU  
TERMO DE CONVÊNIO N 05/SS/2024

FONTES DE RECURSO

MUNICIPAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) FMDCA R\$ \_\_\_\_\_  
( ) ESTADUAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) PRÓPRIOS R\$ \_\_\_\_\_  
( ) FEDERAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) OUTROS R\$ \_\_\_\_\_

Processo executado por: 172.16.20.60

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

Situação de Tributação  
Tributada no Prestador

Código do Serviço

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

Deduções de Materiais  
0,00

Base de Cálculo (R\$)  
11.900,00

Alíquota (%)

-

Vr do ISS (R\$)

-

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 11.900,00**

**DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS**Entidade: **Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu**CNPJ: **52.739.950/0001-36**Nome Pessoa Jurídica: **GODOI FILETI E BUENO SERVICOS MEDICOS SS EPP**Nome Pessoa Física: **Luis Antonio Franco de Godoi**CNPJ/CPF.: **06.182.358/0001-69**Especialidade: **Pediatra/Neonatologista****Convênio: PLANTÕES**Competência: **12/2024**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
Semana/Final de semana	5	12 Horas	R\$ 1.700,00	R\$ 8.500,00
Semana/Final de semana	4	6 Horas	R\$ 850,00	R\$ 3.400,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 11.900,00</b>

  
Romildo Fontaniello  
PROVEDOR

## 2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 21/01/2025 às 07:53:16

### Dados do Pagador

**Tipo de TED:** Terceiros

**Nome:** IRM STA CASA MISERIC MOGI GUACU

**Conta Origem:** 04281/1292.000577217219-7

**Tipo Conta:** Tipo de conta não encontrada

**CPF/CNPJ:** 52.739.950/0001-36

### Dados do Recebedor

**Conta Destino:** 237/0224/00000096528-6

**Tipo Conta:** 01 - Conta Corrente

**Nome:** GODOI, FILETI E BUENO SERVICOS MEDICOS S

**Finalidade:** 10 - Crédito em Conta

**Histórico:**

**CPF/CNPJ:** 06.182.358/0001-69

**Tipo Pessoa:** Jurídica

**Valor:** R\$ 11.168,15

**Valor Tarifa:** R\$ 12,00

### Informações do Pagamento

**Data do Débito:** 20/01/2025

**Data da Operação:** 20/01/2025

**Código da Operação:** 63161820

**Chave de Segurança:** MHFEJLWNWLW39FAM

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU**  
**SECRETARIA DA FAZENDA**  
**NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS**

Número da Nota - Série  
**000000000197 - E**

Autenticidade  
**8AFD-H52E**

Data de Emissão  
**20/01/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** CARVALHO ZAGO SOCIEDADE SIMPLES  
**CPF/CNPJ:** 55.191.792/0001-10 **IM:** 329590 **IE:** **Fone:** 194042-6133  
**Endereço:** RUA RUA ACURCIO ALVES RAMOS,278,PARQUE CIDADE NOVA - CEP : 13845418  
**Município:** MOGI GUACU **UF:** SP **E-mail:** drthiagozago@gmail.com

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MOGI GU  
**CPF/CNPJ:** 52.739.950/0001-36 **IM:** 10286 **IE:** ISENTO **Fone:** 1938611313  
**Endereço:** RUA CHICO DE PAULA,608,CENTRO - CEP : 13840005  
**Município:** MOGI GUAÇU **UF:** SP **E-mail:** nfe@santacasamogiguacu.org.br

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

Serviços prestados pelo sócio DR THIAGO MESSIAS ZAGO  
Referente serviços prestados Plantões DEZEMBRO/2024

Convênio numero 05/SS/2024

Retenção:  
IR (1,5%) R\$ 30,00  
CSLL (1%) R\$ 20,00  
COFINS (3%) R\$ 60,00  
PIS (0.65%) R\$ 13,00  
TOTAL DESC. R\$ 123,00  
VALOR LIQUIDO R\$ 1877,00

**CONFERE COM  
O ORIGINAL**

*gabriele*  
**ASSINATURA**

Obs.: A) Não incide a retenção de INSS (Dispensada á retenção da previdência, por serviços profissionais regulamentados pela Legislação Federal, conforme Parágrafo 2º Art. 120 Ins. 3 da IN 971 de 13/11/2009.B) Não incide a retenção do ISSQN (ISSQN FIXO)

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU  
TERMO DE CONVÊNIO Nº 05/SS/2024  
FONTES DE RECURSO  
 MUNICIPAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) FMDCA R\$ \_\_\_\_\_  
( ) ESTADUAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) PRÓPRIOS R\$ \_\_\_\_\_  
( ) FEDERAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) OUTROS R\$ \_\_\_\_\_

Processo executado por: 172.16.20.60

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

Situação de Tributação  
Tributada no Prestador

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

Deduções de Materiais  
0,00

Base de Cálculo (R\$)  
2.000,00

Alíquota (%)  
-

Vr do ISS (R\$)  
-

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 2.000,00**



## 2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 21/01/2025 às 07:53:16

### Dados do Pagador

<b>Tipo de TED:</b> Terceiros <b>Nome:</b> IRM STA CASA MISERIC MOGI GUACU <b>Conta Origem:</b> 04281/1292.000577217219-7	<b>Tipo Conta:</b> Tipo de conta não encontrada <b>CPF/CNPJ:</b> 52.739.950/0001-36
---	--

### Dados do Recebedor

<b>Conta Destino:</b> 756/3122/00000865114-0 <b>Tipo Conta:</b> 01 - Conta Corrente <b>Nome:</b> CARVALHO ZAGO SOCIEDADE SIMPLES <b>Finalidade:</b> 10 - Crédito em Conta <b>Histórico:</b>	<b>CPF/CNPJ:</b> 55.191.792/0001-10 <b>Tipo Pessoa:</b> Jurídica <b>Valor:</b> R\$ 1.877,00 <b>Valor Tarifa:</b> R\$ 12,00
---	---

### Informações do Pagamento

<b>Data do Débito:</b> 20/01/2025 <b>Data da Operação:</b> 20/01/2025	<b>Código da Operação:</b> 75215829 <b>Chave de Segurança:</b> MR6K7EQHPAS6NC05
--	--

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

# Nota Fiscal de Serviços Eletrônica (NFS-e)

**SANTOS OLIVEIRA CLINICA MEDICA LTDA**  
 RUA RUA DA LIBERDADE, 58 - SALA 01  
 CEP: 13820-000 - Bairro: JARDIM SÃO GERÔNIMO  
 Município: Monte Alegre do Sul - SP  
 E-mail: contato@piassacontabilidade.com.br  
 Fone: (19) 3808-2815



Número da NFS-e

**202500000000098**

Data do Serviço

**17/01/2025**

Código Verificador

**72bce98f7**

**CNPJ / CPF**      **Inscrição Estadual**      **Inscrição Municipal**  
 49.976.692/0001-05      \*\*\*\*      541264



**Prefeitura Municipal da Estância Hidromineral de Monte Alegre do Sul/SP**  
**Fiscalização**  
 Fone: (19) 3899-9120 - montealegredosul.govbr.cloud/NFSe.Portal

Dt. de Emissão

17/01/2025

Exigibilidade ISS

Exigível

Tributado no Município

Monte Alegre do Sul/SP

**TOMADOR DO SERVIÇO**

**Município de Prestação do Serviço**

Monte Alegre do Sul/SP

Nome / Razão Social  
**IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MOGI GUACU**

Endereço  
**CHICO DE PAULA,608**

Cidade  
**Mogi Guaçu**      UF **SP**      Fone **(19) 3861-1313**      CEP **13840-005**

Bairro  
**CENTRO**

CNPJ / CPF / NIF      Inscrição Municipal      Inscrição Estadual  
**52.739.950/0001-36**

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**

Serviços Prestados - Plantões - Dr. Marcelo Dos S Oliveira - CRM:240847  
 Convênio numero 05/SS/2024.

CONFERE COM  
O ORIGINAL  
ASSINATURA

42.900,00

2,00

858,00

Não

Dados para recebimento  
 BANCO SICOOB  
 AG: 3122  
 C.C: 853652-0

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUACU  
 TERMO DE CONVÊNIO Nº 05/SS/2024  
 FONTES DE RECURSO  
 MUNICIPAL R\$ ( ) FMDCA R\$ \_\_\_\_\_  
 ESTADUAL R\$ ( ) PRÓPRIOS R\$ \_\_\_\_\_  
 FEDERAL R\$ ( ) OUTROS R\$ \_\_\_\_\_

Código do Serviço      Código NBS  
 04.01 - Medicina e biomedicina.      \*\*\*\*\*

CIDE	COFINS	COFINS Importação	ICMS	IOF	IPI	PIS/PASEP	PIS/PASEP Importação
0,00	1.287,00	0,00	0,00	0,00	0,00	278,85	0,00

Base Cálculo ISSQN Próprio	Valor do ISSQN Próprio	Base Cálculo ISSQN Retido	Valor do ISSQN Retido	Valor Total do ISSQN	Valor Dedução/Descontos
42.900,00	858,00	0,00	0,00	858,00	0,00

**Valor Total da NFS-e**      42.900,00      **Valor Líquido da NFS-e**      40.261,65

**Informações Adicionais**

Lei 12741/2012: Mun: R\$1394,25; Est: R\$0,00; Fed: R\$5770,05; Total Aprox: R\$7164,30. Fonte: IBPT.  
 IR Retido: R\$643,50  
 Retenções: COFINS R\$ 1.287,00;PIS R\$ 278,85;CSLL R\$ 429,00;



Consulta realizada em 17/01/2025 às 16:43:06.

Para consultar a autenticidade acesse: [montealegredosul.govbr.cloud/NFSe.Portal](http://montealegredosul.govbr.cloud/NFSe.Portal)



20250000000009872bce98f749976692000105

Recebi(emos) de SANTOS OLIVEIRA CLINICA MEDICA LTDA  os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado.  _____ Data      Identificação e assinatura do recebedor	Número da NFS-e 202500000000098  Competência 17/01/2025  NFS-e 72bce98f7	Número de Controle do Município
--	---	---------------------------------

Consulta realizada em 17/01/2025 às 16:43:06.

Para consultar a autenticidade acesse: [montealegredosul.govbr.cloud/NFSe.Portal](http://montealegredosul.govbr.cloud/NFSe.Portal)



## DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

Entidade: **Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu**

CNPJ: **52.739.950/0001-36**

Nome Pessoa Jurídica: SANTOS OLIVEIRA CLINICA MEDICA LTDA

Nome Pessoa Física: Marcelo dos Santos

CNPJ/CPF.: 49.976.692/0001-05

Especialidade: Clínico

**Convênio: PLANTÕES**

Competência: 12/2024

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
Semana	6	06 Horas	R\$ 850,00	R\$ 5.100,00
Semana	9	12 Horas	R\$ 1.700,00	R\$ 15.300,00
Final de semana	3	06 Horas	R\$ 900,00	R\$ 2.700,00
Final de semana	11	12 Horas	R\$ 1.800,00	R\$ 19.800,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 42.900,00</b>

  
Romildo Fontaniello  
PROVEDOR

21/01/2025



### Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

#### Detalhes do pagamento

**ID da transação:** E0036030520250120175900133615120  
**Situação:** EFETIVADA    **Data e Hora:** 20/01/2025 às 16:03:01  
**Valor Original:** R\$ 40.261,65    **Valor Atualizado:** R\$ 40.261,65    **Tarifa:** R\$ 8,50  
**Detalhes:** NF 98

#### Origem

**Nome:** IRM STA CASA MISERIC MOGI GUACU  
**CNPJ:** 52.739.950/0001-36  
**Instituição:** CAIXA ECONOMICA FEDERAL

#### Destino

**Nome:** SANTOS OLIVEIRA CLINICA MEDICA LTDA  
**CNPJ:** 49.976.692/0001-05  
**Instituição:** CC CREDINTER

**Código da operação:** 41374868093  
**Chave de segurança:** 1F4NV0ENM517UJKA

Caso tenha dúvidas ou não reconheça esta transação, entre em contato com o Alô CAIXA e informe o ID Transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)  
SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492



**PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPIRA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE NEGÓCIOS DA FAZENDA**  
**FISCALIZAÇÃO TRIBUTÁRIA**

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

Número da Nota - Série  
**00000000112 - 1**

Autenticidade  
**BFZB-GZNB**

Data de Emissão  
**20/01/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

**CPF/CNPJ:** 50.317.987/0001-40 **IM:** 110437 **IE:** **Fone:** (19)3863-1589  
**Nome/Razão Social:** MAGALHAES RL MEDICAL LTDA  
**Endereço:** RUA DOUTOR JOSÉ SECCHI,85 SALA 01 - CEP : 13975010  
**Bairro:** CHÁCARA SANTA FÉ  
**Município:** Itapira **UF:** SP **E-mail:** fiscal@escritoriojuvenal.com.br

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

**CPF/CNPJ:** 52.739.950/0001-36 **IM:** **IE:** **Fone:** (19) 3861-1313  
**Nome/Razão Social:** IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MOGI GUACU  
**Endereço:** RUA R CHICO DE PAULA,608 - CEP : 13840005 **Bairro:** CENTRO  
**Município:** MOGI-GUACU **UF:** SP **E-mail:** nfe@santacasamogiguacu.org.br

**ESTE DOCUMENTO SUBSTITUI A NFS-e Nº 111**

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

Prestação de serviço referente plantões em dezembro de 2024, convênio 05/SS/2024, pelo Dr. Cesar de Magalhães Rocha Leonello.

Valor: R\$44.800,00  
Desconto: R\$10.290,00

Conta corrente para depósito:  
Banco do Brasil.  
Agencia - 0171-6  
C/C - 00000058904-7.

CHAVE PIX: 50.317.987/0001-40 (CNPJ).

**CONFERE COM**  
**O ORIGINAL**

*Gabrielle*  
**ASSINATURA**

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUACU  
TERMO DE CONVÊNIO Nº 05/SS/2024  
FONTES DE RECURSO  
 MUNICIPAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) FMDCA R\$ \_\_\_\_\_  
 L.C. 1423/2006 \_\_\_\_\_ ( ) PRÓPRIOS R\$ \_\_\_\_\_  
 FEDERAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) OUTROS R\$ \_\_\_\_\_

Documento Emitido por Optante do Simples Nacional, de acordo com a

Processo executado por: 172.16.20.60

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

Situação de Tributação  
**Tributada no Prestador**

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

Código do Serviço  
**401 - Medicina e biomedicina.**

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

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

Deduções de Materiais	Base de Cálculo (R\$)	Aliquota (%)	Valor do ISS (R\$)
0,00	44.800,00	3,530%	1.581,44

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 44.800,00**



## DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

Entidade: **Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu**

CNPJ: **52.739.950/0001-36**

Nome Pessoa Jurídica: **MAGALHAES RL MEDICAL LTDA**

Nome Pessoa Física: **Cesar de Magalhães Rocha Leonello**

CNPJ/CPF.: **50.317.987/0001-40**

Especialidade: **Clinico**

**Convênio: PLANTÕES**

Competência: **12/2024**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana</b>	16	12 Horas	R\$ 1.700,00	R\$ 27.200,00
<b>Semana</b>	2	6 Horas	R\$ 850,00	R\$ 1.700,00
<b>Final de semana</b>	6	12 Horas	R\$ 1.800,00	R\$ 10.800,00
<b>Semana dobra 24</b>	1	12 Horas	R\$ 1.700,00	R\$ 1.700,00
<b>Semana dobra 25</b>	1	12 Horas	R\$ 1.700,00	R\$ 1.700,00
<b>Semana dobra 31</b>	1	12 Horas	R\$ 1.700,00	R\$ 1.700,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 44.800,00</b>

  
**Romildo Fontanella**  
PROVEDOR

22/01/2025

GERENCIADOR  
**CAIXA**



### Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

#### Detalhes do pagamento

**ID da transação:** E003603052025012112498248a7aaba4  
**Situação:** EFETIVADA      **Data e Hora:** 21/01/2025 às 10:49:29  
**Valor Original:** R\$ 34.510,00      **Valor Atualizado:** R\$ 34.510,00      **Tarifa:** R\$ 8,50  
**Detalhes:** NF 112

#### Origem

**Nome:** IRM STA CASA MISERIC MOGI GUACU  
**CNPJ:** 52.739.950/0001-36  
**Instituição:** CAIXA ECONOMICA FEDERAL

#### Destino

**Nome:** MAGALHAES RL MEDICAL LTDA  
**CNPJ:** 50.317.987/0001-40  
**Instituição:** BANCO DO BRASIL S.A.

**Código da operação:** 41407507604  
**Chave de segurança:** 1F4NV0ENM517UJKA

Caso tenha dúvidas ou não reconheça esta transação, entre em contato com o Alô CAIXA e informe o ID Transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU**  
**SECRETARIA DA FAZENDA**  
**NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS**

Número da Nota - Série  
**000000000005 - E**

Autenticidade  
**S87V-MF4P**

Data de Emissão  
**20/01/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** SFB SAUDE DA MULHER SOCIEDADE SIMPLES UNIPessoal LTDA  
**CPF/CNPJ:** 57.609.557/0001-41 **IM:** 329881 **IE:** **Fone:** 194042-6133  
**Endereço:** RUA RUA INACIO FRANCO ALVES,877,PARQUE CIDADE NOVA - CEP : 13845420  
**Município:** MOGI GUACU **UF:** SP **E-mail:** CONTATO@AUDISER.COM.BR

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MOGI GU  
**CPF/CNPJ:** 52.739.950/0001-36 **IM:** 10286 **IE:** ISENTO **Fone:** 1938611313  
**Endereço:** RUA CHICO DE PAULA,608,CENTRO - CEP : 13840005  
**Município:** MOGI GUAÇU **UF:** SP **E-mail:** nfe@santacasamogiguacu.org.br

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

Serviços prestados pelo sócio SYLVIA MARIA DE OLIVEIRA FONTES  
Referente serviços prestados Plantões DEZEMBRO/2024.

Convênio numero 05/SS/2024

Retenção:

IR (1.5%) R\$ 310,50

CSLL (1%) R\$ 207,00

COFINS (3%) R\$ 621,00

PIS (0.65%) R\$ 134,55

TOTAL DESC R\$ 1.273,05

DESC PAGTO R\$ 5.799,93 (Ref. pagamento em duplicidade no dia 03/12 - NF 729)

TOTAL DESC R\$7.072,98

VALOR LIQUIDO R\$ 13.627,02

CONFERE COM  
O ORIGINAL

*Gabrielle*  
ASSINATURA

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU

TERMO DE CONVÊNIO Nº 05/SS/2024

FONTES DE RECURSO

MUNICIPAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) FMDCA R\$ \_\_\_\_\_

( ) ESTADUAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) PROPRIOS R\$ \_\_\_\_\_

Obs.: A) Não incide a retenção de INSS (Dispensada a retenção da previdência, por serviços profissionais regulamentados pela Legislação Federal, conforme Parágrafo 2º Art. 120 Ins. 3 da IN 971 de 13/11/2009.B) Não incide a retenção do ISSQN (ISSQN FIXO

Processo executado por: 172.16.20.60

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

Situação de Tributação  
Tributado no Tomador

Código do Serviço

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

Deduções de Materiais  
0,00

Base de Cálculo (R\$)  
20.700,00

Alíquota (%)  
3,0000%

Vr do ISS (R\$)  
621,00

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 20.700,00**



**DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS**

Entidade: **Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu**

CNPJ: **52.739.950/0001-36**

Nome Pessoa Jurídica: **SFB SAUDE DA MULHER SOCIEDADE SIMPLES UNIPESSOAL LTDA**

Nome Pessoa Física: **Sylvia Maria de Oliveira Vicente de Biazzì**

CNPJ/CPF.: **57.609.557/0001-41**

Especialidade: **Obstetra**

**Convênio: PLANTÕES**

Competência: **12/2024**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana</b>	9	12 Horas	R\$ 1.700,00	R\$ 15.300,00
<b>Final de Semana</b>	2	12 Horas	R\$ 1.800,00	R\$ 3.600,00
<b>dobra dia 25</b>	1	12 Horas	R\$ 1.800,00	R\$ 1.800,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 20.700,00</b>

  
**Romildo Fontaniello**  
PROVEDOR

22/01/2025



## Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

### Detalhes do pagamento

<b>ID da transação:</b> E003603052025012112523bdf0d11d8b
<b>Situação:</b> EFETIVADA <b>Data e Hora:</b> 21/01/2025 às 10:49:46
<b>Valor Original:</b> R\$ 13.006,02 <b>Valor Atualizado:</b> R\$ 13.006,02 <b>Tarifa:</b> R\$ 8,50
<b>Detalhes:</b> NF 5

### Origem

<b>Nome:</b> IRM STA CASA MISERIC MOGI GUACU
<b>CNPJ:</b> 52.739.950/0001-36
<b>Instituição:</b> CAIXA ECONOMICA FEDERAL

### Destino

<b>Nome:</b> SFB SAUDE DA MULHER SOCIEDADE SIMPLES UNIPessoal L
<b>CNPJ:</b> 57.609.557/0001-41
<b>Instituição:</b> CC CREDINTER

<b>Código da operação:</b> 41407513106
<b>Chave de segurança:</b> 1F4NV0ENM517UJKA

Caso tenha dúvidas ou não reconheça esta transação, entre em contato com o Alô CAIXA e informe o ID Transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492



**PM DE AGUAS DE LINDOIA**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE AGUAS DE LINDOIA**  
**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e**



**Número da NFS-e**  
**214**  
 Código de Verificação de Autenticidade  
**FFAGHKJ09**  
 Data e Hora de Emissão da NFS-e  
**17/01/2025 às 15:13:23**  
 Chave de Acesso  
 6964358B8REBGMXWOLP10T3S9HPX8K

Para certificação da autenticidade acesse  
<http://transparencia.aguasdelindoia.sp.gov.br:5661/issweb>, menu consultas e informe os dados desta NFS-e.

**Informações Fiscais**

Exigibilidade do ISS Exigível	Número do Processo	Município de Incidência do ISS AGUAS DE LINDOIA-SP	Local da Prestação AGUAS DE LINDOIA - SP
Número do RPS	Série do RPS	Tipo do RPS	Data do RPS
			Competência 17/01/2025
Optante Simples Nacional 2 - Não	Incentivo Fiscal 2 - Não	Regime Especial Tributação Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP) 03 - Sobre Faturamento	Tipo ISS

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

CPF/CNPJ 36.599.034/0001-91	RG/Inscrição Estadual	Inscrição Municipal 000010000	Cadastro 000041692	Nome/Razão Social CAMILLA SANTANA FERREIRA CLINICA MEDICA LTDA
Logradouro RUA ARGENTINA, 41			Complemento SALA 76	Bairro CENTRO
CEP 13940-000	Cidade AGUAS DE LINDOIA-SP		Telefone	E-mail

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

CPF/CNPJ/Documento 52.739.950/0001-36	RG/Inscrição Estadual	Inscrição Municipal	Nome/Razão Social IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MOGI GUACU
Logradouro Rua Chico de Paula, 608			Complemento
CEP/Cod.Postal 13840-005	Cidade/País MOGI GUACU - SP		Cod. IBGE 3530706
			Telefone
			Bairro Centro
			E-mail

**Discriminação dos Serviços**

Qtde.	Un. Medida	Descrição	Vir. Unitário	Total
1,00	UN	Referente serviços prestados Plantões 12/2024 Convênio numero 05/SS/2024	24.500,00	RS 24.500,00

CONFERE COM  
O ORIGINAL

*Gabriele*  
ASSINATURA

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUACU  
 TERMO DE CONVÊNIO Nº 05/SS/2024  
 FONTES DE RECURSO

MUNICIPAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) FMDCA R\$ \_\_\_\_\_  
 ESTADUAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) PRÓPRIOS R\$ \_\_\_\_\_  
 FEDERAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) OUTROS R\$ \_\_\_\_\_

**Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS**

LC 116/2003: 04.03	Aliquota	Atividade Município	Código CNAE	Código da Obra	Código ART
Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, am...	4,00%	0000040000003			
Valor Total dos Serviços	Desconto Incondicionado	Deduções Base Cálculo	Base de Cálculo	Total do ISS	ISS Retido
R\$ 24.500,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 24.500,00	R\$ 980,00	2 - Não
					Desconto Condicionado
					R\$ 0,00

**Retenções de Impostos**

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

Valor Líquido da NFS-e: R\$ 24.500,00

Val. Aprox. Tributos:

**Informações Complementares**

Conta PJ - NUBANK  
 Banco: 0260  
 Agência: 0001  
 Conta: 706689818-6  
 PIX CNPJ 36.599.034/0001-91

RECEBI(EMOS) DE **CAMILLA SANTANA FERREIRA CLINICA MEDICA LTDA** O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO **214** E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO **FFAGHKJ09**.

Data

CPF/RG

Assinatura



## DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

Entidade: **Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu**

CNPJ: **52.739.950/0001-36**

Nome Pessoa Jurídica: CAMILLA SANTANA FERREIRA CLINICA MEDICA

Nome Pessoa Física: Camilla Santana Ferreira

CNPJ/CPF.: 36.599.034/000191

Especialidade: Obstetra

**Convênio: PLANTÕES**

Competência: 12/2024

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana</b>	7	12 Horas	R\$ 1.700,00	R\$ 11.900,00
<b>Final de Semana</b>	4	12 Horas	R\$ 1.800,00	R\$ 7.200,00
<b>dobra dia 24</b>	1	12 Horas	R\$ 1.800,00	R\$ 1.800,00
<b>dobra dia 25</b>	1	12 Horas	R\$ 1.800,00	R\$ 1.800,00
<b>dobra dia 31</b>	1	12 Horas	R\$ 1.800,00	R\$ 1.800,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 24.500,00</b>

  
Romildo Fontaniello  
PROVEDOR

22/01/2025



### Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

#### Detalhes do pagamento

<b>ID da transação:</b> E003603052025012112530cfac7467bd
<b>Situação:</b> EFETIVADA <b>Data e Hora:</b> 21/01/2025 às 10:50:00
<b>Valor Original:</b> R\$ 24.500,00 <b>Valor Atualizado:</b> R\$ 24.500,00 <b>Tarifa:</b> R\$ 8,50
<b>Detalhes:</b> NF 214

#### Origem

<b>Nome:</b> IRM STA CASA MISERIC MOGI GUACU
<b>CNPJ:</b> 52.739.950/0001-36
<b>Instituição:</b> CAIXA ECONOMICA FEDERAL

#### Destino

<b>Nome:</b> CAMILLA SANTANA FERREIRA CLINICA MEDICA LTDA
<b>CNPJ:</b> 36.599.034/0001-91
<b>Instituição:</b> NU PAGAMENTOS S.A.

<b>Código da operação:</b> 41407522504
<b>Chave de segurança:</b> 1F4NV0ENM517UJKA

Caso tenha dúvidas ou não reconheça esta transação, entre em contato com o Alô CAIXA e informe o ID Transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)  
SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492



PREFEITURA DE SANTO ANTÔNIO DO JARDIM  
SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS  
DEPARTAMENTO FISCAL E TRIBUTÁRIO  
COORDENADORIA FISCAL E TRIBUTÁRIA  
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-E



Número da Nota Fiscal  
**21**  
Série: **E**  
Data Emissão: **17/01/2025**  
Certificação: **B2216-D44C5**

DADOS DO PRESTADOR

Nome/Razão Social: **M. E. TEODORO GARIBALDI SERVIÇOS MEDICOS LTDA**  
Nome Fantasia: **M. E. TEODORO GARIBALDI SERVIÇOS MEDICOS LTDA**  
CNPJ/CPF: **56.908.212/0001-26** Insc. Municipal: **524335** Insc. Estadual:  
Endereço: **R MANOEL CARLOS GONÇALVES** N°: **385**  
Bairro: **CENTRO** Compl.:  
Município: **SANTO ANTÔNIO DO JARDIM** UF: **SP** CEP: **13995-000**  
E-mail: **i9contab@gmail.com** Telefone: **1434174553**

DADOS DO TOMADOR

Nome/Razão Social: **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MOGI GUAÇU**  
CNPJ/CPF: **52.739.950/0001-36** Insc. Municipal:  
Endereço: **R CHICO DE PAULA** Insc. Estadual:  
Bairro: **CENTRO** N°: **608**  
Município: **MOGI GUAÇU** Compl.:  
E-mail: **santacasamogiguacu@dginet.com.br** UF: **SP** CEP: **13840-005**  
Telefone: **1938611313**

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

SERVIÇOS PRESTADOS - PLANTÕES DE DEZEMBRO/2024,  
CONVÊNIO NUMERO 05/SS/2024  
DRA. MARIA ELISA.....10.300,00

CONFERE COM  
O ORIGINAL

*gabor elle*  
ASSINATURA

Item	Tributável	Qtde.	VI. Unitário R\$	Total R\$
SERVIÇOS MÉDICOS	Sim	1,00	10300	10.300,00

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU  
TERMO DE CONVÊNIO Nº 05/SS/2024  
FONTES DE RECURSO

MUNICIPAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) FMDCA R\$ \_\_\_\_\_  
( ) ESTADUAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) PRÓPRIOS R\$ \_\_\_\_\_  
( ) FEDERAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) OUTROS R\$ \_\_\_\_\_

Valor Tributável: <b>R\$ 10.300,00</b>	Valor não Tributável: <b>R\$ 0,00</b>	<b>VALOR BRUTO DA NOTA</b>			<b>R\$ 10.300,00</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\$ 10.300,00</b>	Alíquota: <b>2,1700%</b>	Valor do ISS: <b>R\$ 223,51</b>
PIS: <b>R\$ 0,00</b>	COFINS: <b>R\$ 0,00</b>	INSS: <b>R\$ 0,00</b>	IR: <b>R\$ 0,00</b>	CSLL: <b>R\$ 0,00</b>	Outras Retenções: <b>R\$ 0,00</b>
Valor Aproximado de Impostos: Federais R\$ 0,00 Estaduais R\$ 0,00 Municipais R\$ 0,00			<b>VALOR LÍQUIDO DA NOTA</b>		<b>R\$ 10.300,00</b>

ENQUADRAMENTO DO SERVIÇO

4.01 - Medicina e biomedicina.

OUTRAS INFORMAÇÕES

Mês de Competência: **01/2025** Local do Recolhimento: **SANTO ANTÔNIO DO JARDIM/SP** Dt **17/01/2025 14:54:00**  
Recolhimento: **Sem Retenção** Tributação: **Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP)** Competencia:  
CNAE: **8630503** Empresa Optante do Simples Nacional - Anexo: **V**  
Observações:

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

Impresso em: 17/01/2025 às 14:54:10

Recebi(emos) de: <b>M. E. TEODORO GARIBALDI SERVIÇOS MEDICOS LTDA</b> Os serviços constantes nesta Nota Fiscal de Serviços Eletrônica.	NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA Número: <b>21</b> Certificação <b>B2216-D44C5</b>
_____ Data	_____ Assinatura do Recebedor

### DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS



Entidade: **Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu**

CNPJ: **52.739.950/0001-36**

Nome Pessoa Jurídica: **ME TEODORO GARIBALDI SERVICOS MEDICOS**

Nome Pessoa Física: **Maria Elisa Teodoro Garibaldi**

CNPJ/CPF.: **56.908.212/0001-26**

Especialidade: **Obstetra**

**Convênio: PLANTÕES**

Competência: **12/2024**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana</b>	5	12 Horas	R\$ 1.700,00	R\$ 8.500,00
<b>Final de Semana</b>	1	12 Horas	R\$ 1.800,00	R\$ 1.800,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 10.300,00</b>

  
**Romildo Fontanella**  
**PROVEDOR**

22/01/2025



### Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

#### Detalhes do pagamento

<b>ID da transação:</b> E003603052025012113021da9ba6e3b5
<b>Situação:</b> EFETIVADA <b>Data e Hora:</b> 21/01/2025 às 10:50:14
<b>Valor Original:</b> R\$ 10.300,00 <b>Valor Atualizado:</b> R\$ 10.300,00 <b>Tarifa:</b> R\$ 8,50
<b>Detalhes:</b> NF 21

#### Origem

<b>Nome:</b> IRM STA CASA MISERIC MOGI GUACU
<b>CNPJ:</b> 52.739.950/0001-36
<b>Instituição:</b> CAIXA ECONOMICA FEDERAL

#### Destino

<b>Nome:</b> M E TEODORO GARIBALDI SERVICOS MEDICOS LTDA
<b>CNPJ:</b> 56.908.212/0001-26
<b>Instituição:</b> BCO C6 S.A.

<b>Código da operação:</b> 41407525150
<b>Chave de segurança:</b> 1F4NV0ENM517UJKA

Caso tenha dúvidas ou não reconheça esta transação, entre em contato com o Alô CAIXA e informe o ID Transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)  
SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492



**MUNICÍPIO DE MOGI MIRIM**  
**SECRETARIA DE FINANÇAS**

Nº da Nota - Serie  
**0000001177 - E**

Autenticidade  
**MQ6R-A7RZ**

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

Data de Emissão ..... **20/01/2025 14:15:13**

Competência (Serv.): **01/2025**



**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

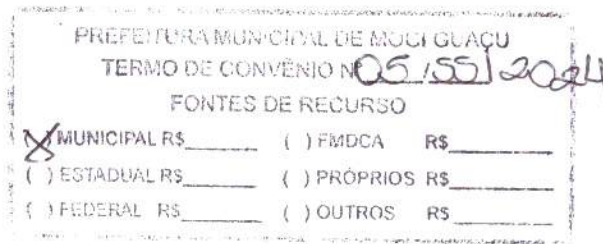
Razão Social.: **SBEGUE CLINICA MEDICA LTDA**  
 Nome Fantasia:  
 CPF/CNPJ.....: **49.530.635/0001-90** IM: **40994** IE: Fone:(19) 9984-2646  
 Endereço.....: **RUA R ORLANDO PACINI,162 - CEP:13800882**  
 Município.....: **MOGI MIRIM** UF: SP Email: **alessandra.sbegue@hotmail.com**

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

Razão Social.: **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MOGI GUACU**  
 Nome Fantasia:  
 CPF/CNPJ.....: **52.739.950/0001-36** IM: IE: Fone: **(19) 3861-1313**  
 Endereço.....: **RUA R CHICO DE PAULA,608 - CEP : 13840005, CENTRO**  
 Município.....: **Mogi Guaçu** UF: SP  
 Email.....: **santacasamogiguacu@dglnet.com.br**

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

Referente a serviços Prestados pela Dra. Alessandra Sbegue- Plantões 12/2024  
 Convênio número 05/SS/2024.



**CONFERE COM  
O ORIGINAL**

*Gabrielle*  
**ASSINATURA**

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

Processo executado por: 172.16.20.60  
 Consulte a autenticidade desta Nota Fiscal através do site:  
**mogimirim.sigiss.com.br**

Situação de Tributação  
**Tributada no Prestador**  
 Tributada em Mogi Mirim.

Código do Serviço  
**401 - Medicina e biomedicina.**

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

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

VALOR TOTAL	DEDUÇÕES	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR DO ISS	VALOR LÍQUIDO
1.700,00	0,00	1.700,00	2,7065%	46,01	1.700,00



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

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	04281 / 1292 / 000577217219-7
<b>Tipo de conta:</b>	Não foi possível recuperar
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	IRM STA CASA MISERIC MOGI GUACU
<b>CPF/CNPJ:</b>	52.739.950/0001-36

<b>Banco:</b>	336 - BANCO C6 S.A. - 31872495
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0001 / 00025843745-6
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	SBEGUE CLINICA MEDICA LTDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	49.530.635/0001-90
<b>Valor:</b>	R\$ 1.700,00
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 12,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF 1177
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	21/01/2025
<b>Data / Hora da operação:</b>	21/01/2025 11:15:02

<b>Código da operação:</b>	17556754
<b>Chave de segurança:</b>	M00TYK2TVPANXH2J

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

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

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**

SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

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

Número da Nota

**00000125**

Data e Hora de Emissão

**20/01/2025 17:34:16**

Código de Verificação

**XUEJ-XGG8**

20250120050648607000150

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**CPF/CNPJ: **50.648.607/0001-50**Inscrição Municipal: **7.694.057-8**Nome/Razão Social: **CLINICA FERRARE DUARTE LTDA**Endereço: **R ALTO JURUPARI 359 - JARDIM SAO JOAO (JARAG - CEP: 02995-040**Município: **São Paulo**UF: **SP****TOMADOR DE SERVIÇOS**Nome/Razão Social: **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MOGI GUACU**Inscrição Municipal: **----**CPF/CNPJ: **52.739.950/0001-36**Endereço: **Rua CHICO DE PAULA 608 - CENTRO - CEP: 13840-006**Município: **Mogi Guaçu**UF: **SP** E-mail: **----****INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS**CPF/CNPJ: **----**Nome/Razão Social: **----****DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

SERVIÇOS MÉDICOS PRESTRADOS PELO DR. PAULO HENRIQUE FERRARE E SILVA

Competência plantões dezembro/2024

Convenio numero 05/ss/2024

DOCUMENTO EMITIDO POR EMPRESA OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL

CONFORME LEI 12.741/12 - IMPOSTO APROXIMADOS 13,45% FEDERAL 3,25% MUNICIPAL - FONTE IBPT/EMPRESOMETRO.COM.BR (24.1.E)

OBS: Serviços prestados pelos sócios no exercício de profissão regulamentada por legislação federal, dispensado da retenção de INSS conforme previsto na IN RFB no 2110, artigo 115, inciso III, parágrafos 2º e 3º.

**VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 1.700,00**

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\$) <b>0,00</b>	Base de Cálculo (R\$) <b>*</b>	Alíquota (%) <b>*</b>	Valor do ISS (R\$) <b>*</b>	Crédito (R\$) <b>0,00</b>
Município da Prestação do Serviço <b>-</b>		Número Inscrição da Obra <b>-</b>	Valor Aproximado dos Tributos / Fonte <b>-</b>	

**OUTRAS INFORMAÇÕES**

(1) Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 14.097/2005; (2) Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional;

CONFERE COM  
O ORIGINAL*Gabrielle*  
ASSINATURA

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUACU			
TERMO DE CONVÊNIO N <u>05/SS/2024</u>			
FONTES DE RECURSO			
<input checked="" type="checkbox"/> MUNICIPAL R\$ _____	( ) FMDCA	R\$ _____	
( ) ESTADUAL R\$ _____	( ) PRÓPRIOS	R\$ _____	
( ) FEDERAL R\$ _____	( ) OUTROS	R\$ _____	

# DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS



Entidade: **Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu**

CNPJ: **52.739.950/0001-36**

Nome Pessoa Jurídica: **CLINICA FERRARE DUARTE LTDA**

Nome Pessoa Física: **Paulo Henrique Ferrari e Silva**

CNPJ/CPF.: **50.648.607/0001-50**

Especialidade: **Obstetra**

**Convênio: PLANTÕES**

Competência: **12/2024**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana</b>	1	12 Horas	R\$ 1.700,00	R\$ 1.700,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 1.700,00</b>

  
**Romildo Fontanielle**  
PROVEDOR

22/01/2025



### Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

#### Detalhes do pagamento

<b>ID da transação:</b> E00360305202501211302ef24dfd7f69
<b>Situação:</b> EFETIVADA <b>Data e Hora:</b> 21/01/2025 às 10:50:27
<b>Valor Original:</b> R\$ 1.700,00 <b>Valor Atualizado:</b> R\$ 1.700,00 <b>Tarifa:</b> R\$ 8,50
<b>Detalhes:</b> NF 125

#### Origem

<b>Nome:</b> IRM STA CASA MISERIC MOGI GUACU
<b>CNPJ:</b> 52.739.950/0001-36
<b>Instituição:</b> CAIXA ECONOMICA FEDERAL

#### Destino

<b>Nome:</b> CLINICA FERRARE DUARTE LTDA
<b>CNPJ:</b> 50.648.607/0001-50
<b>Instituição:</b> STONE PAGAMENTOS S.A.

<b>Código da operação:</b> 41407557725
<b>Chave de segurança:</b> 1F4NV0ENM517UJKA

Caso tenha dúvidas ou não reconheça esta transação, entre em contato com o Alô CAIXA e informe o ID Transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)  
SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU**  
**SECRETARIA DA FAZENDA**  
**NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS**

Número da Nota - Série  
**000000000191 - E**  
Autenticidade  
**5DMU-FWGX**  
Data de Emissão  
**20/01/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** CLINICA DE OFTALMOLOGIA APPLIMA LTDA  
**CPF/CNPJ:** 45.928.502/0001-15 **IM:** 325890 **IE:** **Fone:** 19 3861-2259  
**Endereço:** RUA CHICO DE PAULA,619 SALA 1,CENTRO - CEP : 13840005  
**Município:** Mogi Guaçu **UF:** SP **E-mail:** ANAPPLIMA93@GMAIL.COM

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MOGI GU  
**CPF/CNPJ:** 52.739.950/0001-36 **IM:** 10286 **IE:** ISENTO **Fone:** 1938611313  
**Endereço:** RUA CHICO DE PAULA,608,CENTRO - CEP : 13840005  
**Município:** MOGI GUAÇU **UF:** SP **E-mail:** nfe@santacasamogiguacu.org.br

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

NOTA REFERENTE SERVIÇOS PRESTADOS PLANTÕES 12/2024.  
CONVÊNIO NUMERO 05/SS/2024

VALOR BRUTO: R\$ 11.200,00  
PIS: 0,65% = R\$ 72,80  
CONFINS: 3 % = R\$ 336,00  
CONTRIBUIÇÃO SOCIAL: 1%= R\$ 112,00  
IR: 1,5% = R\$ 168,00

VALOR LÍQUIDO = R\$ 10.511,20

DRA ANA PAULA

NÃO SUJEITO Á SEGURIDADE SOCIAL CONFORME ART-31 DA LEI-8212/91, OS/INSS-209/99,  
IN/INSS-DC-100/03 E IN/MPS-IRP-03/05

CONFERE COM  
O ORIGINAL

*gabriele*  
ASSINATURA

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU  
TERMO DE CONVÊNIO N° 05.551/2024  
FONTES DE RECURSO

MUNICIPAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) FMDCA R\$ \_\_\_\_\_  
( ) ESTADUAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) PRÓPRIOS R\$ \_\_\_\_\_  
( ) FEDERAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) OUTROS R\$ \_\_\_\_\_

Processo executado por: 172.16.20.60

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

Situação de Tributação  
Tributada no Prestador

Código do Serviço

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

Deduções de Materiais  
**0,00**

Base de Cálculo (R\$)  
**11.200,00**

Aliquota (%)  
**-**

Vr do ISS (R\$)  
**-**

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 11.200,00**



**DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS**

Entidade: **Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu**  
 CNPJ: **52.739.950/0001-36**  
 Nome Pessoa Jurídica: **CLINICA DE OFTAMOLOGIA APPLIMA LTDA**  
 Nome Pessoa Física: **Ana Paula Pereira de Lima**  
 CNPJ/CPF.: **45.928.502/0001-15**  
 Especialidade: **Oftalmologista**

**Convênio: PLANTÕES**  
 Competência: 12/2024

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana/Final de semana</b>	14	24 Horas	R\$ 800,00	R\$ 11.200,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 11.200,00</b>

*(Assinatura)*  
**Romildo Fontaniello**  
PROVEDOR

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

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	04281 / 1292 / 000577217219-7
<b>Tipo de conta:</b>	Não foi possível recuperar
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	IRM STA CASA MISERIC MOGI GUACU
<b>CPF/CNPJ:</b>	52.739.950/0001-36

<b>Banco:</b>	341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 60701190
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0025 / 00000099509-3
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	CLINICA DE OFTALMOLOGIA APPLIMA LTDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	45.928.502/0001-15
<b>Valor:</b>	R\$ 10.511,20
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 12,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF 191
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	21/01/2025
<b>Data / Hora da operação:</b>	21/01/2025 11:15:02

<b>Código da operação:</b>	17556757
<b>Chave de segurança:</b>	V5G977TTC110F4NM

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

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

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



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU**  
**SECRETARIA DA FAZENDA**  
**NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS**

Número da Nota - Série  
**000000000155 - E**  
Autenticidade  
**20EA-VQ2J**  
Data de Emissão  
**20/01/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** BORDINHAO RADIOLOGIA S/S LTDA  
**CPF/CNPJ:** 49.363.861/0001-23 **IM:** 327135 **IE:** **Fone:** 17 3305-9030  
**Endereço:** RUA PRES. JOHN FRITZGERALD KENNEDY, 281, JD CENTENÁRIO - CEP : 13845232  
**Município:** Mogi Guaçu **UF:** SP **E-mail:** adrianobordinhao@yahoo.com.br

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MOGI GU  
**CPF/CNPJ:** 52.739.950/0001-36 **IM:** 10286 **IE:** ISENTO **Fone:** 1938611313  
**Endereço:** RUA CHICO DE PAULA, 608, CENTRO - CEP : 13840005  
**Município:** MOGI GUAÇU **UF:** SP **E-mail:** nfe@santacasamogiguacu.org.br

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS referente serviços prestados Plantões 12/2024.  
Convênio numero 05/SS/2024

PIS (0,65%): R\$ 31,20  
COFINS (3%): R\$ 144,00  
CSLL (1%): R\$ 48,00  
IR (1,5): R\$ 72,00  
ISS (3%): R\$ 144,00  
VALOR LÍQUIDO: R\$ 4.360,80

CONFERE COM  
O ORIGINAL

  
ASSINATURA

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

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU  
TERMO DE CONVÊNIO Nº 05.551/2024  
FONTES DE RECURSO

<input checked="" type="checkbox"/> MUNICIPAL R\$ _____	<input type="checkbox"/> FMDCA R\$ _____
<input type="checkbox"/> ESTADUAL R\$ _____	<input type="checkbox"/> PRÓPRIOS R\$ _____
<input type="checkbox"/> FEDERAL R\$ _____	<input type="checkbox"/> OUTROS R\$ _____

Processo executado por: 172.16.20.60

Consulte a autenticidade desta Nota Fiscal através  
do site: <http://www.mogiguacu.sp.gov.br>  
Valor aprox. dos tributos (Lei nº 12.741/2012):  
R\$ 801,60 - Aliq: 16,70%

Situação de Tributação  
Tributado no Tomador

Código do Serviço

402 - Análises clínicas, patologia, eletricidade médica, radioterapia, quimioterapia, ultra-sonografia, ressonância magnética, radiologia, tomografia e congêneres.

Deduções de Materiais  
0,00

Base de Cálculo (R\$)  
4.800,00

Aliquota (%)  
3,0000%

Vr do ISS (R\$)  
144,00

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 4.800,00**



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

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	04281 / 1292 / 000577217219-7
<b>Tipo de conta:</b>	Não foi possível recuperar
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	IRM STA CASA MISERIC MOGI GUACU
<b>CPF/CNPJ:</b>	52.739.950/0001-36

<b>Banco:</b>	260 - NU PAGAMENTOS S.A. - 18236120
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0001 / 00059701205-1
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	BORDINHAO RADIOLOGIA SS LTDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	49.363.861/0001-23
<b>Valor:</b>	R\$ 4.360,80
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 12,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF 155
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	21/01/2025
<b>Data / Hora da operação:</b>	21/01/2025 11:15:02

<b>Código da operação:</b>	17556759
<b>Chave de segurança:</b>	LSWEH5EE84CVLL7S

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

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

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



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU**  
**SECRETARIA DA FAZENDA**  
**NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS**

Número da Nota - Série  
**000000003499 - E**  
Autenticidade  
**3MMC-4W8A**  
Data de Emissão  
**17/01/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** SF DIAGNOSTICOS POR IMAGEM S S  
**CPF/CNPJ:** 31.246.667/0001-00 **IM:** 319197 **IE:** ISENTO **Fone:** 17-3305-9030  
**Endereço:** RUA JOSE ANTONIO CIPRIANO (KIKI),135,JARDIM SANTA MONICA II - CEP : 13844368  
**Município:** MOGI-GUACU **UF:** SP **E-mail:** flaviohsbarreto@gmail.com

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MOGI GU  
**CPF/CNPJ:** 52.739.950/0001-36 **IM:** 10286 **IE:** ISENTO **Fone:** 1938611313  
**Endereço:** RUA CHICO DE PAULA,608,CENTRO - CEP : 13840005  
**Município:** MOGI GUAÇU **UF:** SP **E-mail:** nfe@santacasmogiguacu.org.br

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

REFERENTE SERVIÇOS PRESTADOS PLANTÕES DEZEMBRO/2024  
CONVÊNIO NUMERO 05/SS/2024  
R\$ 5.600,00

DR. FLAVIO HENRIQUE DE SOUZA

PIS (0,65%) R\$ 36,40  
COFINS (3%) R\$ 168,00  
IR (1,5%) R\$ 84,00  
CSLL (1%) R\$ 56,00

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

CONFERE COM  
O ORIGINAL

*gabriele*  
ASSINATURA

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU  
TERMO DE CONVÊNIO Nº 05/05/2024  
FONTES DE RECURSO  
 MUNICIPAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) FMDCA R\$ \_\_\_\_\_  
( ) ESTADUAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) PRÓPRIOS R\$ \_\_\_\_\_  
( ) FEDERAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) OUTROS R\$ \_\_\_\_\_

Processo executado por: 172.16.20.60

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

Situação de Tributação  
Tributada no Prestador

Código do Serviço

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

Deduções de Materiais  
0,00

Base de Cálculo (R\$)  
5.600,00

Aliquota (%)

Vr do ISS (R\$)

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 5.600,00**



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

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	04281 / 1292 / 000577217219-7
<b>Tipo de conta:</b>	Não foi possível recuperar
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	IRM STA CASA MISERIC MOGI GUACU
<b>CPF/CNPJ:</b>	52.739.950/0001-36

<b>Banco:</b>	077 - BANCO INTER S/A - 00416968
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0001 / 00008691246-1
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	SF DIAGNOSTICOS POR IMAGEM S/S
<b>CPF/CNPJ:</b>	31.246.667/0001-00
<b>Valor:</b>	R\$ 5.255,60
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 12,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF 3499
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	21/01/2025
<b>Data / Hora da operação:</b>	21/01/2025 11:15:02

<b>Código da operação:</b>	17556762
<b>Chave de segurança:</b>	4FMHZ9XL79XCLKT9

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

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

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

CSC SERVIÇOS MÉDICOS S/S ALBERTO DE CASTRO, 128 JARDIM SANTA TERESA - Jundiá - SP - 13211411 TELEFONE: 11996675780 EMAIL: bruna.sibon@hotmail.com CNPJ: 28.257.500/0001-22 INSCRIÇÃO MUNICIPAL: 123413	NÚMERO DA NOTA <b>1631</b> COMPETÊNCIA <b>01/2025</b> CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO <b>VQ24E3E1P</b> DATA DE EMISSÃO <b>17/01/2025 16:09:22</b>
--	--

DADOS DO TOMADOR

NOME / RAZÃO SOCIAL IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MOGI GUACU		E-MAIL brunafaria@hsf.com.br		TELEFONE 1938611313	
ENDEREÇO CHICO DE PAULA, 608			BAIRRO / DISTRITO CENTRO		CEP 13840005
MUNICÍPIO Mogi Guaçu	UF SP	PAÍS Brasil	CPF / CNPJ / OUTROS 52.739.950/0001-36	INSCRIÇÃO MUNICIPAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL

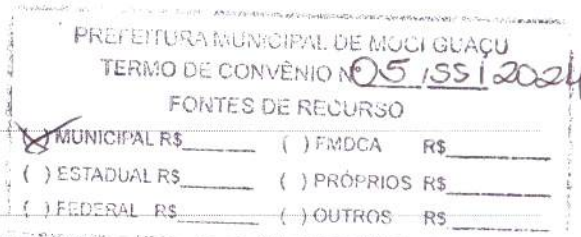
DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS REFERENTE PLANTÕES 12/2024.

Convênio numero 05/SS/2024

DRA. LARISSA DA CUNHA SANTOS - CRM: 162.527 SP

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.



CÓDIGO DO SERVIÇO  
 04.01 / 2218 - MEDICINA

MUNICÍPIO ONDE O SERVIÇO FOI PRESTADO  
 3525904 / Jundiá

NATUREZA DA OPERAÇÃO  
 Exigível

REGIME ESPECIAL DE TRIBUTAÇÃO: -

<b>VALOR DOS SERVIÇOS:</b>	<b>R\$ 12400,00</b>		
(-) DESCONTOS:	R\$ 0,00	(-) DEDUÇÕES:	R\$ 0,00
(-) RETENÇÕES FEDERAIS:	R\$ 762,60	(=) BASE DE CÁLCULO:	R\$ 12400,00
(-) ISS RETIDO NA FONTE:	R\$ 0,00	(x) ALÍQUOTA:	2,00 %
<b>VALOR LÍQUIDO:</b>	<b>R\$ 11637,40</b>	(=) VALOR DO ISS:	R\$ 248,00

RETENÇÕES FEDERAIS

PIS: R\$ 80,60 COFINS: R\$ 372,00 IR: R\$ 186,00 CSLL: R\$ 124,00 INSS: R\$ 0,00

OUTRAS INFORMAÇÕES

Valor aproximado dos tributos conforme Lei 12.741 R\$2.070,80 (16,70%) Fonte: IBPT.

CONFERE COM  
 O ORIGINAL

*Gabrielle*  
 ASSINATURA



## DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

Entidade: **Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu**

CNPJ: **52.739.950/0001-36**

Nome Pessoa Jurídica: **CSC SERVIÇOS MEDICOS S/S - ME**

Nome Pessoa Física: **Larissa da Cunha Santos**

CNPJ/CPF.: **28.257.500/0001-22**

Especialidade: **Obstetra**

**Convênio: PLANTÕES**

Competência: **12/2024**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
Final de Semana	5	12 Horas	R\$ 1.800,00	R\$ 9.000,00
Semana	2	12 Horas	R\$ 1.700,00	R\$ 3.400,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 12.400,00</b>

  
**Romildo Fontaniello**  
PROVEDOR

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

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	04281 / 1292 / 000577217219-7
<b>Tipo de conta:</b>	Não foi possível recuperar
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	IRM STA CASA MISERIC MOGI GUACU
<b>CPF/CNPJ:</b>	52.739.950/0001-36

<b>Banco:</b>	237 - BANCO BRADESCO S/A - 60746948
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	2988 / 00000032207-5
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	CSC SERVICOS MEDICOS S/S
<b>CPF/CNPJ:</b>	28.257.500/0001-22
<b>Valor:</b>	R\$ 11.637,40
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 12,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF 1631
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	21/01/2025
<b>Data / Hora da operação:</b>	21/01/2025 11:15:02

<b>Código da operação:</b>	17556764
<b>Chave de segurança:</b>	E7988HVZ4JSWULY2

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

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

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



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU**  
**SECRETARIA DA FAZENDA**  
**NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS**

Número da Nota - Série

**00000006138 - E**

Autenticidade

**FL7B-V4CB**

Data de Emissão

**20/01/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** NEURO GUACU S/S

**CPF/CNPJ:** 17.574.066/0001-98 **IM:** 259055

**IE:**

**Fone:** 19 3851-8000

**Endereço:** RUA NICOLAU FALSETTI,84,CENTRO - CEP: 13840052

**Município:** Mogi Guaçu

**UF:** SP

**E-mail:** lucianaem@hsf.com.br

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MOGI GU

**CPF/CNPJ:** 52.739.950/0001-36

**IM:** 10286

**IE:** ISENTO

**Fone:** 1938611313

**Endereço:** RUA CHICO DE PAULA,608,CENTRO - CEP: 13840005

**Município:** MOGI GUAÇU

**UF:** SP

**E-mail:** nfe@santacasamogiguacu.org.br

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

Honorários médicos prestados pelo DR. JOSE EUGENIO COLOMBO, CRM 80718. ESSA NOTA SERÁ LIQUIDADADA NO TERMO DE CONVÊNIO N° 05/SS/2024.

Valor Bruto.....10.200,00

IR.....153,00

PIS.....66,30

COFINS.....306,00

CSLL.....102,00

Valor Líquido.....9.572,70

Conta para depósito

SICREDI

Agência 0718

Conta Corrente 88446-2

CONFERE COM  
O ORIGINAL

*gabrielle*  
ASSINATURA

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU	
TERMO DE CONVÊNIO N° 05/SS/2024	
FONTES DE RECURSO	
<input checked="" type="checkbox"/> MUNICIPAL R\$ _____	( ) FMDCA R\$ _____
( ) ESTADUAL R\$ _____	( ) PRÓPRIOS R\$ _____
( ) FEDERAL R\$ _____	( ) OUTROS R\$ _____

NÃO SUJEITO A RETENÇÃO A SEGURIDADE SOCIAL, CONFORME ART-31 DA LEI-8.212/91, OS/INSS-DC-100/03 E IN 971/09 ART. 120 INCISO III. OS SERVIÇOS ACIMA DESCRITOS FORAM PRESTADOS PESSOALMENTE PELO(S) SÓCIOS (S) E SEM O CONCURSOS DE EMPREGADOS OU OUTROS CONTRIBUINTES INDIVIDUAIS.  
Serviço realizado em: MOGI GUAÇU

Processo executado por: 172.16.20.60

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

**Valor aprox. dos tributos (Lei nº 12.741/2012):**

**R\$ 1.155,66 - Aliq: 11,33%**

Situação de Tributação

Tributada no Prestador

Código do Serviço

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

Deduções de Materiais

**0,00**

Base de Cálculo (R\$)

**10.200,00**

Aliquota (%)

-

Vr do ISS (R\$)

-

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 10.200,00**



DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

Entidade: Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu
CNPJ: 52.739.950/0001-36
Nome Pessoa Jurídica: NEURO GUACU SOCIEDADE SIMPLES
Nome Pessoa Física: Jose Eugenio Colombo
CNPJ/CPF.: 17.574.066/0001-98
Especialidade: Neurologista

Convênio: PLANTÕES

Competência: 12/2024

Table with 5 columns: Dias da Semana, Quantidade, Referência, Valor, Valor Total. It lists two rows of services: one for 12 weeks at 24 hours each (R\$ 800,00 each) and one for 3 weeks at 06 hours each (R\$ 200,00 each). The total amount to be paid is R\$ 10.200,00.

Handwritten signature and stamp: PROVIDOR Romildo Fontanello

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

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	04281 / 1292 / 000577217219-7
<b>Tipo de conta:</b>	Não foi possível recuperar
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	IRM STA CASA MISERIC MOGI GUACU
<b>CPF/CNPJ:</b>	52.739.950/0001-36

<b>Banco:</b>	748 - BANCO COOPERATIVO SICREDI S/A - 01181521
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0718 / 00000088446-2
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	NEURO GUACU SOCIEDADE SIMPLES
<b>CPF/CNPJ:</b>	17.574.066/0001-98
<b>Valor:</b>	R\$ 9.572,70
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 12,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF 6138
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	21/01/2025
<b>Data / Hora da operação:</b>	21/01/2025 11:15:02

<b>Código da operação:</b>	17556766
<b>Chave de segurança:</b>	EZFZQ13KJLTGWV5U

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

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

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



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU**  
**SECRETARIA DA FAZENDA**  
**NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS**

Número da Nota - Série

**000000000842 - E**

Autenticidade

**J2DU-3DX5**

Data de Emissão

**20/01/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** LM SERVICOS MEDICOS S/S LTDA  
**CPF/CNPJ:** 24.093.971/0001-91 **IM:** 302988 **IE:** **Fone:** 19 99921-5217  
**Endereço:** RUA ACURCIO ALVES RAMOS,264 SALA 1, PARQUE CIDADE NOVA - CEP : 13845418  
**Município:** Mogi Guaçu **UF:** SP **E-mail:** lmservico@outlook.com

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MOGI GU  
**CPF/CNPJ:** 52.739.950/0001-36 **IM:** 10286 **IE:** ISENTO **Fone:** 1938611313  
**Endereço:** RUA CHICO DE PAULA,608,CENTRO - CEP : 13840005  
**Município:** MOGI GUAÇU **UF:** SP **E-mail:** nfe@santacasamogiguacu.org.br

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

NOTA REFERENTE SERVIÇOS PRESTADOS PLANTÕES 12/2024.  
CONVÊNIO NUMERO 05/SS/2024

VALOR BRUTO: R\$ 6.400,00  
PIS: 0,65% = R\$ 41,60  
CONFINS: 3 % = R\$ 192,00  
CONTRIBUIÇÃO SOCIAL: 1%= R\$ 64,00  
IR: 1,5% = R\$ 96,00

VALOR LÍQUIDO = R\$ 6.006,40

DRA LAVINIA MARTIN

NÃO SUJEITO Á SEGURIDADE SOCIAL CONFORME ART-31 DA LEI-8212/91, OS/INSS-209/99,  
IN/INSS-DC-100/03 E IN/MPS-IRP-03/05

CONFERE COM  
O ORIGINAL

  
ASSINATURA

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU

TERMO DE CONVÊNIO N° 05.551/2024

FONTES DE RECURSO

MUNICIPAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) FMDCA R\$ \_\_\_\_\_  
( ) ESTADUAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) PRÓPRIOS R\$ \_\_\_\_\_  
( ) FEDERAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) OUTROS R\$ \_\_\_\_\_

Processo executado por: 172.16.20.60

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

Situação de Tributação  
Tributada no Prestador

Código do Serviço

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

Deduções de Materiais  
0,00

Base de Cálculo (R\$)  
6.400,00

Aliquota (%)  
-

Vr do ISS (R\$)  
-

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 6.400,00**



**DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS**

Entidade: **Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu**

CNPJ: **52.739.950/0001-36**

Nome Pessoa Jurídica: **LM SERVICOS MEDICOS SS LTDA**

Nome Pessoa Física: **Lavinia Martini**

CNPJ/CPF.: **24.093.971/0001-91**

Especialidade: **Oftalmologista**

**Convênio: PLANTÕES**

Competência: 12/2024

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
Semana/Final de semana	8	24 Horas	R\$ 800,00	R\$ 6.400,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				R\$ <b>6.400,00</b>

**Romildo Fontanielle**  
PROVEDOR

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

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	04281 / 1292 / 000577217219-7
<b>Tipo de conta:</b>	Não foi possível recuperar
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	IRM STA CASA MISERIC MOGI GUACU
<b>CPF/CNPJ:</b>	52.739.950/0001-36

<b>Banco:</b>	033 - BANCO SANTANDER S.A. - 90400888
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	3208 / 00013002780-0
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	LM SERVICOS MEDICOS S/S LTDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	24.093.971/0001-91
<b>Valor:</b>	R\$ 6.006,40
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 12,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF 842
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	21/01/2025
<b>Data / Hora da operação:</b>	21/01/2025 11:15:02

<b>Código da operação:</b>	17556767
<b>Chave de segurança:</b>	CTQ7ENASPMFJ3YYK

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

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

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



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU**  
**SECRETARIA DA FAZENDA**  
**NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS**

Número da Nota - Série  
**000000006139 - E**  
Autenticidade  
**SP59-04P7**  
Data de Emissão  
**20/01/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** NEURO GUACU S/S  
**CPF/CNPJ:** 17.574.066/0001-98 **IM:** 259055 **IE:** **Fone:** 19 3851-8000  
**Endereço:** RUA NICOLAU FALSETTI,84,CENTRO - CEP : 13840052  
**Município:** Mogi Guaçu **UF:** SP **E-mail:** lucianaem@hsf.com.br

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MOGI GU  
**CPF/CNPJ:** 52.739.950/0001-36 **IM:** 10286 **IE:** ISENTO **Fone:** 1938611313  
**Endereço:** RUA CHICO DE PAULA,608,CENTRO - CEP : 13840005  
**Município:** MOGI GUAÇU **UF:** SP **E-mail:** nfe@santacasamogiguacu.org.br

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

Honorários médicos prestados pelo Dr. THALLES PASSOS FERREIRA, CRM sob o nº 169828. ESSA NOTA SERÁ LIQUIDADADA NO TERMO DE CONVÊNIO N° 05/SS/2024.

VALOR BRUTO.....6.000,00  
IR.....90,00  
PIS.....39,00  
COFINS.....180,00  
CSLL.....60,00  
VALOR LIQUIDO.....5.631,00

DADOS P/ DEPOSITO  
BANCO SICREDI  
AG: 0718  
C/C: 88446-2

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU  
TERMO DE CONVÊNIO N° 05/SS/2024  
FONTES DE RECURSO  
 MUNICIPAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) FMDCA R\$ \_\_\_\_\_  
( ) ESTADUAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) PRÓPRIOS R\$ \_\_\_\_\_  
( ) FEDERAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) OUTROS R\$ \_\_\_\_\_

NÃO SUJEITO A RETENÇÃO A SEGURIDADE SOCIAL, CONFORME ART-31 DA LEI-8.212/91, OS/INSS-209/99,IN/INSS-DC-100/03 E IN 971/09 ART.120 INCISO III. OS SERVIÇOS ACIMA DESCRITOS FORAM PRESTADOS PESSOALMENTE PELO(S) SÓCIO(S) E SEM O CONCURSO DE EMPREGADOS OU OUTROS CONTRIBUINTES INDIVIDUAIS. ISSQN ANUAL.  
Serviço realizado em : MOGI GUAÇU

**CONFERE COM  
O ORIGINAL**

*Gabrielle*

Situação de Tributação  
**ASSINATURA**  
Tributada no Prestador

Processo executado por: 172.16.20.60

**Consulte a autenticidade desta Nota Fiscal através do site: <http://www.mogiguacu.sp.gov.br>**  
**Valor aprox. dos tributos (Lei nº 12.741/2012):**  
**R\$ 679,80 - Aliq: 11,33%**

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

Deduções de Materiais  
**0,00**

Base de Cálculo (R\$)  
**6.000,00**

Aliquota (%)  
**-**

Vr do ISS (R\$)  
**-**

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 6.000,00**



**DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS**

Entidade: **Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu**

CNPJ: **52.739.950/0001-36**

Nome Pessoa Jurídica: **NEURO GUACU SOCIEDADE SIMPLES**

Nome Pessoa Física: **Thalles Passos Ferreira**

CNPJ/CPF.: **17.574.066/0001-98**

Especialidade: **Neurologista**

**Convênio: PLANTÕES**

Competência: **12/2024**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
Semana/Final de semana	6	24 Horas	R\$ 800,00	R\$ 4.800,00
Semana/Final de semana	3	12 Horas	R\$ 400,00	R\$ 1.200,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 6.000,00</b>

  
**Romildo Fontaniello**  
 PROVEDOR

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

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	04281 / 1292 / 000577217219-7
<b>Tipo de conta:</b>	Não foi possível recuperar
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	IRM STA CASA MISERIC MOGI GUACU
<b>CPF/CNPJ:</b>	52.739.950/0001-36

<b>Banco:</b>	748 - BANCO COOPERATIVO SICREDI S/A - 01181521
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0718 / 00000088446-2
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	NEURO GUACU SOCIEDADE SIMPLES
<b>CPF/CNPJ:</b>	17.574.066/0001-98
<b>Valor:</b>	R\$ 5.631,00
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 12,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF 6139
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	21/01/2025
<b>Data / Hora da operação:</b>	21/01/2025 11:15:02

<b>Código da operação:</b>	17556765
<b>Chave de segurança:</b>	MECMM2VRAHNHU2MR

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

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

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU**  
**SECRETARIA DA FAZENDA**  
**NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS**

Número da Nota - Série  
**000000006137 - E**

Autenticidade  
**0GKX-JCX3**

Data de Emissão  
**20/01/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** NEURO GUACU S/S  
**CPF/CNPJ:** 17.574.066/0001-98    **IM:** 259055    **IE:**    **Fone:** 19 3851-8000  
**Endereço:** RUA NICOLAU FALSETTI,84,CENTRO - CEP : 13840052  
**Município:** Mogi Guaçu    **UF:** SP    **E-mail:** lucianaem@hsf.com.br

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

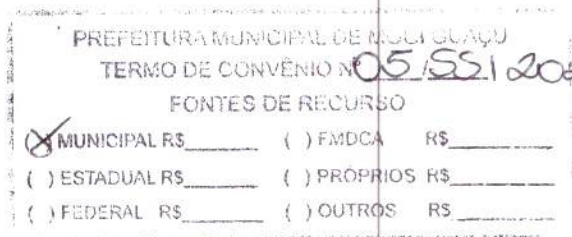
**Nome/Razão Social:** IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MOGI GU  
**CPF/CNPJ:** 52.739.950/0001-36    **IM:** 10286    **IE:** ISENTO    **Fone:** 1938611313  
**Endereço:** RUA CHICO DE PAULA,608,CENTRO - CEP : 13840005  
**Município:** MOGI GUAÇU    **UF:** SP    **E-mail:** nfe@santacasamogiguacu.org.br

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

Honorários médicos prestados pelo DR GLEIDSON CAMPOS RODRIGUES, CRM 129516. ESSA NOTA SERÁ LIQUIDADADA NO TERMO DE CONVÊNIO N° 05/SS/2024.

Valor Bruto.....8.600,00  
 IR.....129,00  
 PIS.....55,90  
 COFINS.....258,00  
 CSLL.....86,00  
 Valor Líquido.....8.071,10

Conta para depósito  
 SICREDI  
 Agência 0718  
 Conta Corrente 88446-2



NÃO SUJEITO A RETENÇÃO A SEGURIDADE SOCIAL, CONFORME ART-31 DA LEI-8.212/91, OS/INSS-DC-100/03 E IN 971/09 ART. 120 INCISO III. OS SERVIÇOS ACIMA DESCRITOS FORAM PRESTADOS PESSOALMENTE PELO(S) SÓCIOS (S) E SEM O CONCURSOS DE EMPREGADOS OU OUTROS CONTRIBUINTES-INDIVIDUAIS.  
 Serviço realizado em: MOGI GUAÇU

O ORIGINAL

*Gabrielle*  
 ASSINATURA

Processo executado por: 172.16.20.60  
**Consulte a autenticidade desta Nota Fiscal através do site: <http://www.mogiguacu.sp.gov.br>**  
**Valor aprox. dos tributos (Lei nº 12.741/2012): R\$ 974,38 - Aliq: 11,33%**

Situação de Tributação  
 Tributada no Prestador

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

Deduções de Materiais 0,00	Base de Cálculo (R\$) 8.600,00	Alíquota (%) -	Vr do ISS (R\$) -
-------------------------------	-----------------------------------	-------------------	----------------------

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 8.600,00**



### DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

Entidade: **Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu**

CNPJ: **52.739.950/0001-36**

Nome Pessoa Jurídica: **NEURO GUACU SOCIEDADE SIMPLES**

Nome Pessoa Física: **Gleidson Campos Rodrigues**

CNPJ/CPF.: **17.574.066/0001-98**

Especialidade: **Neurologista**

**Convênio: PLANTÕES**

Competência: 12/2024

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor		Valor Total
Semana/Final de semana	7	24 Horas	R\$	800,00	R\$ 5.600,00
Semana/Final de semana	3	18 Horas	R\$	600,00	R\$ 1.800,00
Semana/Final de semana	3	12 Horas	R\$	400,00	R\$ 1.200,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>					<b>R\$ 8.600,00</b>

  
**Romildo Fontaniello**  
 PROVIDOR

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

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	04281 / 1292 / 000577217219-7
<b>Tipo de conta:</b>	Não foi possível recuperar
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	IRM STA CASA MISERIC MOGI GUACU
<b>CPF/CNPJ:</b>	52.739.950/0001-36

<b>Banco:</b>	748 - BANCO COOPERATIVO SICREDI S/A - 01181521
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0718 / 00000088446-2
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	NEURO GUACU SOCIEDADE SIMPLES
<b>CPF/CNPJ:</b>	17.574.066/0001-98
<b>Valor:</b>	R\$ 8.071,10
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 12,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF 6137
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	21/01/2025
<b>Data / Hora da operação:</b>	21/01/2025 11:15:02

<b>Código da operação:</b>	17556768
<b>Chave de segurança:</b>	742X264JP5CS4ZVL

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

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

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



Município de Jacutinga

Município de Jacutinga

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e



Número da NFS-e

399

Código de Verificação de Autenticidade  
VE746ZZXC

Data e Hora de Emissão da NFS-e

17/01/2025 às 17:54:22

Chave de Acesso

471667XJDIRCSGF5B7QJEEC94CC8KVCZ

Para certificação da autenticidade acesse  
<https://nfe.sgpcloud.net:9005/issweb>, menu  
consultas e informe os dados desta NFS-e.

**Informações Fiscais**

Exigibilidade do ISS Exigível	Número do Processo	Município de Incidência do ISS JACUTINGA-MG	Local da Prestação JACUTINGA - MG
Número do RPS	Série do RPS	Tipo do RPS	Data do RPS
			Competência 17/01/2025
Optante Simples Nacional 2 - Não	Incentivo Fiscal 2 - Não	Regime Especial Tributação Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP) 04 - Fixo	Tipo ISS

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

CPF/CNPJ 33.504.476/0001-19	RG/Inscrição Estadual	Inscrição Municipal 200111716	Cadastro 000042382	Nome/Razão Social LUCIA SERVIÇOS MÉDICOS LTDA
Logradouro DAS ACACIAS, 90	Complemento		Bairro VALE DAS FLORES	
CEP 37590-000	Cidade Jacutinga-MG	Telefone (35)3443-2794	E-mail	

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

CPF/CNPJ/Documento 52.739.950/0001-36	RG/Inscrição Estadual	Inscrição Municipal	Nome/Razão Social IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MOGI GUAÇU
Logradouro RUA CHICO DE PAULA, 608	Complemento		Bairro CENTRO
CEP/Cod.Postal 13840-005	Cidade/País MOGI GUACU - SP	Cod. IBGE 3530706	Telefone E-mail tesouraria@santacasamogiguacu.org.br

**Discriminação dos Serviços**

Qtde.	Un. Medida	Descrição	Vir. Unitário	Total
1,00	UN	Serviços prestados Coordenação 12/2024. Convênio número 05/SS/2024	8.000,00	R\$ 8.000,00

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU  
TERMO DE CONVÊNIO N° 05/SS/2024  
FONTES DE RECURSO  
 MUNICIPAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) FMDCA R\$ \_\_\_\_\_  
( ) ESTADUAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) PRÓPRIOS R\$ \_\_\_\_\_  
( ) FEDERAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) OUTROS R\$ \_\_\_\_\_

CONFERE COM 1  
O ORIGINAL  
  
Gobrielle  
ASSINATURA

**Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS**

LC 116/2003: 04.01	Aliquota	Atividade Município	Código CNAE	Construção Civil	
Medicina e biomedicina	0,00%	0000040000024		Código da Obra	Código ART
Valor Total dos Serviços	Desconto Incondicionado	Deduções Base Cálculo	Base de Cálculo	Total do ISS	ISS Retido
R\$ 8.000,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 8.000,00	R\$ 0,00	2 - Não
				Desconto Condicionado	
				R\$ 0,00	

**Retenções de Impostos**

PIS (8.000,00 x 0,65%)	COFINS (8.000,00 x 3,00%)	INSS	IRRF (8.000,00 x 1,50%)	CSLL (8.000,00 x 1,00%)	Outras Retenções
R\$ 52,00	R\$ 240,00	R\$ 0,00	R\$ 120,00	R\$ 80,00	R\$ 0,00

Valor Líquido da NFS-e: R\$ 7.508,00

Val. Aprox. Tributos:

**Informações Complementares**

RECEBI(EMOS) DE LUCIA SERVIÇOS MÉDICOS LTDA O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO 399 E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO VE746ZZXC.

Data

CPF/RG

Assinatura



22/01/2025



### Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

#### Detalhes do pagamento

<b>ID da transação:</b> E00360305202501211408acea6e2b7a6
<b>Situação:</b> EFETIVADA <b>Data e Hora:</b> 21/01/2025 às 11:36:05
<b>Valor Original:</b> R\$ 7.508,00 <b>Valor Atualizado:</b> R\$ 7.508,00 <b>Tarifa:</b> R\$ 8,50
<b>Detalhes:</b> NF 399

#### Origem

<b>Nome:</b> IRM STA CASA MISERIC MOGI GUACU
<b>CNPJ:</b> 52.739.950/0001-36
<b>Instituição:</b> CAIXA ECONOMICA FEDERAL

#### Destino

<b>Nome:</b> DRA LUCIA
<b>CNPJ:</b> 33.504.476/0001-19
<b>Instituição:</b> CC POUP E INV UNIAO DE EST DO RS SC E MG SICREDI UNIESTADOS

<b>Código da operação:</b> 41409829298
<b>Chave de segurança:</b> 1F4NV0ENM517UJKA

Caso tenha dúvidas ou não reconheça esta transação, entre em contato com o Alô CAIXA e informe o ID Transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU**  
**SECRETARIA DA FAZENDA**  
**NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS**

Número da Nota - Série  
**000000000790 - E**

Autenticidade  
**DS7N-YJRG**

Data de Emissão  
**17/01/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** AMPARO MED CARE SERVICOS MEDICOS S/S  
**CPF/CNPJ:** 15.626.947/0001-80 **IM:** 317797 **IE:** ISENTA **Fone:** 19 3807-5737  
**Endereço:** AVENIDA JÚLIO XAVIER DA SILVA,379 SALA B,PARQUE CIDADE NOVA - CEP : 13845414  
**Município:** Mogi Guaçu **UF:** SP **E-mail:** amparomedcare@gmail.com

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MOGI GU  
**CPF/CNPJ:** 52.739.950/0001-36 **IM:** 10286 **IE:** ISENTO **Fone:** 1938611313  
**Endereço:** RUA CHICO DE PAULA,608,CENTRO - CEP : 13840005  
**Município:** MOGI GUAÇU **UF:** SP **E-mail:** nfe@santacasamogiguacu.org.br

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

ESSA NOTA SERÁ LIQUIDADADA PELO CONVÊNIO NUMERO: 05/SS/2024

SERVIÇOS PRESTADOS  
VALOR BRUTO R\$ 5.000,00  
COFINS R\$150,00  
CSLL R\$ 50,00  
PIS R\$ 32,50  
IR R\$ 75,00  
VALOR LIQUIDO R\$ 4.692,50

CONFERE COM  
O ORIGINAL

*Gabrielle*  
ASSINATURA

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU  
TERMO DE CONVÊNIO Nº 05/SS/2024

FONTES DE RECURSO

MUNICIPAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) FMDCA R\$ \_\_\_\_\_  
( ) ESTADUAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) PRÓPRIOS R\$ \_\_\_\_\_  
( ) FEDERAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) OUTROS R\$ \_\_\_\_\_

Processo executado por: 172.16.20.60

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

Situação de Tributação  
Tributada no Prestador

Código do Serviço

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

Deduções de Materiais  
**0,00**

Base de Cálculo (R\$)  
**5.000,00**

Aliquota (%)  
**-**

Vr do ISS (R\$)  
**-**

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 5.000,00**



22/01/2025



### Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

#### Detalhes do pagamento

<b>ID da transação:</b> E00360305202501211408d6c69f8c0c4
<b>Situação:</b> EFETIVADA <b>Data e Hora:</b> 21/01/2025 às 11:36:17
<b>Valor Original:</b> R\$ 4.692,50 <b>Valor Atualizado:</b> R\$ 4.692,50 <b>Tarifa:</b> R\$ 8,50
<b>Detalhes:</b> NF 790

#### Origem

<b>Nome:</b> IRM STA CASA MISERIC MOGI GUACU
<b>CNPJ:</b> 52.739.950/0001-36
<b>Instituição:</b> CAIXA ECONOMICA FEDERAL

#### Destino

<b>Nome:</b> AMPARO MED CARE SERVICOS MEDICOS S/S
<b>CNPJ:</b> 15.626.947/0001-80
<b>Instituição:</b> BANCO DO BRASIL S.A.

<b>Código da operação:</b> 41409823902
<b>Chave de segurança:</b> 1F4NV0ENM517UJKA

Caso tenha dúvidas ou não reconheça esta transação, entre em contato com o Alô CAIXA e informe o ID Transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU**  
**SECRETARIA DA FAZENDA**  
**NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS**

Número da Nota - Série  
**000000000789 - E**

Autenticidade  
**CJTS-HQC5**

Data de Emissão  
**17/01/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** AMPARO MED CARE SERVICOS MEDICOS S/S  
**CPF/CNPJ:** 15.626.947/0001-80 **IM:** 317797 **IE:** ISENTA **Fone:** 19 3807-5737  
**Endereço:** AVENIDA JÚLIO XAVIER DA SILVA,379 SALA B,PARQUE CIDADE NOVA - CEP : 13845414  
**Município:** Mogi Guaçu **UF:** SP **E-mail:** amparomedcare@gmail.com

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MOGI GU  
**CPF/CNPJ:** 52.739.950/0001-36 **IM:** 10286 **IE:** ISENTO **Fone:** 1938611313  
**Endereço:** RUA CHICO DE PAULA,608,CENTRO - CEP : 13840005  
**Município:** MOGI GUAÇU **UF:** SP **E-mail:** nfe@santacasamogiguacu.org.br

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

ESSA NOTA SERÁ LIQUIDADADA PELO CONVÊNIO NUMERO: 05/SS/2024

SERVIÇOS PRESTADOS  
VALOR BRUTO R\$ 10.000,00  
COFINS R\$ 300,00  
CSLL R\$ 100,00  
PIS R\$ 65,00  
IR R\$ 150,00  
VALOR LIQUIDO R\$ 9.385,00

CONFERE COM  
O ORIGINAL

*Adrielle*

ASSINATURA

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU  
TERMO DE CONVÊNIO Nº 05/SS/2024

FONTES DE RECURSO

MUNICIPAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) FMDCA R\$ \_\_\_\_\_  
( ) ESTADUAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) PRÓPRIOS R\$ \_\_\_\_\_  
( ) FEDERAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) OUTROS R\$ \_\_\_\_\_

Processo executado por: 172.16.20.60

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

Situação de Tributação  
Tributada no Prestador

Código do Serviço

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

Deduções de Materiais  
**0,00**

Base de Cálculo (R\$)  
**10.000,00**

Aliquota (%)  
**-**

Vr do ISS (R\$)  
**-**

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 10.000,00**



22/01/2025

GERENCIADOR  
**CAIXA**



## Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

### Detalhes do pagamento

**ID da transação:** E00360305202501211409e0b9d29de6a  
**Situação:** EFETIVADA    **Data e Hora:** 21/01/2025 às 11:36:32  
**Valor Original:** R\$ 9.385,00    **Valor Atualizado:** R\$ 9.385,00    **Tarifa:** R\$ 8,50  
**Detalhes:** NF 789

### Origem

**Nome:** IRM STA CASA MISERIC MOGI GUACU  
**CNPJ:** 52.739.950/0001-36  
**Instituição:** CAIXA ECONOMICA FEDERAL

### Destino

**Nome:** AMPARO MED CARE SERVICOS MEDICOS S/S  
**CNPJ:** 15.626.947/0001-80  
**Instituição:** BANCO DO BRASIL S.A.

**Código da operação:** 41409858179  
**Chave de segurança:** 1F4NV0ENM517UJKA

Caso tenha dúvidas ou não reconheça esta transação, entre em contato com o Alô CAIXA e informe o ID Transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU**  
**SECRETARIA DA FAZENDA**  
**NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS**

Número da Nota - Série  
**000000000309 - E**  
Autenticidade  
**PEZG-S8IR**  
Data de Emissão  
**17/01/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** NEONATALE SERVICOS MEDICOS LTDA  
**CPF/CNPJ:** 18.835.834/0001-82 **IM:** 267333 **IE:** ISENTA **Fone:** 1981336578  
**Endereço:** RUA AMÉRICO LUIZ CAVEANHA,97 SALA 02,CENTRO - CEP : 13840018  
**Município:** Mogi Guaçu **UF:** SP **E-mail:** leoparizzi@uol.com.br

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MOGI GU  
**CPF/CNPJ:** 52.739.950/0001-36 **IM:** 10286 **IE:** ISENTO **Fone:** 1938611313  
**Endereço:** RUA CHICO DE PAULA,608,CENTRO - CEP : 13840005  
**Município:** MOGI GUAÇU **UF:** SP **E-mail:** nfe@santacasamogiguacu.org.br

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS REFERENTE A COORDENAÇÃO MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU  
COMPETÊNCIA - DEZEMBRO DE 2024.

CONVÊNIO NÚMERO 05/SS/2024.

DR. LEONARDO PARIZZI LEALDINI.


VALOR LÍQUIDO À RECEBER - 9.662,99

C/BANCÁRIA  
BANCO SICOOB S.A.  
AG: 3122  
C/C: 008581649

Serviço realizado em : SANTA CASA DE MOGI GUACU

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU  
TERMO DE CONVÊNIO Nº 05/SS/2024  
FONTES DE RECURSO  
 MUNICIPAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) FMDCA R\$ \_\_\_\_\_  
 ESTADUAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) PRÓPRIOS R\$ \_\_\_\_\_  
 FEDERAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) OUTROS R\$ \_\_\_\_\_

CONFERE COM  
O ORIGINAL

  
ASSINATURA

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

Processo executado por: 172.16.20.60

Consulte a autenticidade desta Nota Fiscal através  
do site: <http://www.mogiguacu.sp.gov.br>  
Valor aprox. dos tributos (Lei nº 12.741/2012):  
R\$ 1.671,00 - Aliq: 16,71%

Situação de Tributação  
Tributado no Tomador

Código do Serviço  
401 - Medicina e biomedicina.

Deduções de Materiais  
0,00

Base de Cálculo (R\$)  
10.000,00

Alíquota (%)  
3,3701%

Vr do ISS (R\$)  
337,01

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 10.000,00**



22/01/2025



### Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

#### Detalhes do pagamento

<b>ID da transação:</b> E00360305202501211410919a78c0c08
<b>Situação:</b> EFETIVADA <b>Data e Hora:</b> 21/01/2025 às 11:36:44
<b>Valor Original:</b> R\$ 9.662,99 <b>Valor Atualizado:</b> R\$ 9.662,99 <b>Tarifa:</b> R\$ 8,50
<b>Detalhes:</b> NF 309

#### Origem

<b>Nome:</b> IRM STA CASA MISERIC MOGI GUACU
<b>CNPJ:</b> 52.739.950/0001-36
<b>Instituição:</b> CAIXA ECONOMICA FEDERAL

#### Destino

<b>Nome:</b> NEONATALE SERVICOS MEDICOS LTDA
<b>CNPJ:</b> 18.835.834/0001-82
<b>Instituição:</b> CC CREDINTER

<b>Código da operação:</b> 41409852536
<b>Chave de segurança:</b> 1F4NV0ENM517UJKA

Caso tenha dúvidas ou não reconheça esta transação, entre em contato com o Alô CAIXA e informe o ID Transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)  
SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492



**PREFEITURA DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA**  
**DIRETORIA DE FINANÇAS**  
**SETOR DE FISCALIZAÇÃO TRIBUTÁRIA**  
**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-E**  
**Código de Verificação**  
**285602428A**



Nº Nota	390
Serie: F	
Nº RPS:	-
Data de Emissão	20/JAN/2025 - 14:40:10
Competência	01/2025

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

Razão Social/Nome: **FERREIRA & GARCIA SERVIÇOS MÉDICOS LTDA**  
 CNPJ/CPF: **26.931.282/0001-34** Insc. Municipal: **21293** Insc. Estadual:  
 Endereço: **RUA NAGIB MIGUEL, 4093**  
 Complemento: **ANDAR 02 -25-A** Bairro: **JARDIM RECANTO** CEP: **13.874-439**  
 Município: **SÃO JOÃO DA BOA VISTA** UF: **SP** País: **BRASIL**  
 E-mail: **carolsorci@hotmail.com** Telefone: **(19)36223717**  
 Site:

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

Razão Social/Nome: **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MOGI GUAÇU**  
 CNPJ/CPF: **52.739.950/0001-36** Insc. Municipal: Insc. Estadual:  
 Endereço: **RUA CHICO DE PAULA, 608**  
 Complemento: **Não Informado** Bairro: **CENTRO** CEP: **13.840-005**  
 Município: **MOGI GUAÇU** UF: **SP** País: **BRASIL**  
 E-mail: Telefone:

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS.**

Serviços prestados Coordenação 12/2024.  
 Destacar no corpo da nota:  
 Convênio numero 05/SS/2024  
 Dr. Abrahão.....8.500,00

CONFERE COM  
O ORIGINAL

*Gabrielle*  
ASSINATURA

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU  
 TERMO DE CONVÊNIO Nº 05/SS/2024

**FONTES DE RECURSOS - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

MUNICIPAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) FMDCA R\$ \_\_\_\_\_  
 ESTADUAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) PRÓPRIOS R\$ \_\_\_\_\_  
 FEDERAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) OUTROS R\$ \_\_\_\_\_

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 8.500,00**

Local de Prestação: <b>MOGI GUAÇU - SP</b>			Local de Incidência: <b>SAO JOAO DA BOA VISTA</b>		
Código do Serviço:					
<b>Ativ. Serviço: 4.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros,</b>					
Valor do INSS Retido (R\$)	Valor do IRRF Retido (R\$)	Valor do CSLL Retido (R\$)	Valor do PIS Retido (R\$)	Valor do COFINS Retido (R\$)	
0,00	127,50	85,00	55,25	255,00	
Valor Deduções (R\$)	Outras Retenções (R\$)	Base de Cálculo do ISS (R\$)	Alíquota	Valor do ISS (R\$)	Valor Líquido da Nota (R\$)
	0,00	8.500,00	2	170,00	7.977,25

**OUTRAS INFORMAÇÕES**

O ISSQN desta NFS-e será recolhido pelo PRESTADOR.  
 Contribuinte enquadrado no Regime de ISS Variável.

A autenticação da NFS-e pode ser confirmada no Site:  
[https://nfesaojoao.intertecsolucoes.com.br/ords/psjv/f?p=1085:71 RECEBEMOS DO\(A\) FERREIRA & GARCIA SERVIÇOS MÉDICOS LTDA OS SERVIÇOS CONSTANTES NA NFS-e](https://nfesaojoao.intertecsolucoes.com.br/ords/psjv/f?p=1085:71 RECEBEMOS DO(A) FERREIRA & GARCIA SERVIÇOS MÉDICOS LTDA OS SERVIÇOS CONSTANTES NA NFS-e)

Código de Verificação:  
**285602428A**

Número da Nota:  
**390**

Local

Data

Assinatura



22/01/2025



### Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

#### Detalhes do pagamento

<b>ID da transação:</b> E00360305202501211411069264b8b08
<b>Situação:</b> EFETIVADA <b>Data e Hora:</b> 21/01/2025 às 11:36:59
<b>Valor Original:</b> R\$ 7.977,25 <b>Valor Atualizado:</b> R\$ 7.977,25 <b>Tarifa:</b> R\$ 8,50
<b>Detalhes:</b> NF 390

#### Origem

<b>Nome:</b> IRM STA CASA MISERIC MOGI GUACU
<b>CNPJ:</b> 52.739.950/0001-36
<b>Instituição:</b> CAIXA ECONOMICA FEDERAL

#### Destino

<b>Nome:</b> FERREIRA & GARCIA SERVICOS MEDICOS LTDA
<b>CNPJ:</b> 26.931.282/0001-34
<b>Instituição:</b> NU PAGAMENTOS S.A.

<b>Código da operação:</b> 41409867323
<b>Chave de segurança:</b> 1F4NV0ENM517UJKA

Caso tenha dúvidas ou não reconheça esta transação, entre em contato com o Alô CAIXA e informe o ID Transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492



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



20250121u54685272000100

Número da Nota <b>00000041</b>	Data e Hora de Emissão <b>21/01/2025 10:43:22</b>	Competência <b>01/2025</b>	Código de Verificação <b>D1SU-WY18</b>
-----------------------------------	--	-------------------------------	---

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

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

CPF/CNPJ: **54.685.272/0001-00** Inscrição Municipal: **00121983**  
 Nome/Razão Social: **CRTG CLINICA MEDICA**  
 Endereço: **RUA CATARINA MENEGAZZO ZANAGA 144 - JARDIM LIZANDRA - CEP: 13471-323**  
 Município: **Americana** UF: **SP**

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

Nome/Razão Social: **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MOGI GUAC** Inscrição Municipal: **---**  
 CPF/CNPJ: **52.739.950/0001-36**  
 Endereço: **R Chico de Paula 608 - Centro - CEP: 13840-005**  
 Município: **Mogi Guaçu** UF: **SP** E-mail: **elionora@santacasamogiguacu.org.br**

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS EM MOGI GUAÇU - SP  
 VALOR APROX. DE TRIBUTOS (16,14%) § 4.131,84  
 CONFORME LEI Nº 12.741/12 FONTE IBPT

DR. CARLOS ROBERTO T. GOUVEIA  
 referente serviços prestados Plantões 12/2024  
 Convênio numero 05/SS/2024

VALOR LIQUIDO: \$ 24.025,60

CONFERE COM  
O ORIGINAL

*Gabrielly*  
ASSINATURA

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU  
 TERMO DE CONVÊNIO Nº 05/SS/2024

**FONTES DE RECURSO**

MUNICIPAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) FMDCA R\$ \_\_\_\_\_  
 ESTADUAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) PRÓPRIOS R\$ \_\_\_\_\_  
 FEDERAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) OUTROS R\$ \_\_\_\_\_

Retenção de COFINS	Retenção de CSLL	Retenção de INSS	Retenção IR	Retenção de PIS	Outras Retenções
R\$ 768,00	R\$ 256,00	R\$ 0,00	R\$ 384,00	R\$ 166,40	R\$ 0,00

CNAE: 8630599 - Atividades de atenção ambulatorial não especificadas anteriormente  
 Subitem: 04.01 - Medicina e biomedicina.

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 25.600,00**

Valor Total das Deduções (R\$) <b>0,00</b>	Base de Cálculo (R\$) <b>25.600,00</b>	Alíquota (%) <b>3,00%</b>	Valor do ISS (R\$) <b>768,00</b>	Crédito p/ Abatimento do IPTU <b>0,00</b>
---	---	------------------------------	-------------------------------------	--

**OUTRAS INFORMAÇÕES**

- Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 4.930/2009 e no Decreto nº 8.250/2009.
- Data de vencimento do ISS desta NFS-e: 20/02/2025
- Esta NFS-e não gera crédito pois o Tomador de Serviço está localizado fora do município de Americana.
- Valor Líquido a Pagar: R\$ 24.025,60



22/01/2025



### Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

#### Detalhes do pagamento

<b>ID da transação:</b> E00360305202501211416ec77f3367bd
<b>Situação:</b> EFETIVADA <b>Data e Hora:</b> 21/01/2025 às 11:38:09
<b>Valor Original:</b> R\$ 24.025,60 <b>Valor Atualizado:</b> R\$ 24.025,60 <b>Tarifa:</b> R\$ 8,50
<b>Detalhes:</b> NF 41

#### Origem

<b>Nome:</b> IRM STA CASA MISERIC MOGI GUACU
<b>CNPJ:</b> 52.739.950/0001-36
<b>Instituição:</b> CAIXA ECONOMICA FEDERAL

#### Destino

<b>Nome:</b> CRTG CLINICA MEDICA
<b>CNPJ:</b> 54.685.272/0001-00
<b>Instituição:</b> CCLA CENTRO BRASILEIRA

<b>Código da operação:</b> 41409939505
<b>Chave de segurança:</b> 1F4NV0ENM517UJKA

Caso tenha dúvidas ou não reconheça esta transação, entre em contato com o Alô CAIXA e informe o ID Transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)  
SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU**  
**SECRETARIA DA FAZENDA**  
**NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS**

Número da Nota - Série  
**000000001176 - E**

Autenticidade  
**1XMR-1BBU**

Data de Emissão  
**17/01/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** CLINICA MEDICA CAPE LTDA  
**CPF/CNPJ:** 08.742.556/0001-65 **IM:** 191922 **IE:** ISENTO **Fone:** (19) 3861-3636  
**Endereço:** RUA ANTUNES GARCIA,356,BAIRRO DO LOTE - CEP : 13840106  
**Município:** MOGI GUACU **UF:** SP **E-mail:** elainepedrini@ig.com.br

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MOGI GU  
**CPF/CNPJ:** 52.739.950/0001-36 **IM:** 10286 **IE:** ISENTO **Fone:** 1938611313  
**Endereço:** RUA CHICO DE PAULA,608,CENTRO - CEP : 13840005  
**Município:** MOGI GUAÇU **UF:** SP **E-mail:** nfe@santacasamogiguacu.org.br

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

Serviços médico prestados  
Referente convênio:05/SS/2024  
Dr Marcos Alexandre F da Cruz  
CRM 91656


PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU  
TERMO DE CONVÊNIO N° 05/SS/2024

FONTES DE RECURSO

MUNICIPAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) FMDCA R\$ \_\_\_\_\_  
( ) ESTADUAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) PRÓPRIOS R\$ \_\_\_\_\_  
( ) FEDERAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) OUTROS R\$ \_\_\_\_\_

IRRF 1,5%R\$ 150,00  
CSLL 1%R\$ 100,00  
COFINS 3%R\$ 300,00  
PIS 0,65%R\$ 65,00

CONFERE COM  
O ORIGINAL

  
ASSINATURA

Processo executado por: 172.16.20.60

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

Situação de Tributação  
Tributado no Tomador

Código do Serviço  
401 - Medicina e biomedicina.

Deduções de Materiais  
0,00

Base de Cálculo (R\$)  
10.000,00

Alíquota (%)  
3,0000%

Vr do ISS (R\$)  
300,00

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 10.000,00**



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

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	04281 / 1292 / 000577217219-7
<b>Tipo de conta:</b>	Não foi possível recuperar
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	IRM STA CASA MISERIC MOGI GUACU
<b>CPF/CNPJ:</b>	52.739.950/0001-36

<b>Banco:</b>	033 - BANCO SANTANDER S.A. - 90400888
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0181 / 00001035580-6
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	CLINICA MEDICA CAPE
<b>CPF/CNPJ:</b>	120.599.738-56
<b>Valor:</b>	R\$ 9.085,00
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 12,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF 1116
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	21/01/2025
<b>Data / Hora da operação:</b>	21/01/2025 11:45:02

<b>Código da operação:</b>	19355672
<b>Chave de segurança:</b>	P5UY09KPEGKWFYCC

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

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

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



**MUNICÍPIO DE MOGI MIRIM**  
**SECRETARIA DE FINANÇAS**

Nº da Nota - Serie  
**0000000442 - E**

Autenticidade  
**47FL-LYDL**

**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFSe**



Data de Emissão .....: **20/01/2025 09:32:49**  
Competência (Serv.): **01/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

Razão Social.: **F & R SERVIÇOS MÉDICOS S/S LTDA.**  
Nome Fantasia: **F & R SERVICOS MEDICOS**  
CPF/CNPJ.....: **19.879.795/0001-88** IM: **28683** IE: Fone:  
Endereço.....: **TREZE DE MAIO ,644 APT: 112; - CEP:13800051**  
Município.....: **MOGI MIRIM** UF: **SP** Email: **ferferfaria@yahoo.com.br**

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

Razão Social.: **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MOGI GUACU**  
Nome Fantasia:  
CPF/CNPJ.....: **52.739.950/0001-36** IM: IE: Fone: **(19) 3861-1313**  
Endereço.....: **RUA R CHICO DE PAULA,608 - CEP : 13840005, CENTRO**  
Município.....: **Mogi Guaçu** UF: **SP**  
Email.....: **santacasamogiguacu@dglnet.com.br**

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

Serviços prestados - Dra Fernanda Severino, CRM 126174, ESSA NOTA SERÁ LIQUIDADADA NO Termo de Convênio: número 05/SS/2024

Valor Bruto.....1.700,00  
Imposto renda 25,50  
Pis 11,05  
Cofins 51,00  
Csll 17,00  
Issqn 51,00  
Valor Líquido.....1.544,45

**CONFERE COM  
O ORIGINAL**

*gabrielle*  
**ASSINATURA**

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUACU  
TERMO DE CONVÊNIO N.º 05/SS/2024  
FONTES DE RECURSO  
 MUNICIPAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) FMDCA R\$ \_\_\_\_\_  
( ) ESTADUAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) PRÓPRIOS R\$ \_\_\_\_\_  
( ) FEDERAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) OUTROS R\$ \_\_\_\_\_

Conta para depósito  
CEF  
Agencia 0323  
Operação 3702  
Conta corrente 739150.137-0

Serviço prestado pessoalmente pelo titular ou sócio no exercício de profissão regulamentada e sem o concurso de empregados ou contribuintes individuais conforme dispõe o Artigo 120.

Processo executado por: 172.16.20.60  
Consulte a autenticidade desta Nota Fiscal através do site:  
**mogimirim.sigiss.com.br**  
Valor aprox. dos tributos (Lei nº 12.741/2012):  
**R\$ 243,61 - Aliq: 14,33%**

Situação de Tributação  
**Não Tributada em Mogi Mirim**  
Tributada em Mogi Guaçu

Código do Serviço  
**403 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatorios e congêneres.**

I.N.S.S. (R\$)	I.RENDA (R\$)	PIS (R\$)	COFINS (R\$)	CSLL (R\$)	OUTRAS DEDUÇÕES (R\$)
0,00	25,50	11,05	51,00	17,00	0,00

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

VALOR TOTAL	DEDUÇÕES	BASE DE CALCULO	ALÍQUOTA	VALOR DO ISS	VALOR LÍQUIDO
<b>1.700,00</b>	0,00	1.700,00	3,0000%	51,00	1.595,45



**MUNICÍPIO DE MOGI MIRIM**  
**SECRETARIA DE FINANÇAS**

Nº da Nota - Serie  
**0000000442 - E**

Autenticidade  
**47FL-LYDL**

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

Data de Emissão .....: **20/01/2025 09:32:49**  
Competência (Serv.): **01/2025**



**CONTINUAÇÃO DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS.**

Serviço prestado pessoalmente pelo titular ou sócio no exercício de profissão regulamentada e sem o concurso de empregados ou contribuintes individuais conforme dispõe o Artigo 120, Inciso III da IN/RFB nº 971/2009.



29/01/2025



### Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

#### Detalhes do pagamento

<b>ID da transação:</b> E003603052025012412459c98b56311d
<b>Situação:</b> EFETIVADA <b>Data e Hora:</b> 24/01/2025 às 14:54:36
<b>Valor Original:</b> R\$ 1.544,45 <b>Valor Atualizado:</b> R\$ 1.544,45 <b>Tarifa:</b> R\$ 8,50
<b>Detalhes:</b> NF 442

#### Origem

<b>Nome:</b> IRM STA CASA MISERIC MOGI GUACU
<b>CNPJ:</b> 52.739.950/0001-36
<b>Instituição:</b> CAIXA ECONOMICA FEDERAL

#### Destino

<b>Nome:</b> F & R SERVICOS MEDICOS S/S LTDA.
<b>CNPJ:</b> 19.879.795/0001-88
<b>Instituição:</b> CAIXA ECONOMICA FEDERAL

<b>Código da operação:</b> 41550056519
<b>Chave de segurança:</b> 1F4NV0ENM517UJKA

Caso tenha dúvidas ou não reconheça esta transação, entre em contato com o Alô CAIXA e informe o ID Transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)  
SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492