



Município de Jacutinga

Município de Jacutinga

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e



Número da NFS-e

412

Código de Verificação de Autenticidade

8R33XHUKI

Data e Hora de Emissão da NFS-e

20/03/2025 às 14:27:50

Chave de Acesso

489211E8BC878A5JM4W9KHHUCRR8EUOC

Para certificação da autenticidade acesse  
<https://nfe.sgpccloud.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 20/03/2025
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
CEP/Cod.Postal 13840-005	Cidade/Pais MOGI GUACU - SP	Cod. IBGE 3530706	Bairro CENTRO
			Telefone
			E-mail tesouraria@santacasamogiguacu.org.br

## Discriminação dos Serviços

Qtde.	Un. Medida	Descrição	Vlr. Unitário	Total
1,00	UN	Serviços prestados referente a plantões 02/2025. Convênio sus número 05/SS/2024.	27.500,00	R\$ 27.500,00

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU  
 TERMO DE CONVÊNIO N° 001/SS/2024  
 FONTES DE RECURSO

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

CONFERE COM  
O ORIGINAL

ASSINATURA

## Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS

LC 116/2003: 04.01	Aliquota	Atividade Município	Código CNAE	Código da Obra	Código ART
Medicina e biomedicina	0,00%	0000040000024			
Valor Total dos Serviços	Desconto Incondicionado	Deduções Base Cálculo	Base de Cálculo	Total do ISS	ISS Retido
R\$ 27.500,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 27.500,00	R\$ 0,00	2 - Não
					Desconto Condicionado
					R\$ 0,00

## Retenções de Impostos

PIS (27.500,00 x 0,65%)	COFINS (27.500,00 x 3,00%)	INSS	IRRF (27.500,00 x 1,50%)	CSLL (27.500,00 x 1,00%)	Outras Retenções
R\$ 178,75	R\$ 825,00	R\$ 0,00	R\$ 412,50	R\$ 275,00	R\$ 0,00

Valor Líquido da NFS-e: R\$ 25.808,75

Val. Aprox. Tributos:

## Informações Complementares

RECEBI(EMOS) DE LUCIA SERVIÇOS MÉDICOS LTDA O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO 412 E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO 8R33XHUKI.

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: 02/2025

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana</b> dias 05, 12, 14, 19, 26, 28	13	12 Horas	R\$ 1.700,00	R\$ 22.100,00
<b>Final de Semana</b> dias 16, 23	3	12 Horas	R\$ 1.800,00	R\$ 5.400,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				R\$ 27.500,00

  
Romildo Fontaniello  
PROVEDOR

21/03/2025

GERENCIADOR  
**CAIXA**



## Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

### Detalhes do pagamento

**ID da transação:** E00360305202503201823fd00ad14231  
**Situação:** EFETIVADA    **Data e Hora:** 20/03/2025 às 15:56:33  
**Valor Original:** R\$ 25.808,75    **Valor Atualizado:** R\$ 25.808,75    **Tarifa:** R\$ 8,50  
**Detalhes:** NF412

### Origem

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

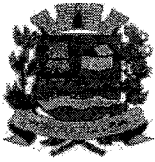
### Destino

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

**Código da operação:** 44078206395  
**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

**00000000812 - E**

Autenticidade

**9014-R53Z**

Data de Emissão

**19/03/2025**

**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 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**

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

VALOR BRUTO R\$ 19.900,00  
COFINS R\$ 597,00  
CSLL R\$ 199,00  
PIS R\$ 129,35  
IR R\$ 298,50  
VALOR LIQUIDO R\$ 18.676,15

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU  
TERMO DE CONVÊNIO Nº 05/SS/24  
FONTES DE RECURSO

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

**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  
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\$)  
19.900,00

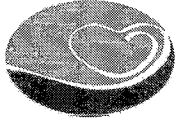
Aliquota (%)

-

Vr do ISS (R\$)

-

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 19.900,00**

**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: 02/2025**

<b>Dias da Semana</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Referência</b>	<b>Valor</b>	<b>Valor Total</b>
<b>Semana</b> dias 03, 04, 05, 07, 12, 14, 17, 18, 19, 21, 24, 25, 26, 28	14	6 Horas	R\$ 850,00	R\$ 11.900,00
<b>Semana</b> dia 11	1	12 Horas	R\$ 1.700,00	R\$ 1.700,00
<b>Final de semana</b> dias 02, 08, 16, 22, 23	5	6 Horas	R\$ 900,00	R\$ 4.500,00
<b>Final de semana</b> dia 15	1	12 Horas	R\$ 1.800,00	R\$ 1.800,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 19.900,00</b>

  
Romildo Fontaniello  
PROVEDOR

21/03/2025

GERENCIADOR  
**CAIXA**



## Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

### Detalhes do pagamento

**ID da transação:** E00360305202503201824216e44b32dc  
**Situação:** EFETIVADA **Data e Hora:** 20/03/2025 às 15:56:57  
**Valor Original:** R\$ 18.676,15 **Valor Atualizado:** R\$ 18.676,15 **Tarifa:** R\$ 8,50  
**Detalhes:** NF812

### 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:** 44078225183  
**Chave de segurança:** 1F4NV0ENM517UJKA

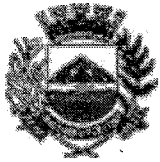
Caso tenha dúvidas ou não reconheça esta transação, entre em contato com o Alô CAIXA e informe o ID Transação presente neste comprovante.

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  
**00000000143 - 1**

Autenticidade  
**QV64-IONB**

Data de Emissão  
**20/03/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

CPF/CNPJ: 50.317.987/0001-40 IM: 110437 IE: Fone: (19)3863-1589  
Nome/Razão Social: MAGALHAES RE MEDICAL LTDA  
Endereço: RUA DOUTOR JOSÉ SECCHI, 85 SALA 01 - CEP: 13975010  
Bairro: CHÁCARA SANTA FE  
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 142**

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

Referente plantões no mês de fevereiro de 2025, pelo Dr. Cesar de Magalhães Rocha Leonello.

Convênio numero 05/SS/2024  
Valor: R\$25.800,00

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**

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUACU  
TERMO DE CONVÊNIO Nº 00.155/2024  
FONTES DE RECURSO

<input checked="" type="checkbox"/> 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.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	25.800,00	3,570%	921,06	

**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: **MAGALHAES RL MEDICAL LTDA**

Nome Pessoa Física: **Cesar de Magalhães Rocha Leonello**

CNPJ/CPF.: **50.317.987/0001-40**

Especialidade: **Clinico**

Convênio: **PLANTÕES**

Competência: **02/2025**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana</b>	12	12 Horas	R\$ 1.700,00	R\$ 20.400,00
dias 03, 05, 06, 10, 12, 13 17, 19, 20, 24, 26, 27				
<b>Final de semana</b>	3	12 Horas	R\$ 1.800,00	R\$ 5.400,00
dias 01, 09, 23				
<b>TOTAL A PAGAR</b>				R\$ 25.800,00

  
**Romildo Fontaniello**  
**PROVEDOR**

21/03/2025

GERENCIADOR  
**CAIXA**



### Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

#### Detalhes do pagamento

000

**ID da transação:** E003603052025032018251923dcc4143  
**Situação:** EFETIVADA **Data e Hora:** 20/03/2025 às 15:57:15  
**Valor Original:** R\$ 25.800,00 **Valor Atualizado:** R\$ 25.800,00 **Tarifa:** R\$ 8,50  
**Detalhes:** NF143

#### 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:** 44078251328  
**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 NATERCIA**  
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  
**10/2025**  
Nº Integral: 20250000000010

Código Verificação  
**G68GYSS7YZ**

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

Município de Prestação: **NATÉRCIA - MG**

Período de Competência: **3/2025**

Natureza da Operação: **TRIBUTAÇÃO NO MUNICÍPIO**

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

Data da Nota Fiscal: **20/03/2025**

Nº da RPS:

Código QR



**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:

Simples Nac/MEI/Outros: **Simples 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 FEVEREIRO/2025.
- ESSA NOTA SERÁ LIQUIDADADA PELO CONVÊNIO Nº 05/SS/2024.

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

**VALOR TOTAL DE SERVIÇOS = R\$ 12.100,00**

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\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	ISS Retido (R\$)	ISS Devido (R\$)	Valor Líquido (R\$)
0,00	0,00	12.100,00	2,84	343,64	0,00	0,00	12.100,00



### 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: 02/2025**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana</b> dias 06, 13, 26, 27, 28	5	12 Horas	R\$ 1.700,00	R\$ 8.500,00
<b>Final de Semana</b> dias 01, 16	2	12 Horas	R\$ 1.800,00	R\$ 3.600,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				R\$ <b>12.100,00</b>

**Romildo Fontaniello**  
**PROVEDOR**

21/03/2025

GERENCIADOR  
**CAIXA**



### Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

#### Detalhes do pagamento

<b>ID da transação:</b> E0036030520250320182684c591bbeb4
<b>Situação:</b> EFETIVADA <b>Data e Hora:</b> 20/03/2025 às 15:57:36
<b>Valor Original:</b> R\$ 12.100,00 <b>Valor Atualizado:</b> R\$ 12.100,00 <b>Tarifa:</b> R\$ 8,50
<b>Detalhes:</b> NF10

#### 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> FLAVIA DE SOUZA REIS SERVICOS MEDICOS LTDA
<b>CNPJ:</b> 42.004.441/0001-01
<b>Instituição:</b> CCLA SUL MINAS-SICOOB CREDIVAS

<b>Código da operação:</b> 44078279002
<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  
**000000000034 - E**  
Autenticidade  
**Q4RX-Y4RA**  
Data de Emissão  
**20/03/2025**

**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 Fevereiro/2025.  
Dias da semana: Final de semana  
Quantidade: 4  
Referência: 12 horas  
Valor: R\$ 1.800,00  
Valor total: R\$ 7.200,00  
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

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\$ _____	( ) 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>**

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\$)  
**7.200,00**

Alíquota (%)  
**2,5000%**

Vr do ISS (R\$)  
**180,00**

**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: **ALINE DE JESUS SANTANA LTDA**

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

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

Especialidade: **Clinico**

**Convênio: PLANTÕES**

**Competência: 02/2025**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Final de semana</b>	<b>4</b>	<b>12 Horas</b>	<b>R\$ 1.800,00</b>	<b>R\$ 7.200,00</b>
dias 02, 16				
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 7.200,00</b>

  
**Romildo Fontaniello**  
**PROVEDOR**

21/03/2025

GERENCIADOR  
**CAIXA**



### Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

#### Detalhes do pagamento

<b>ID da transação:</b> E003603052025032018429c24abe9cd2
<b>Situação:</b> EFETIVADA <b>Data e Hora:</b> 20/03/2025 às 15:58:18
<b>Valor Original:</b> R\$ 7.020,00 <b>Valor Atualizado:</b> R\$ 7.020,00 <b>Tarifa:</b> R\$ 8,50
<b>Detalhes:</b> NF34

#### 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> 44078313964
<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) **20/03/2025 12:58:15** Período de Competência **03/2025** 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** Email **dr.lucsen@gmail.com**  
CPF/CNPJ **48.889.013/0001-90** Inscrição Municipal **2441287** Inscrição Estadual **Sim** 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** E-mail **elionara@santacasamogiguacu.org.br**  
CPF/CNPJ **52.739.950/0001-36** Inscrição Municipal **(19) 3861-1313** Inscrição Estadual **(19) 3861-1313** Fone/Fax **(19) 3861-1313**  
Endereço **Rua Chico de Paula, 608 - Centro - CEP: 13840-005 - Mogi Guaçu - SP**

### SERVIÇO PRESTADO

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

### DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

**Prestação de Serviços Médicos.**

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

No valor de R\$ 9.800,00 ref.: 02/2025 - Plantões

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

Dados Bancários:  
Banco: 756 - SICOOB  
Agência: 3122  
Conta Corrente: 856.516-3  
CNPJ: 48.889.013/0001-90

Pix CNPJ: 48.889.013/0001-90

**CONFERE COM  
O ORIGINAL**

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\$ \_\_\_\_\_

**ASSINATURA**

### RETENÇÕES FEDERAIS

PIS (R\$)	COFINS (R\$)	INSS (R\$)	IR (R\$)	CSLL (R\$)	Outras Retenções (R\$)
<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>

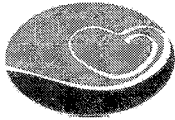
### VALORES

Valor dos Serviços (R\$)	Deduções (R\$)	Desconto Incondicionado (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)
<b>9.800,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>*****</b>	<b>2,0100</b>
ISS (R\$)	ISS Retido (R\$)	Desconto Condicionado (R\$)	Valor Líquido (R\$)	Valor Total da Nota (R\$)
<b>*****</b>	<b>*****</b>	<b>0,00</b>	<b>9.800,00</b>	<b>9.800,00</b>

### OUTRAS INFORMAÇÕES

Esta NFS-e é autodeclaratória.  
Optante do Simples Nacional.  
Trib. aprox. R\$ 1.318,10 Federal e R\$ 490,00 Municipal. Fonte: IBPT [63390F]

Visualizado em: 20/03/2025 12:58:15  
Para validação desta NFSe 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: **Clinico****Convênio: PLANTÕES****Competência: 02/2025**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana</b> dias 06, 11, 18, 25	4	12 Horas	R\$ 1.700,00	R\$ 6.800,00
<b>Final de semana</b> dia 08	1	12 Horas	R\$ 1.800,00	R\$ 1.800,00
<b>Final de semana</b> dia 22	1	08 Horas	R\$ 1.200,00	R\$ 1.200,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 9.800,00</b>

  
**Romildo Fontaniello**  
**PROVEDOR**

21/03/2025

GERENCIADOR  
**CAIXA**



### Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

#### Detalhes do pagamento

<b>ID da transação:</b> E003603052025032018422c62318616b
<b>Situação:</b> EFETIVADA <b>Data e Hora:</b> 20/03/2025 às 15:58:39
<b>Valor Original:</b> R\$ 9.800,00 <b>Valor Atualizado:</b> R\$ 9.800,00 <b>Tarifa:</b> R\$ 8,50
<b>Detalhes:</b> NF13

#### 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

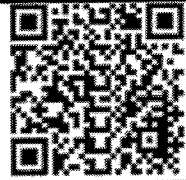
<b>Código da operação:</b> 44078324986
<b>Chave de segurança:</b> 1F4NV0ENM517UJKA

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**



20250319u54685272000100

Número da Nota <b>00000047</b>	Data e Hora de Emissão <b>19/03/2025 16:46:44</b>	Competência <b>03/2025</b>	Código de Verificação <b>VTWL-SXP6</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**  
CPF/CNPJ: **52.739.950/0001-36** Inscrição Municipal: **----**  
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%) **§ 2.776,08**  
CONFORME LEI Nº 12.741/12 FONTE IBPT

DR. CARLOS ROBERTO T. GOUVEIA  
referente serviços prestados Plantões 01/2025  
Convênio numero 05/SS/2024  
Dr. Carlos.....17.200,00

Retenção de COFINS	Retenção de CSLL	Retenção de INSS	Retenção IR	Retenção de PIS	Outras Retenções
R\$ 516,00	R\$ 172,00	R\$ 0,00	R\$ 258,00	R\$ 111,80	R\$ 0,00

CNAE: 8630599 - Atividades de atenção ambulatorial não especificadas anteriormente  
Subitem: 04.01 - Medicina e biomedicina.

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 17.200,00**

Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito p/ Abatimento do IPTU
<b>0,00</b>	<b>17.200,00</b>	<b>3,00%</b>	<b>516,00</b>	<b>0,00</b>

**OUTRAS INFORMAÇÕES**

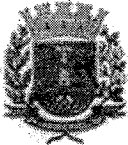
- Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 4.930/2009 e no Decreto nº 8.250/2009
- Data de vencimento do ISS desta NFS-e: 22/04/2025
- Esta NFS-e não gera crédito pois o Tomador de Serviço está localizado fora do município de Americana.
- Valor Líquido a Pagar: R\$ 16.142,20

**CONFERE COM  
O ORIGINAL**

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\$ \_\_\_\_\_

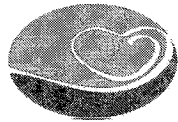
\_\_\_\_\_  
ASSINATURA

	<b>MUNICÍPIO DE AMERICANA</b> <b>SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA</b> <b>CARTA DE CORREÇÃO</b> Nº 1 - ANEXADA EM 20/03/2025	Número da Nota <b>00000047</b>										
		Data e Hora de Emissão <b>19/03/2025 16:46:44</b>										
		Código de Verificação <b>VTWL-SXP6</b>										
<b>PRESTADOR DE SERVIÇOS</b> CPF/CNPJ: <b>54.695.272/0001-00</b> Inscrição Municipal: <b>00121983</b> Inscrição Estadual: --- Nome/Razão Social: <b>CRTG CLINICA MEDICA</b> Nome Fantasia: <b>SAUDE FEMININA</b> Tel.: Endereço: <b>RUA CATARINA MENEGAZZO ZANAGA 144 - JARDIM LIZANDRA - CEP: 13471-323</b> Município: <b>Americana</b> UF: <b>SP</b> E-mail: <b>driely@empresarialcontabilidade.com.br</b>												
<b>TOMADOR DE SERVIÇOS</b> CPF/CNPJ: <b>52.739.950/0001-36</b> Inscrição Municipal: ---      Inscrição Estadual: --- Nome/Razão Social: <b>IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MOGI GUAÇU</b> Endereço: <b>R Chico de Paula 608 - Centro - CEP: 13840-005</b> Tel.: <b>39611313</b> Município: <b>Mogi Guaçu</b> UF: <b>SP</b> E-mail: <b>elionora@santacasamogiguacu.org.br</b>												
<b>DESCRIÇÃO</b> SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS EM MOGI GUAÇU - SP VALOR APROX. DE TRIBUTOS (16,14%) \$ 2.776,08 CONFORME LEI Nº 12.741/12 FONTE IBPT  DR. CARLOS ROBERTO T. GOUVEIA referente serviços prestados Plantões 02/2025 Convênio numero 05/SS/2024 Dr. Carlos.....17.200,00												
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>COFINS</td> <td>CSLL</td> <td>INSS</td> <td>IRPJ</td> <td>PIS</td> </tr> <tr> <td>R\$ 516,00</td> <td>R\$ 172,00</td> <td>R\$ 0,00</td> <td>R\$ 258,00</td> <td>R\$ 111,80</td> </tr> </table>			COFINS	CSLL	INSS	IRPJ	PIS	R\$ 516,00	R\$ 172,00	R\$ 0,00	R\$ 258,00	R\$ 111,80
COFINS	CSLL	INSS	IRPJ	PIS								
R\$ 516,00	R\$ 172,00	R\$ 0,00	R\$ 258,00	R\$ 111,80								
<b>NOTA EXPLICATIVA</b> A <b>Carta de Correção</b> , de acordo com a legislação vigente, permite a regularização de erro ocorrido na emissão de NFS-e, <b>DESDE QUE O ERRO NÃO ESTEJA RELACIONADO COM:</b> I - as variáveis que determinam o valor do imposto tais como: base de cálculo, alíquota, valor das deduções, código da atividade, diferença de preço, quantidade e valor da prestação de serviços; II - a correção de dados cadastrais que implique qualquer alteração do prestador ou tomador de serviços; III - o número da nota e a data de emissão; IV - a indicação de isenção ou imunidade relativa ao ISS; V - a indicação da existência de ação judicial relativa ao ISS; VI - a indicação do local de incidência do ISS; VII - a indicação da responsabilidade pelo recolhimento do ISS; VIII - o número e a data de emissão do Recibo Provisório de Serviços - RPS.												

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU TERMO DE CONVÊNIO Nº <u>05/SS/24</u> FONTES DE RECURSO	
<input checked="" type="checkbox"/> MUNICIPAL R\$ _____	( ) FMDCA R\$ _____
( ) ESTADUAL R\$ _____	( ) PRÓPRIOS R\$ _____
( ) FEDERAL R\$ _____	( ) OUTROS R\$ _____

**CONFERE COM  
O ORIGINAL**

\_\_\_\_\_  
**ASSINATURA**



### DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

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

CNPJ: **52.739.950/0001-36**

Nome Pessoa Jurídica: **CRTG CLINICA MEDICA**

Nome Pessoa Física: **Carlos Roberto Torres Gouveia**

CNPJ/CPF.: **54.685.272/0001-00**

Especialidade: **Obstetra**

**Convênio: PLANTÕES**

**Competência: 02/2025**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana</b> dias 03, 10, 17, 24	8	12 Horas	R\$ 1.700,00	R\$ 13.600,00
<b>Final de Semana</b> dia 01	2	12 Horas	R\$ 1.800,00	R\$ 3.600,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 17.200,00</b>

**Romildo Pontaniello**  
PROVEDOR

21/03/2025

GERENCIADOR  
**CAIXA**



### Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

#### Detalhes do pagamento

**ID da transação:** E0036030520250320184379aea5fdab1  
**Situação:** EFETIVADA    **Data e Hora:** 20/03/2025 às 15:59:04  
**Valor Original:** R\$ 16.142,20    **Valor Atualizado:** R\$ 16.142,20    **Tarifa:** R\$ 8,50  
**Detalhes:** NF47

#### Origem

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

#### Destino

**Nome:** CRTG CLINICA MEDICA  
**CNPJ:** 54.685.272/0001-00  
**Instituição:** CCLA CENTRO BRASILEIRA

**Código da operação:** 44078352589  
**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  
**000000000015 - E**

Autenticidade  
**70XV-R520**

Data de Emissão  
**20/03/2025**

**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 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  
COMPETÊNCIA 02/2025  
Convênio numero 05/SS/2024

**Retenção:**

IR (1.5%) R\$ 364,50  
CSLL (1%) R\$243,00  
COFINS (3%) R\$ 729,00  
PIS (0.65%) R\$ 157,95  
DESCONTOS R\$ 1.494,45  
VALOR LIQUIDO R\$ 22.805,55

**CONFERE COM  
O ORIGINAL**

**ASSINATURA**

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)

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\$ _____	( ) 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\$)  
**24.300,00**

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

Vr do ISS (R\$)  
**729,00**

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 24.300,00**



# PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU

SECRETARIA DA FAZENDA

Nº da Nota - Serie

000000015 - E

Autenticidade

70XV-R520

Carta Nº 21174 anexada em 2025-03-20 09:28:06

Data de Emissão ....:

20/03/2025 09:02:16

Competência (Serv.):

03/2025



## 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

## DESCRIÇÃO

Desconto de 567,00 (que foi pago a maior na nota anterior de plantões, ref ISS)

CONFIRMAÇÃO COM  
O ORIGINAL

ASSINATURA

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU  
TERMO DE CONVENIO Nº 05/ISS/24

FONTES DE RECURSO

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

## NOTA EXPLICATIVA

Poderá ser utilizada a Carta de Correção Eletrônica (CCe) para regularização de erro ocorrido na emissão da NFS-e, desde que o erro não esteja relacionado com:

I - as variáveis que determinam o valor do ISSQN tais como: base de cálculo; alíquota; código de serviço; valor da prestação de serviços;

II - a correção de dados cadastrais do prestador ou tomador de serviços;

III - o número da nota e a data de emissão;

IV - as variáveis que determinam a situação de tributação com a indicação: do local de incidência do ISSQN; do local da prestação do serviço; da responsabilidade pelo recolhimento do ISSQN; de isenção ou imunidade relativa ao ISSQN;

V - o número e a data de emissão do Recibo Provisório de Serviços - RPS;

Obs: Somente é permitida a emissão e 1(uma) carta de correção por NFS-e



## 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 SIMPLS UNIPESSOAL LTDA**

Nome Pessoa Física: **Sylvia Maria de Oliveira Vicente de Biazi**

CNPJ/CPF.: **57.609.557/0001-41**

Especialidade: **Obstetra**

Convênio: **PLANTÕES**

Competência: **02/2025**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana</b> dias 03, 10, 17, 24, 27	9	12 Horas	R\$ 1.700,00	R\$ 15.300,00
<b>Final de Semana</b> dias 01, 08, 16	5	12 Horas	R\$ 1.800,00	R\$ 9.000,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				R\$ 24.300,00

  
**Romildo Fontaniello**  
**PROVEDOR**

21/03/2025

GERENCIADOR  
**CAIXA**



### Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

#### Detalhes do pagamento

<b>ID da transação:</b> E00360305202503201844c54ae8bcca2
<b>Situação:</b> EFETIVADA <b>Data e Hora:</b> 20/03/2025 às 15:59:25
<b>Valor Original:</b> R\$ 21.509,55 <b>Valor Atualizado:</b> R\$ 21.509,55 <b>Tarifa:</b> R\$ 8,50
<b>Detalhes:</b> NF15

#### 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> 44078388244
<b>Chave de segurança:</b> 1F4NV0ENM517UJKA

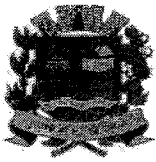
Caso tenha dúvidas ou não reconheça esta transação, entre em contato com o Alô CAIXA e informe o ID Transação presente neste comprovante.

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  
**000000000130 - E**  
Autenticidade  
**NYQ-CX3Z**  
Data de Emissão  
**20/03/2025**

**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:** 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**

**CONFERE COM  
O ORIGINAL**

SERVIÇO PRESTADO PELO DR. JOAO PAULO NATALINO

Convênio numero 05/SS/2024

RETENÇÕES :  
ISS R\$ 556,14

**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.

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

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU  
TERMO DE CONVÊNIO Nº 05/SS/24  
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.

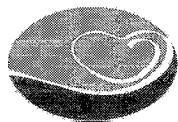
Deduções de Materiais  
0,00

Base de Cálculo (R\$)  
20.600,00

Aliquota (%)  
2,6997%

Vr do ISS (R\$)  
556,14

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 20.600,00**



## 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: 02/2025**

<b>Dias da Semana</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Referência</b>	<b>Valor</b>		<b>Valor Total</b>
<b>Semana</b> dias 03, 07, 10, 17, 24	5	24 Horas	R\$	3.400,00	R\$ 17.000,00
<b>Final de semana</b> dia 09	1	24 Horas	R\$	3.600,00	R\$ 3.600,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>					R\$ 20.600,00

  
**Romildo Fontaniello**  
PROVEDOR

21/03/2025

GERENCIADOR  
**CAIXA**



## Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

### Detalhes do pagamento

**ID da transação:** E00360305202503201845b686890b12d

**Situação:** EFETIVADA **Data e Hora:** 20/03/2025 às 15:59:46

**Valor Original:** R\$ 20.043,86 **Valor Atualizado:** R\$ 20.043,86 **Tarifa:** R\$ 8,50

**Detalhes:** NF130

### Origem

**Nome:** IRM STA CASA MISERIC MOGI GUACU

**CNPJ:** 52.739.950/0001-36

**Instituição:** CAIXA ECONOMICA FEDERAL

### Destino

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

**CNPJ:** 46.155.451/0001-07

**Instituição:** NU PAGAMENTOS S.A.

**Código da operação:** 44078385654

**Chave de segurança:** 1F4NV0ENM517UJKA

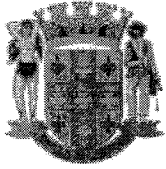
Caso tenha dúvidas ou não reconheça esta transação, entre em contato com o Alô CAIXA e informe o ID Transação presente neste comprovante.

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



**PM DE AGUAS DE LINDOIA**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE AGUAS DE LINDOIA**  
**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e**



**Número da NFS-e**  
**220**  
 Código de Verificação de Autenticidade  
**V0CGDYTFE**  
 Data e Hora de Emissão da NFS-e  
**19/03/2025 às 17:00:13**  
 Chave de Acesso  
 712722FMUUAPRUMT3V4D7PUOWYHBJQT

**Informações Fiscais**

Exigibilidade do ISS Exigível	Número do Processo	Município de Incidência do ISS <b>AGUAS DE LINDOIA-SP</b>	Local da Prestação <b>AGUAS DE LINDOIA - SP</b>
Número do RPS	Série do RPS	Tipo do RPS	Data do RPS <b>19/03/2025</b>
Optante Simples Nacional <b>1 - Sim</b>	Incentivo Fiscal <b>2 - Não</b>	Regime Especial Tributação <b>Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP) 03 - Sobre Faturamento</b>	Tipo ISS

Para certificação da autenticidade acesse  
<http://transparencia.aguasdelindoia.sp.gov.br:5661/issweb>, menu consultas e informe os dados desta NFS-e.

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

CPF/CNPJ <b>36.599.034/0001-91</b>	RG/Inscrição Estadual	Inscrição Municipal <b>000010000</b>	Cadastro <b>000041692</b>	Nome/Razão Social <b>CAMILLA SANTANA FERREIRA CLINICA MEDICA LTDA</b>
Logradouro <b>RUA ARGENTINA, 41</b>		Complemento <b>SALA 76</b>	Bairro <b>CENTRO</b>	
CEP <b>13940-000</b>	Cidade <b>AGUAS DE LINDOIA-SP</b>	Telefone	E-mail	

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

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

**Discriminação dos Serviços**

Qtde.	Un. Medida	Descrição	Vlr. Unitário	Total
1,00	UN	Referente serviços prestados Plantões 02/2025 Convênio numero 05/SS/2024	23.300,00	R\$ 23.300,00

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUACU**  
**TERMO DE CONVÊNIO Nº 05/SS/24**  
**FONTES DE RECURSO**

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

**CONFERE COM  
O ORIGINAL**

\_\_\_\_\_  
**ASSINATURA**

**Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS**

LC 116/2003: 04.03	Alíquota	Atividade Município	Código CNAE	Código da Obra	Código ART
Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, am...	2,6694%	0000040000003			
Valor Total dos Serviços	Desconto Incondicionado	Deduções Base Cálculo	Base de Cálculo	Total do ISS	ISS Retido
R\$ 23.300,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 23.300,00	R\$ 621,97	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\$ 23.300,00 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 **220** E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO **V0CGDYTFE**.

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: **02/2025**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana</b> dias 05, 07, 12, 14, 19, 21, 26	10	12 Horas	R\$ 1.700,00	R\$ 17.000,00
<b>Final de Semana</b> dias 02, 23	3	12 Horas	R\$ 1.800,00	R\$ 5.400,00
<b>Final de Semana</b> dia 02	1	06 Horas	R\$ 900,00	R\$ 900,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 23.300,00</b>

  
**Romildo Fontaniella**  
**PROVEDOR**

21/03/2025

GERENCIADOR  
**CAIXA**



### Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

#### Detalhes do pagamento

**ID da transação:** E003603052025032018469d42d3658a3  
**Situação:** EFETIVADA      **Data e Hora:** 20/03/2025 às 16:00:26  
**Valor Original:** R\$ 23.300,00      **Valor Atualizado:** R\$ 23.300,00      **Tarifa:** R\$ 8,50  
**Detalhes:** NF220

#### Origem

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

#### Destino

**Nome:** CAMILLA SANTANA FERREIRA CLINICA MEDICA LTDA  
**CNPJ:** 36.599.034/0001-91  
**Instituição:** NU PAGAMENTOS S.A.

**Código da operação:** 44078431673  
**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  
**0000000280 - E**

Autenticidade  
**TVNX-BFKL**

**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFSe**

Data de Emissão .....: **20/03/2025 09:26:54**  
Competência (Serv.): **03/2025**



**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

Razão Social.: **GAREST SAUDE INTEGRADA LTDA**  
Nome Fantasia: **GAREST SAUDE INTEGRADA LTDA**  
CPF/CNPJ.....: **34.910.700/0001-35** IM: **35969** IE: Fone:**19 99910-4407**  
Endereço.....: **CARLOS HENRIQUE BÓNILHO CAVALLARO DR,371 - CEP:13803355**  
Município.....: **Mogi Mirim** UF: **SP** Email: **carolgarest@gmail.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 / (19)**  
Endereço.....: **RUA RUA CHICO DE PAULA,608 - CEP : 13840005, CENTRO**  
Município.....: **Mogi Guaçu** UF: **SP**  
Email.....: **santacasamogiguacu@dglnet.com.br**

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

Convênio numero 05/SS/2024

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

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

**CONFERE COM  
O ORIGINAL**

**ASSINATURA**

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	310,50	134,55	621,00	207,00	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
20.700,00	0,00	20.700,00	3,0000%	621,00	19.426,95

**DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS**Entidade: **Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu**CNPJ: **52.739.950/0001-36**Nome Pessoa Jurídica: **GAREST SAÚDE INTEGRADA LTDA**Nome Pessoa Física: **Caroline de Almeida Tuller**CNPJ/CPF.: **34.910.700/0001-35**Especialidade: **Obstetra****Convênio: PLANTÕES****Competência: 02/2025**

<b>Dias da Semana</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Referência</b>	<b>Valor</b>	<b>Valor Total</b>
<b>Semana</b> dias 04, 11, 18, 21, 25	9	12 Horas	R\$ 1.700,00	R\$ 15.300,00
<b>Final de Semana</b> dias 02, 15	3	12 Horas	R\$ 1.800,00	R\$ 5.400,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 20.700,00</b>

*Romildo Fontaniello*  
**Romildo Fontaniello**  
**PROVEDOR**

21/03/2025

GERENCIADOR  
**CAIXA**



### Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

#### Detalhes do pagamento

<b>ID da transação:</b> E00360305202503201847e1084311956			
<b>Situação:</b> EFETIVADA	<b>Data e Hora:</b> 20/03/2025 às 16:00:45		
<b>Valor Original:</b> R\$ 19.426,95	<b>Valor Atualizado:</b> R\$ 19.426,95	<b>Tarifa:</b> R\$ 8,50	
<b>Detalhes:</b> NF280			

#### 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> GAREST SAUDE INTEGRADA LTDA
<b>CNPJ:</b> 34.910.700/0001-35
<b>Instituição:</b> BCO C6 S.A.

<b>Código da operação:</b> 44078454024
<b>Chave de segurança:</b> 1F4NV0ENM517UJKA

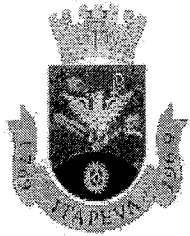
Caso tenha dúvidas ou não reconheça esta transação, entre em contato com o Alô CAIXA e informe o ID Transação presente neste comprovante.

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  
81/NFSE

Data e Hora de Emissão  
19/03/2025 16:46:52

Código de Verificação  
3793EA3A0AF82FEEB582

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 : cezar.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

Texto Original: Plantões Médicos Competência 01/2025 - Termo de Convênio : número: 05/SS/2024.

Carta de Correção de: 20/03/2025 08:40:17 Plantões Médicos Competência 02/2025 - 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 n° 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\$ 8.500,00**

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

Desconto Incondicional (R\$)	Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	ISSQN Retido na Fonte
0,00	0,00	8.500,00	NAO
Alíquota ISSQN (%)	Valor do ISSQN (R\$)		ORIGINAL
2,95	250,75		

Dados do Vencimento

Valor Documento R\$: 8.500,00  
Valor por extenso: Oito Mil Quinhentos Reais

Forma Pgto: A VISTA

Outras Informações

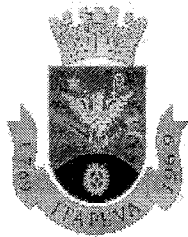
- Data de vencimento do ISS desta NFS-e: 07/04/2025.  
- Banco: 336 - Banco C6 S.A.  
Agência: 0001; Cc: 29318358-9;  
Nome: MELO E SILVA SERVICOS MEDICOS  
Chave Pix: 52.394.405/0001-55  
- Valor aproximado de Tributos: 1.371,90 (16,14%)

ASSINATURA

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUACU  
TERMO DE CANCELAMENTO 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  
81/NFSE

Data e Hora de Emissão  
19/03/2025 16:46:52

Código de Verificação  
3793EA3A0AF82FEEB582

Página 2 / 2

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

Dados que Identificam a Nota-1

Número da Nota  
81/NFSE

Emissão  
19/03/2025 16:46:52

Código de verificação  
3793EA3A0AF82FEEB582



/ /  
Data

Identificação do Recebedor

PREFEITURA MUNICIPAL DE NOSSA SENHORA DO GUARÁ

TERMO DE CONVÊNIO Nº 00.155/24

FONTES DE RECURSO

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

CONFERE COM  
O ORIGINAL

  
ASSINATURA



21/03/2025

GERENCIADOR  
**CAIXA**



### Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

#### Detalhes do pagamento

<b>ID da transação:</b> E003603052025032018479ecf13b749a
<b>Situação:</b> EFETIVADA <b>Data e Hora:</b> 20/03/2025 às 16:01:06
<b>Valor Original:</b> R\$ 8.500,00 <b>Valor Atualizado:</b> R\$ 8.500,00 <b>Tarifa:</b> R\$ 8,50
<b>Detalhes:</b> NF81

#### 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> 44078465587
<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 Campinas  
Secretaria Municipal de Finanças



Nota Fiscal de Serviços eletrônica de Campinas  
NFSe Campinas - Prestador

xSbsrDBIV

DADOS DA NFSe Campinas

Data e hora de emissão 19/03/2025 15:14:17  
Competência 03/2025  
Número / Série 231 / E

A autenticidade desta NFSe Campinas pode ser verificada pela leitura deste código QR ou pela consulta do Código de Verificação de Autenticidade acima no portal da NFSe Campinas.

EMITENTE PRESTADOR DO SERVIÇO

CPF / CNPJ / NIF 27.601.489/0001-03  
Nome / Nome Empresarial MANUEL DIAS DA SILVA NETO EIRELI - ME  
Endereço RUA JOAQUIM NOVAES 79 APTO 122 CENTRO

Inscrição Municipal 00.436.865-7  
Telefone (19) 9168-5360  
E-mail ra\_zanini@hotmail.com  
Município CAMPINAS / SP BRASIL  
CEP 13015-140

TOMADOR DO SERVIÇO

CPF / CNPJ / NIF 52.739.950/0001-36  
Nome / Nome Empresarial IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MOGI GUAÇU  
Endereço RUA CHICO DE PAULA 608 CENTRO

Inscrição Municipal 00.000.000-0  
Telefone (19) 3861-1313  
E-mail tatiana@santacasamogiguacu.org.br  
Município MOGI GUACU / SP BRASIL  
CEP 13840-005

SERVIÇO PRESTADO

CNAE / CBO 8630-5/01-00 - 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 MIRIM / SP  
País da prestação do serviço BRASIL

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO PRESTADO (EM ACORDO COM A CNAE/CBO IDENTIFICADA NO CAMPO SERVIÇO PRESTADO, ESPECIFICANDO A QUANTIDADE E O PREÇO UNITÁRIO)

PLANTÕES PRESENCIAIS, DIURNO/NOTURNO, GINECO/OBSTETRA - REF. 02/2025.  
04 PLANTÕES PRESENCIAIS NOTURNOS, REALIZADOS PELO DR. MANUEL DIAS NETO, DURANTE A SEMANA, NOS DIAS 04, 11, 18 E 25 (R\$ 1.700,00);  
02 PLANTÕES PRESENCIAIS DIURNO/NOTURNO, REALIZADOS PELO DR. MANUEL DIAS NETO, NO FINAL DE SEMANA, NO DIA 22 (R\$ 1.800,00).  
CONVENIO NÚMERO 05/SS/2024  
DADOS PARA PAGAMENTO  
BANCO UNICRED  
AG. 3301 - C/C. 9067-0

DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL

TRIBUTAÇÃO MUNICIPAL

Exigibilidade do ISSQN EXIGÍVEL  
Município da Incidência do ISSQN CAMPINAS - SP  
Responsável pelo recolhimento do ISSQN PRESTADOR DO SERVIÇO  
Retenção do ISSQN NÃO RETIDO  
Situação do prestador do serviço perante o Simples Nacional OPTANTE  
Regime especial de tributação do ISSQN SIMPLES NACIONAL

CÁLCULO DO ISSQN

Valor total da NFSe Campinas (R\$)	Total das deduções (R\$)	Desc. incondicionado (R\$)	Base de cálculo do ISSQN (R\$)	Alíq. (%)	Valor do ISSQN (R\$)
10.400,00	0,00	0,00	10.400,00	****	****

RETENÇÕES

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

VALOR TOTAL

Base de cálculo do ISSQN (R\$)	Retenções (R\$)	Desc. incondicionado (R\$)	Desc. condicionado (R\$)	Valor Líquido da NFSe Campinas (R\$)
10.400,00	0,00	0,00	0,00	10.400,00

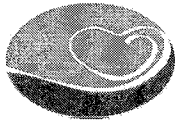
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CONFERE COM  
O ORIGINAL

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUACU  
TERMO DE CONVENIO Nº 05.155/24  
FONTES DE RECURSO

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

ASSINATURA



## 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: 02/2025**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana</b> dias 04, 11, 18, 25	4	12 Horas	R\$ 1.700,00	R\$ 6.800,00
<b>Final de Semana</b> dia 22	2	12 Horas	R\$ 1.800,00	R\$ 3.600,00
		AP		
		TC		
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 10.400,00</b>

  
**Romildo Fontaniello**  
PROVEDOR

21/03/2025

GERENCIADOR  
**CAIXA**



## Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

### Detalhes do pagamento

<b>ID da transação:</b> E003603052025032018483680d0242fa	401	
<b>Situação:</b> EFETIVADA	<b>Data e Hora:</b> 20/03/2025 às 16:01:35	
<b>Valor Original:</b> R\$ 10.400,00	<b>Valor Atualizado:</b> R\$ 10.400,00	<b>Tarifa:</b> R\$ 8,50
<b>Detalhes:</b> NF231		

### 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> MANUEL DIAS DA S NETO ME	401
<b>CNPJ:</b> 27.601.489/0001-03	401
<b>Instituição:</b> CECM MÉD UNICRED SP	401

<b>Código da operação:</b> 44078495919
<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 DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

## NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e

Número da Nota

**00000144**

Data e Hora de Emissão

**20/03/2025 10:02:59**

Código de Verificação

**LWTE-KGN5**

20250320u50648607000150

### 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**

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

Inscrição Municipal: **----**

Endereço: **Rua CHICO DE PAULA 608 - CENTRO - CEP: 13840-005**

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 fevereiro 2025  
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 (25.1.C)

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\$ 3.400,00

INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)
-	-	-	-	-

Código do Serviço

**04030 - Medicina e biomedicina.**

Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito (R\$)
<b>0,00</b>	*	*	*	<b>0,00</b>

Município da Prestação do Serviço	Número Inscrição da Obra	Valor Aproximado dos Tributos / Fonte
-	-	-

### OUTRAS INFORMAÇÕES

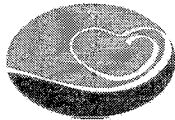
(1) Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 14.097/2005; (2) Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional;

CONFERE COM  
O ORIGINAL

ASSINATURA

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU  
TERMO DE CONVENIO Nº 05/SS/24  
FONTES DE RECURSO

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 Ferrarini e Silva**

CNPJ/CPF.: **50.648.607/0001-50**

Especialidade: **Obstetra**

**Convênio: PLANTÕES**

**Competência: 02/2025**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana</b>	2	12 Horas	R\$ 1.700,00	R\$ 3.400,00
dias 07, 21				
<b>TOTAL A PAGAR</b>				R\$ 3.400,00

  
**Romildo Fontaniello**  
**PROVEDOR**

21/03/2025

GERENCIADOR  
**CAIXA**



### Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

#### Detalhes do pagamento

<b>ID da transação:</b> E003603052025032018494dda6821fda
<b>Situação:</b> EFETIVADA <b>Data e Hora:</b> 20/03/2025 às 16:01:58
<b>Valor Original:</b> R\$ 3.400,00 <b>Valor Atualizado:</b> R\$ 3.400,00 <b>Tarifa:</b> R\$ 8,50
<b>Detalhes:</b> NF144

#### 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> 44078524404
<b>Chave de segurança:</b> 1F4NV0ENM517UJKA

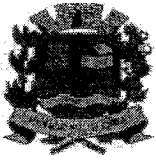
Caso tenha dúvidas ou não reconheça esta transação, entre em contato com o Alô CAIXA e informe o ID Transação presente neste comprovante.

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  
**00000002886 - E**

Autenticidade  
**TSTT-4YVR**

Data de Emissão  
**19/03/2025**

**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:** 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 A. FRANCO DE GODOI

Base IRRF R\$: 4.250,00 - Vlr R\$ 63,75 - Base PIS/Cofins/CSLL R\$ 4.250,00 - PIS R\$ 27,63 - Cofins R\$ 127,50 - CSLL R\$ 42,50 - Valor Aprox Tributos: 481,52 (11,33%) - Fonte: IBPT

Valor Líquido R\$ 3.988,62

Vencimento: 21/03/2025

Convênio numero 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 Nº 05/SS/24	
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  
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\$)  
**4.250,00**

Alíquota (%)  
-

Vr do ISS (R\$)  
-

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 4.250,00**



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

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 21/03/2025 às 07:51:40

**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> 237/0224/00000096528-6	<b>CPF/CNPJ:</b> 06.182.358/0001-69
<b>Tipo Conta:</b> 01 - Conta Corrente	<b>Tipo Pessoa:</b> Jurídica
<b>Nome:</b> GODOI E BUENO SERVICOS MEDICOS SS	<b>Valor:</b> R\$ 3.988,62
<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> 20/03/2025	<b>Código da Operação:</b> 09009349
<b>Data da Operação:</b> 20/03/2025	<b>Chave de Segurança:</b> WHC7XAV6S74SVXT9

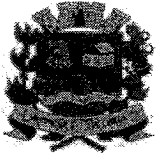
Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

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  
**000000001528 - E**

Autenticidade  
**EPLZ-6JF9**

Data de Emissão  
**19/03/2025**

**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 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 a Serviços Prestados Palntões  
Convênio número 05/SS/2024  
Dr. (a) Reynaldo Luis Lucon CRM: 85.434

IRRF 1,5% R\$ 168,00  
C.S.L.L 1% R\$ 112,00  
COFINS 3% R\$ 336,00  
PIS/PASEP 0,65% R\$ 72,80  
ISSQN 3% R\$ 336,00  
Valor Líquido: R\$ 10.175,20

Total aproximado dos Tributos (16,14%) Fonte: IBPT

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU  
TERMO DE CONVÊNIO Nº 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**

**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\$ 336,00 - 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\$)  
11.200,00

Alíquota (%)  
3,0000%

Vr do ISS (R\$)  
336,00

**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: **MED CENTER CIRURGIA PLASTICA - EIRELI**

Nome Pessoa Física: **Reynaldo Luis Lucon**

CNPJ/CPF.: **05.315.058/0001-48**

Especialidade: **Cirurgião Plastico**

Convênio: **PLANTÕES**

Competência: **02/2025**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana/Final de semana</b>	<b>14</b>	<b>24 Horas</b>	<b>R\$ 800,00</b>	<b>R\$ 11.200,00</b>
dias 01, 02, 10, 11, 12, 13, 14				
15, 16, 24, 25, 26, 27, 28				
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 11.200,00</b>

  
**Romildo Fontaniello**  
**PROVEDOR**

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

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 21/03/2025 às 07:51:40

**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> 033/3208/00013001617-8	<b>CPF/CNPJ:</b> 05.315.058/0001-48
<b>Tipo Conta:</b> 01 - Conta Corrente	<b>Tipo Pessoa:</b> Jurídica
<b>Nome:</b> MED CENTER CIRURGIA PLASTICA LTDA	<b>Valor:</b> R\$ 10.175,20
<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> 20/03/2025	<b>Código da Operação:</b> 09009352
<b>Data da Operação:</b> 20/03/2025	<b>Chave de Segurança:</b> 88LL5PH8H3EKV97R

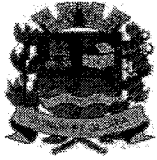
Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

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  
**000000004834 - E**

Autenticidade  
**SHWW-833N**

Data de Emissão  
**19/03/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**



**Nome/Razão Social:** ATIVA IDADE SERVICOS MEDICOS S/S  
**CPF/CNPJ:** 09.590.354/0001-08 **IM:** 204986 **IE:** **Fone:** 19 3851-8000  
**Endereço:** RUA LUÍS MARTINI,253,PQ REAL GUAÇU - CEP : 13845000  
**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 - MARCELO MITSUO FUNAI

Base IRRF R\$: 3.600,00 - Vir R\$ 54,00 - Base PIS/Cofins/CSLL R\$ 3.600,00 - PIS R\$ 23,40 - Cofins R\$ 108,00 - CSLL R\$ 36,00 - Valor Aprox Tributos: 407,88 (11,33%) - Fonte: IBPT

Valor Líquido R\$ 3.378,60

Vencimento: 21/03/2025

Convênio numero 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: 172.16.20.60

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.

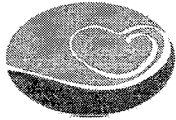
Deduções de Materiais  
0,00

Base de Cálculo (R\$)  
3.600,00

Aliquota (%)  
-

Vr do ISS (R\$)  
-

**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: **ATIVA IDADE SERVIÇOS MEDICOS**

Nome Pessoa Física: **Marcelo Mitsuo Funai**

CNPJ/CPF.: **09.590.354/0001-08**

Especialidade: **Torácico**

**Convênio: PLANTÕES**

Competência: **02/2025**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana/Final de semana</b>	<b>6</b>	<b>24 Horas</b>	<b>R\$ 800,00</b>	
dias 04, 07, 08				
09, 18, 25				
Devido a falta de especialistas médicos torácicos na entidade, foi solicitado aos médicos cirurgiões para suprir esta necessidade (1/4).				R\$ 3.600,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 3.600,00</b>

  
**Romildo Fontaniello**  
PROVEDOR

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

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 21/03/2025 às 07:51:40

**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> 748/0718/00000081890-8	<b>CPF/CNPJ:</b> 09.590.354/0001-08
<b>Tipo Conta:</b> 01 - Conta Corrente	<b>Tipo Pessoa:</b> Jurídica
<b>Nome:</b> ATIVA IDADE SERVICOS MEDICOS S/S.	<b>Valor:</b> R\$ 3.378,60
<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> 20/03/2025	<b>Código da Operação:</b> 09009353
<b>Data da Operação:</b> 20/03/2025	<b>Chave de Segurança:</b> 0XEFNUZQ1LXS3NG8

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 ESPÍRITO SANTO DO PINHAL  
DEPARTAMENTO DE FINANÇAS



Número da Nota Fiscal  
**302**

Série: **E**

Data Emissão: **20/03/2025**

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-E

Certificação: **4D09B-6A000**

**DADOS DO PRESTADOR**

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

Insc. Municipal: **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**  
Endereço: **RUA: CHICO DE PAULA**  
Bairro: **CENTRO**  
Município: **MOGI GUAÇU**  
E-mail:

Insc. Municipal:

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

**DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO**

SERVIÇOS PRESTADOS REFERENTE A PLANTÕES 02/2025

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

Item	Serviço	Qtde.	Vi. Unitário R\$	Total R\$
SERVIÇOS PRESTADOS REFERENTE A PLANTÕES 02/2025	Sim	1,00	6800	6.800,00

**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\$ \_\_\_\_\_

Valor dos Serviços: <b>R\$ 6.800,00</b>	Outros Valores: <b>R\$ 0,00</b>	<b>VALOR BRUTO DA NOTA</b>		<b>R\$ 6.800,00</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\$ 6.800,00</b>	Aliquota: <b>2,1700%</b>
PIS: 0,000% <b>R\$ 0,00</b>	COFINS: 0,000% <b>R\$ 0,00</b>	INSS: 0,000% <b>R\$ 0,00</b>	IR: 0,000% <b>R\$ 0,00</b>	CSLL: 0,000% <b>R\$ 0,00</b>
Valor Aproximado de Impostos: Federais R\$ 914,60 Estaduais R\$ 0,00 Municipais R\$ 221,00			<b>VALOR LÍQUIDO DA NOTA</b>	<b>R\$ 6.800,00</b>

**ENQUADRAMENTO DO SERVIÇO**  
4.01 - Medicina e biomedicina.

**OUTRAS INFORMAÇÕES**  
Mês de Competência: **03/2025** Local do Recolhimento: **ESPÍRITO SANTO DO PINHAL/SP** Dt: **20/03/2025 08:04:34**  
Recolhimento: **Sem Retenção** Tributação: **Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP)** Competência:  
CNAE: **8630503** **Empresa Optante do Simples Nacional**  
Observações:

Impresso em: 20/03/2025 às 08:04:39

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

Recebi(emos) de: <b>PAULINI FIORINI DIAS ME</b> Os serviços constantes nesta Nota Fiscal de Serviços Eletrônica. _____ Data	Assinatura do Recebedor	NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA Número: 302 Certificação 4D09B-6A000
--	-------------------------	--



### 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: 02/2025**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana</b>	<b>4</b>	<b>12 Horas</b>	<b>R\$ 1.700,00</b>	<b>R\$ 6.800,00</b>
dias 04, 11, 18, 25				
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 6.800,00</b>

  
**Romildo Fontaniello**  
PROVEDOR

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

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 21/03/2025 às 07:51:40

**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> 260/0001/00060748633-8	<b>CPF/CNPJ:</b> 24.828.936/0001-73
<b>Tipo Conta:</b> 01 - Conta Corrente	<b>Tipo Pessoa:</b> Jurídica
<b>Nome:</b> PAULINI FIORINI DIAS	<b>Valor:</b> R\$ 6.800,00
<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> 20/03/2025	<b>Código da Operação:</b> 09009354
<b>Data da Operação:</b> 20/03/2025	<b>Chave de Segurança:</b> L5F4P8SESKA9HF65

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

**00000048124 - E**

Autenticidade

**64B9-462H**

Data de Emissão

**19/03/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**



**Nome/Razão Social:** S. D. R. SERVIÇOS 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:** 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 - FABIANO A. B. GODINHO

Base IRRF R\$: 3.200,00 - Vir 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: 21/03/2025

Convênio numero 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

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU  
TERMO DE CONVÊNIO Nº 05/155/2024  
FONTES DE RECURSO  
 MUNICIPAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) FMDCA R\$ \_\_\_\_\_  
 ESTADUAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) PRÓPRIOS R\$ \_\_\_\_\_  
 FEDERAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) DIÁRIOS R\$ \_\_\_\_\_

**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

**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**

Alíquota (%)  
**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: 02/2025**

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>
dias 03, 10, 17, 24				
<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: 21/03/2025 às 07:51:40

**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> 033/3208/00013001819-4	<b>CPF/CNPJ:</b> 15.379.135/0001-87
<b>Tipo Conta:</b> 01 - Conta Corrente	<b>Tipo Pessoa:</b> Jurídica
<b>Nome:</b> S.D.R. SERVICOS E DIAGNOSTICOS RADIOLOGI	<b>Valor:</b> R\$ 3.003,20
<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> 20/03/2025	<b>Código da Operação:</b> 09009355
<b>Data da Operação:</b> 20/03/2025	<b>Chave de Segurança:</b> P9XT5FPK47L6VUPG

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

**00000000855 - E**

Autenticidade

**VOXR-VYZT**

Data de Emissão

**19/03/2025**

**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 01/2025

CONVÊNIO NUMERO 05/SS/2024

DR. RAMON DIEGO L. SILVA - CRM 126678

RETENÇÕES:

PIS R\$ 113,10

COFINS R\$ 522,00

IR R\$ 261,00

CSLL R\$ 174,00

VALOR LÍQUIDO R\$ 16.329,90

**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\$ 2.808,36 - 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\$)  
**17.400,00**

Aliquota (%)  
**-**

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

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 17.400,00**



# PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU

SECRETARIA DA FAZENDA

Nº da Nota - Serie

000000855 - E

Autenticidade

VOXR-VYZT

Carta Nº 21170 anexada em 2025-03-20 08:34:16

Data de Emissão .....

19/03/2025 16:31:47

Competência (Serv.):

03/2025



## 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: rd\_l\_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

## DESCRIÇÃO

MÊS CORRETO: 02/2025

CONFERE COM  
O ORIGINAL

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU  
TERMO DE CONVÊNIO Nº 05.155/24

FONTES DE RECURSO

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

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

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

ASSINATURA

## NOTA EXPLICATIVA

Poderá ser utilizada a Carta de Correção Eletrônica (CCe) para regularização de erro ocorrido na emissão da NFS-e, desde que o erro não esteja relacionado com:

I - as variáveis que determinam o valor do ISSQN tais como: base de cálculo; alíquota; código de serviço; valor da prestação de serviços;

II - a correção de dados cadastrais do prestador ou tomador de serviços;

III - o número da nota e a data de emissão;

IV - as variáveis que determinam a situação de tributação com a indicação: do local de incidência do ISSQN; do local da prestação do serviço; da responsabilidade pelo recolhimento do ISSQN; de isenção ou imunidade relativa ao ISSQN;

V - o número e a data de emissão do Recibo Provisório de Serviços - RPS;

Obs: Somente é permitida a emissão e 1(uma) carta de correção por NFS-e



### 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: **02/2025**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana</b>	<b>6</b>	<b>12 Horas</b>	<b>R\$ 1.700,00</b>	<b>R\$ 10.200,00</b>
dias 03, 10, 17, 20, 24, 28				
<b>Final de Semana</b>	<b>4</b>	<b>12 Horas</b>	<b>R\$ 1.800,00</b>	<b>R\$ 7.200,00</b>
dias 08, 22				
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 17.400,00</b>

  
**Romildo Fontaniello**  
**PROVEDOR**

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

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 21/03/2025 às 07:51:40

**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> 756/3122/00000831062-9	<b>CPF/CNPJ:</b> 12.140.085/0001-92
<b>Tipo Conta:</b> 01 - Conta Corrente	<b>Tipo Pessoa:</b> Jurídica
<b>Nome:</b> C.P.R.S SERVICOS MEDICOS LTDA	<b>Valor:</b> R\$ 16.329,90
<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> 20/03/2025	<b>Código da Operação:</b> 09009356
<b>Data da Operação:</b> 20/03/2025	<b>Chave de Segurança:</b> 2R23T69WWSMFM4AN

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 DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA**  
**DIRETORIA DE FINANÇAS**  
**SETOR DE FISCALIZAÇÃO TRIBUTÁRIA**  
**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-E**  
**Código de Verificação**  
**2983981WOC**



Nº Nota	98
Serie: F	
Nº RPS:	-
Data de Emissão	27/MAR/2025 - 08:50:36
Competência	03/2025

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

Razão Social/Nome: **AMANDA DE CASSIA ANSANI ALVES SERVICOS MEDICOS**  
 CNPJ/CPF: **32.313.594/0001-87** Insc. Municipal: **23499** Insc. Estadual:  
 Endereço: **RUA JOSEFINA SARGAÇO DE ABREU, 325**  
 Complemento: **Não Informado** Bairro: **RECANTO DO LAGO** CEP: **13.874-663**  
 Município: **SÃO JOÃO DA BOA VISTA** UF: **SP** País: **BRASIL**  
 E-mail: **dra.amanda@chagasaguiar.com.br** Telefone: **1936351843**  
 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.**

Serviço medicos prestados uti neo ref. 02/2025

Convênio numero 05/SS/2024

DADOS PARA PAGAMENTO: BRADESCO AG 0223 C/C 0012827-9

**CONFERE COM  
O ORIGINAL**

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU  
 TERMO DE CONVÊNIO Nº 05/SS/24  
 FONTES DE RECURSO

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

ASSINATURA

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 5.100,00**

Local de Prestação: **MOGI GUAÇU - SP**

Local de Incidência: **SAO JOAO DA BOA VISTA**

Código do Serviço:

**Ativ. Serviço: 4.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros,**

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	76,50	51,00	33,15	153,00	
Vlr Deduções (R\$)	Outras Retenções (R\$)	Base de Cálculo do ISS (R\$)	Alíquota	Valor do ISS (R\$)	Valor Líquido da Nota (R\$)
	0,00	5.100,00	2	102,00	4.786,35

**OUTRAS INFORMAÇÕES**

**O ISSQN desta NFS-e será recolhido pelo PRESTADOR.**

**Contribuinte enquadrado no Regime de ISS Variável.**

ESSA NOTA FISCAL SUBSTITUIU A NOTA FISCAL Nº 93 .

A autenticação da NFS-e pode ser confirmada no Site:  
[https://nfesaojoao.intertecsolucoes.com.br/ords/psjv/f?p=1085:71 RECEBEMOS DO\(A\) AMANDA DE CASSIA ANSANI ALVES SERVICOS MEDICOS OS SERVIÇOS CONSTANTES NA NFS-e](https://nfesaojoao.intertecsolucoes.com.br/ords/psjv/f?p=1085:71 RECEBEMOS DO(A) AMANDA DE CASSIA ANSANI ALVES SERVICOS MEDICOS OS SERVIÇOS CONSTANTES NA NFS-e)

Código de Verificação:

**2983981WOC**

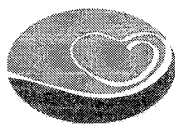
Número da Nota:

**98**

Local

Data

Assinatura

**DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS**Entidade: **Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu**CNPJ: **52.739.950/0001-36**Nome Pessoa Jurídica: **AMANDA DE CASSIA ANSANI ALVES SERVICOS MEDICOS**Nome Pessoa Física: **Amanda de Cassia Ansani Alves**CNPJ/CPF.: **32.313.594/0001-87**Especialidade: **Pediatra/Neonatologista****Convênio: PLANTÕES**Competência: **02/2025**

<b>Dias da Semana</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Referência</b>	<b>Valor</b>	<b>Valor Total</b>
<b>Semana/Final de semana</b>	<b>3</b>	<b>12 Horas</b>	<b>R\$ 1.700,00</b>	<b>R\$ 5.100,00</b>
<b>dias 26, 27, 28</b>				
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 5.100,00</b>

  
**Romilda Fontaniello**  
**PROVEDOR**

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

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 21/03/2025 às 07:51:40

**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> 237/0223/00000012827-9	<b>CPF/CNPJ:</b> 32.313.594/0001-87
<b>Tipo Conta:</b> 01 - Conta Corrente	<b>Tipo Pessoa:</b> Jurídica
<b>Nome:</b> AMANDA DE CASSIA ANSANI ALVES SERVICOS M	<b>Valor:</b> R\$ 4.786,35
<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> 20/03/2025	<b>Código da Operação:</b> 09009360
<b>Data da Operação:</b> 20/03/2025	<b>Chave de Segurança:</b> ZHF47JYE42JR4YE2

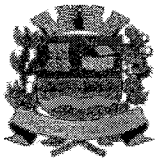
Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

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  
**000000004833 - E**

Autenticidade  
**4Q2P-DGGJ**

Data de Emissão  
**19/03/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**



**Nome/Razão Social:** ATIVA IDADE SERVICOS MEDICOS S/S  
**CPF/CNPJ:** 09.590.354/0001-08 **IM:** 204986 **IE:** **Fone:** 19 3851-8000  
**Endereço:** RUA LUÍS MARTINI,253,PQ REAL GUAÇU - CEP : 13845000  
**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 - MARCELO MITSUO FUNAI

Base IRRF R\$: 7.200,00 - Vlr R\$ 108,00 - Base PIS/Cofins/CSLL R\$ 7.200,00 - PIS R\$ 46,80 - Cofins R\$ 216,00 - CSLL R\$ 72,00 - Valor Aprox Tributos: 815,76 (11,33%) - Fonte: IBPT

Valor Líquido R\$ 6.757,20

Vencimento: 21/03/2025

Convênio numero 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/24			
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\$ _____		

**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\$)  
7.200,00

Aliquota (%)  
-

Vr do ISS (R\$)  
-

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



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

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 21/03/2025 às 07:51:40

**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> 748/0718/00000081890-8	<b>CPF/CNPJ:</b> 09.590.354/0001-08
<b>Tipo Conta:</b> 01 - Conta Corrente	<b>Tipo Pessoa:</b> Jurídica
<b>Nome:</b> ATIVA IDADE SERVICOS MEDICOS S/S.	<b>Valor:</b> R\$ 6.757,20
<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> 20/03/2025	<b>Código da Operação:</b> 09009362
<b>Data da Operação:</b> 20/03/2025	<b>Chave de Segurança:</b> 2Z6E4Q3578G1HVET

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 Itaquaquecetuba

08576-000 - AVENIDA VEREADOR JOÃO FERNANDES DA SILVA - VL VIRGÍNIA - ITAQUAQUECETUBA - SP

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número RPS:	Número Nota Fiscal:	Data Emissão:	Chave:
	7	19/03/2025	PEMK-WJQU

**CLINICA MEDICA E MEDICINA DO TRAFEGO OKAWA MACHADO LTDA**

08570-020 - PRACA DOS EXPEDICIONARIOS, 52 - CENTRO  
 ITAQUAQUECETUBA - SP - CEP: 08570-020  
 CNPJ/CPF:41.355.893/0001-75 Inscr. Estadual/RG: ISENT0  
 Email: ANGELOSOLUCOESCONT@GMAIL.COM  
 Telefone: (11) - 43870601 CCM 84158 Inscr. Municipal: 84158

Local do Serviço: 2 - SERVIÇO PRESTADO FORA DO MUNICÍPIO DE ITAQUAQUECETUBA  
 Natureza Operação: Prestação de Serviços Competência: 03/2025 Mun. Prestação do Serviço: Mogi Guaçu - SP  
 Atividade: 04.01 - Medicina e biomedicina.

<b>Nota Fiscal Fatura</b>	Fatura Nro	7	Valor R\$	38.200,00	Vencimento	À vista
---------------------------	------------	---	-----------	-----------	------------	---------

**Dados do Tomador de Serviço**

**Imandade da Santa casa de misericórdia de Mogi Guaçu**

Rua Chico de Paula , 608  
 Centro - Mogi Guaçu - SP - - CEP: 13.840-005  
 CNPJ/CPF: 52.739.950/0001-36 Inscrição Estadual/RG: Inscrição Municipal:  
 E-mail:  
 End. Cobrança:

**Dados do Intermediário**

--- CEP: CNPJ/CPF: Inscrição Estadual/RG: Inscrição Municipal:

**Valor por extenso**

TRINTA E OITO MIL E DUZENTOS REAIS

Qtd	Un	Discriminação dos Serviços	Valor Unitário	Valor Total
1		Convênio numero 05/SS/2024	38.200,00	38.200,00

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU  
 TERMO DE CONVÊNIO Nº 05/SS/24  
 FONTES DE RECURSO

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

CONFERE COM O ORIGINAL

ASSINATURA

Observação:

Forma de Pagamento: À vista

Total dos Serviços	38.200,00
Total de Deduções	0,00
ISS SEM RETENÇÃO	2,00% 764,00
Desc. Incondicionado	0,00
Desc. Condicionado	0,00

Total da Nota	RETENÇÕES								Total Líquido
38.200,00	ISS 0,00	IRRF 0,00	PIS 0,00	COFINS 0,00	CSLL 0,00	INSS 0,00	OUTROS 0,00	38.200,00	

A validação dessa nota pode ser realizada no endereço: www.itaquaquecetuba.sp.gov.br

**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 MEDICINA DO TRAFEGO OKAWA MACHADO**Nome Pessoa Física: **Henrique Teruo Okawa**CNPJ/CPF.: **CLINICA MEDICA E MEDICINA DO TRAFEGO OKAWA MACHADO**Especialidade: **Anestesiologista**Convênio: **PLANTÕES**Competência: **02/2025**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana (P1)</b> dias 04, 19, 28	3	24 Horas	R\$ 3.400,00	R\$ 10.200,00
<b>Final de semana (P1)</b> dias 01, 08	2	24 Horas	R\$ 3.600,00	R\$ 7.200,00
<b>Semana (P2)</b> dias 04, 13, 20, 24	4	24 Horas	R\$ 3.400,00	R\$ 13.600,00
<b>Final de semana (P2)</b> dias 02, 16	2	24 Horas	R\$ 3.600,00	R\$ 7.200,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 38.200,00</b>

  
**Romildo Fontaniello**  
**PROVEDOR**

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

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 21/03/2025 às 07:51:40

**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> 077/0001/00011600219-0	<b>CPF/CNPJ:</b> 41.355.893/0001-75
<b>Tipo Conta:</b> 01 - Conta Corrente	<b>Tipo Pessoa:</b> Jurídica
<b>Nome:</b> CLINICA MEDICA E MEDICINA DO TRAFEGO OKA	<b>Valor:</b> R\$ 38.200,00
<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> 20/03/2025	<b>Código da Operação:</b> 09009361
<b>Data da Operação:</b> 20/03/2025	<b>Chave de Segurança:</b> 7PQCQE9ZH1N7JXC0

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

  
Romildo Fontaniello  
PROVEDOR



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

Número da Nota - Série  
**000000009293 - E**

Autenticidade  
**3EUU-9UEQ**

Data de Emissão  
**19/03/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**



**Nome/Razão Social:** RPM SERVIÇOS 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 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 - RICARDO SUAREZ CASTEDO

Base IRRF R\$: 6.000,00 - Vir R\$ 90,00 - Base PIS/Cofins/CSLL R\$ 6.000,00 - PIS R\$ 39,00 - Cofins R\$ 180,00 - CSLL R\$ 60,00 - Valor Aprox Tributos: 679,80 (11,33%) - Fonte: IBPT

Valor Líquido R\$ 5.631,00

Vencimento: 21/03/2025

Convênio numero 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 Nº 05/SS/24	
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

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\$)  
6.000,00

Aliquota (%)  
-

Vr do ISS (R\$)  
-

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



## 2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 21/03/2025 às 07:51:40

### 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\$ 5.631,00

**Valor Tarifa:** R\$ 12,00

### Informações do Pagamento

**Data do Débito:** 20/03/2025

**Data da Operação:** 20/03/2025

**Código da Operação:** 09009363

**Chave de Segurança:** GRVELT8JMGQ7TJV6

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  
**000000000641 - E**

Autenticidade  
**87TG-EUAK**

Data de Emissão  
**19/03/2025**

**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 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- ISIS BARROSO FALSETE MARTINS

Base IRRF R\$: 3.600,00 - Vir R\$ 54,00 - Base PIS/Cofins/CSLL R\$ 3.600,00 - PIS R\$ 23,40 - Cofins R\$ 108,00 - CSLL R\$ 36,00 - Valor Aprox Tributos: 407,88 (11,33%) - Fonte: IBPT

Valor Líquido R\$ 3.378,60

Vencimento: 21/03/2025

Convênio numero 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 05.155/2024			
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>**

Situação de Tributação  
Tributada no Prestador

Código do Serviço

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

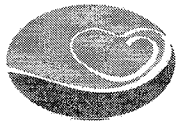
Deduções de Materiais  
**0,00**

Base de Cálculo (R\$)  
**3.600,00**

Aliquota (%)  
-

Vr do ISS (R\$)  
-

**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: **MARTINS SERVIÇOS MEDICOS S/S**

Nome Pessoa Física: **Isis Barroso Falseti Martins**

CNPJ/CPF.: **32.077.739/0001-98**

Especialidade: **Obstetra**

**Convênio: PLANTÕES**

**Competência: 02/2025**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Final de Semana</b> dia 09	2	12 Horas	R\$ 1.800,00	R\$ 3.600,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				R\$ <b>3.600,00</b>

  
**Romildo Fontaniello**  
**PROVEDOR**

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

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 21/03/2025 às 07:51:40

**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\$ 3.378,60
<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> 20/03/2025	<b>Código da Operação:</b> 09009383
<b>Data da Operação:</b> 20/03/2025	<b>Chave de Segurança:</b> 3ZLWA73VCCP3G5NR

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  
**00000004651 - E**

Autenticidade  
**0ARJ-PXG8**

Data de Emissão  
**19/03/2025**

**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\$: 10.800,00 - Vr R\$ 162,00 - Base PIS/Cofins/CSLL R\$ 10.800,00 - PIS R\$ 70,20 - Cofins R\$ 324,00 - CSLL R\$ 108,00 - Valor Aprox Tributos: 1223,64 (11,33%) - Fonte: IBPT

Valor Líquido R\$ 10.135,80

Vencimento: 21/03/2025

Convênio numero 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 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.

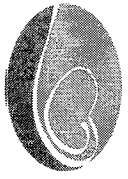
Deduções de Materiais  
0,00

Base de Cálculo (R\$)  
10.800,00

Aliquota (%)  
-

Vr do ISS (R\$)  
-

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 10.800,00**



### DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

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

CNPJ: **52.739.950/0001-36**

Nome Pessoa Jurídica:

WFEM SERVICOS MEDICOS SS

Nome Pessoa Física:

Wanderlei Francisco Morari dias

CNPJ/CPF.:

08.979.287/0001-55

Especialidade:

Endoscopista

**Convênio: PLANTÕES**

Competência: 02/2025

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
Semana/final de semana dias 07, 08, 09, 10, 11, 12 13, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27	14	24 Horas	R\$ 800,00	R\$ 11.200,00
			Ajuste 50%	R\$ 400,00
Conforme acordado entre os especialistas, pagar 50 % sobre valor total dos plantões, para os Drs. João Conrado e Wanderlei, fizemos o ajuste para o valor ficar igual				
<b>TOTAL A PAGAR</b>			R\$	<b>10.800,00</b>

*Romildo Fontaniello*  
**PROVEDOR**

## 2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 21/03/2025 às 07:51:40

### 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> 033/3208/00013000401-2	<b>CPF/CNPJ:</b> 08.979.287/0001-55
<b>Tipo Conta:</b> 01 - Conta Corrente	<b>Tipo Pessoa:</b> Jurídica
<b>Nome:</b> WFM SERVICOS MEDICOS S/S	<b>Valor:</b> R\$ 10.135,80
<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> 20/03/2025	<b>Código da Operação:</b> 09009365
<b>Data da Operação:</b> 20/03/2025	<b>Chave de Segurança:</b> QT3H9WFC7S6MV1R0

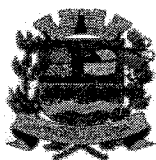
Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

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  
**00000000270 - E**

Autenticidade  
**OJVI-SLKR**

Data de Emissão  
**19/03/2025**

**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:** fredpplima@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: Fevereiro de 2025

Valor Total Bruto: R\$ 27.800,00  
Retenções: ISSQN (R\$ 793,41)  
Valor Total Líquido: R\$ 27.006,59

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/24			
FONTES DE RECURSO			
<input checked="" type="checkbox"/> MUNICIPAL R\$ _____	( ) FMDCA	R\$ _____	
( ) ESTADUAL R\$ _____	( ) PRÓPRIOS R\$ _____		
( ) FEDERAL R\$ _____	( ) OUTROS R\$ _____		

**CONFERE COM  
O ORIGINAL**

**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\$)  
**27.800,00**

Alíquota (%)  
**2,8540%**

Vr do ISS (R\$)  
**793,41**

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 27.800,00**



## 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: **02/2025**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana</b> dias 06, 13, 14, 20, 27	5	24 Horas	R\$ 3.400,00	R\$ 17.000,00
<b>Final de semana</b> dias 08, 15, 16	3	24 Horas	R\$ 3.600,00	R\$ 10.800,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				R\$ 27.800,00

  
**Romildo Fontaniello**  
PROVEDOR

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

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 21/03/2025 às 07:51:40

**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\$ 27.006,59
<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> 20/03/2025	<b>Código da Operação:</b> 09009366
<b>Data da Operação:</b> 20/03/2025	<b>Chave de Segurança:</b> MGC9CJTGWQC7M0GH

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  
**000000004991 - E**

Autenticidade  
**PMRC-6FBL**

Data de Emissão  
**19/03/2025**

**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\$: 10.800,00 - Vir R\$ 162,00 - Base PIS/Cofins/CSLL R\$ 10.800,00 - PIS R\$ 70,20 - Cofins R\$ 324,00  
- CSLL R\$ 108,00 - Valor Aprox Tributos: 1223,64 (11,33%) - Fonte: IBPT

Valor Líquido R\$ 10.135,80

Vencimento: 21/03/2025

Convênio numero 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**

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\$ _____	( ) PRÓPRIOS R\$ _____
( ) FEDERAL R\$ _____	( ) OUTROS R\$ _____

**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\$)  
**10.800,00**

Alíquota (%)  
**-**

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

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 10.800,00**



## 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: **02/2025**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana/Final de semana</b> dias 01, 02, 17, 18, 19 20, 21, 22, 23	9	24 Horas	R\$ 800,00	R\$ 7.200,00
<b>Semana/Final de semana</b> dias 01, 02, 17, 18, 19 20, 21, 22, 23	9	24 Horas	R\$ 400,00	R\$ 3.600,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 10.800,00</b>

  
**Romildo Fontaniello**  
PROVEDOR

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

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 21/03/2025 às 07:51:40

**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> 033/3208/00013002353-8	<b>CPF/CNPJ:</b> 06.183.408/0001-22
<b>Tipo Conta:</b> 01 - Conta Corrente	<b>Tipo Pessoa:</b> Jurídica
<b>Nome:</b> NF SERVICOS MEDICOS S/S	<b>Valor:</b> R\$ 10.135,80
<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> 20/03/2025	<b>Código da Operação:</b> 09009370
<b>Data da Operação:</b> 20/03/2025	<b>Chave de Segurança:</b> 4PY2KXGE50N96CV7


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>ANA LIGIA RIBEIRO FEITOSA LTDA</b> ANA LIGIA RIBEIRO FEITOSA DE BRITO LTDA CNPJ nº 25.243.821/0001-80 I. Mun.: 3101000-1 Est.: Isento Telefone : 11981630242 RUA CARMELINA PREVITALE PERA, 157 - Jardim Ribeiro Valinhos - SP CEP: 13270185 E-mail : draanaligia@gmail.com	<b>NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO</b>	<b>NÚMERO</b> <b>00000543</b>	<b>SÉRIE</b> <b>NFD</b>
	<b>CÓDIGO DE AUTENTICIDADE</b> 045783821000187678000010070010280125245432		
Consulte a Autenticidade em : valinhos.sigissweb.com			

<b>REMETENTE / DESTINATÁRIO</b>		C.N.P.J. / C.P.F.	INS. MUNICIPAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MIS. DE MOGI-GUAÇU ENDEREÇO RUA CHICO DE PAULA, 608 CEP 13840-005 TELEFONE / FAX		52.739.950/0001-36 BAIRRO / DISTRITO Centro E-MAIL tesouraria@santacasamogiguacu.org.br	MUNICÍPIO MOGI GUACU	UF SP
DATA EMISSÃO	FORMA DE PAGAMENTO			
19/03/2025				

**DESCRIÇÃO DO(S) SERVIÇO(S).**

SERVIÇOS PERSTADOS REFERENTE PLANTÕES FEVEIREIRO/2025.  
 CONVENIO 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 0055/24  
 FONTES DE RECURSO

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

CONFERE COM  
O ORIGINAL

ASSINATURA

CLASSIFICAÇÃO DO SERVIÇO 4.01 - Medicina e biomedicina.
--

VALOR POR EXTENSO doze mil, cem reais	VALOR BRUTO DA NOTA FISCAL <b>R\$ 12.100,00</b>	
INSTRUÇÃO DE RETENÇÃO DO ISS O ISS NÃO DEVE SER RETIDO	DEDUÇÕES R\$ 0,00	VALOR DO(S) SERVIÇO(S) R\$ 12.100,00
ALIQUOTA ISS(%) -	VALOR I.S.S. Apuração PGDAS-D	VALOR LÍQUIDO A RECEBER <b>R\$ 12.100,00</b>

<b>INFORMAÇÕES ADICIONAIS</b> 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.		Nº 00000543 SÉRIE NFD
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E 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: ANA LIGIA RIBEIRO FEITOSA EIRELI

Nome Pessoa Física: Ana Ligia Ribeiro Feitosa

CNPJ/CPF.: 25.243.821/0001-80

Especialidade: Obstetra

Convênio: PLANTÕES

Competência: 02/2025

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana</b> 05, 06, 13, 19, 20	5	12 Horas	R\$ 1.700,00	R\$ 8.500,00
<b>Final de Semana</b> dia 15	2	12 Horas	R\$ 1.800,00	R\$ 3.600,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				R\$ 12.100,00

  
Romildo Fontaniello  
PROVEDOR

## 2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 21/03/2025 às 07:51:40

### 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> 033/0781/00013000576-4	<b>CPF/CNPJ:</b> 25.243.821/0001-80
<b>Tipo Conta:</b> 01 - Conta Corrente	<b>Tipo Pessoa:</b> Jurídica
<b>Nome:</b> ANA LIGIA RIBEIRO FEITOSA DE BRITO LTDA	<b>Valor:</b> R\$ 12.100,00
<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> 20/03/2025	<b>Código da Operação:</b> 09009368
<b>Data da Operação:</b> 20/03/2025	<b>Chave de Segurança:</b> 4MUE7QL4ZGRHHFUX

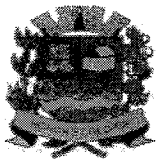
Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

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  
**000000004551 - E**

Autenticidade  
**DQLB-E50T**

Data de Emissão  
**19/03/2025**

**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\$: 24.200,00 - Vlr R\$ 363,00 - Base PIS/Cofins/CSLL R\$ 24.200,00 - PIS R\$ 157,30 - Cofins R\$ 726,00  
- CSLL R\$ 242,00 - Valor Aprox Tributos: 2741,86 (11,33%) - Fonte: IBPT

Valor Líquido R\$ 22.711,70

Vencimento: 21/03/2025

Convênio numero 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 Nº 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  
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\$)  
**24.200,00**

Alíquota (%)

Vr do ISS (R\$)

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 24.200,00**



## 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: **Carlos Lelis Zanco**

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

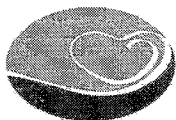
Especialidade: **Ortopedista**

Convênio: **PLANTÕES**

Competência: **02/2025**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana</b>	<b>4</b>	<b>24 Horas</b>	<b>R\$ 3.400,00</b>	<b>R\$ 13.600,00</b>
dias 04, 11, 18, 25				
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 13.600,00</b>

  
**Romilda Pontaniello**  
**PROVEDOR**

**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: **02/2025**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana</b> dia 21	1	24 Horas	R\$ 3.400,00	R\$ 3.400,00
<b>Final de semana</b> dias 22, 23	2	24 Horas	R\$ 3.600,00	R\$ 7.200,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				R\$ 10.600,00

  
**Romildo Pontaniello**  
**PROVEDOR**

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

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 21/03/2025 às 07:51:40

**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> 033/3208/00013000470-6	<b>CPF/CNPJ:</b> 03.250.181/0001-00
<b>Tipo Conta:</b> 01 - Conta Corrente	<b>Tipo Pessoa:</b> Jurídica
<b>Nome:</b> PRO ORTHOS CLINICA ESPECIALIZADA ORTOPED	<b>Valor:</b> R\$ 22.711,70
<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> 20/03/2025	<b>Código da Operação:</b> 09009367
<b>Data da Operação:</b> 20/03/2025	<b>Chave de Segurança:</b> 53Z3UXK8PGGYANT

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  
**000000000138 - E**

Autenticidade  
**C14I-SBG0**

Data de Emissão  
**20/03/2025**

**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**

Serviços prestados Plantões 01/2025.

Convênio numero 05/SS/2024

Retenção de 4,65% conforme art. 24 da Lei 13.137/2015  
PIS 0,65% 109,20  
COFINS 3% 504,00  
C.SOCIAL 1% 168,00

Retenção IR de 1,50 % conforme art 647 do RIR/3000  
IR 1,50% 252,00

ISSQN 3,00% 504,00

VALOR LIQUIDO DA NOTA=====> 15.262,80

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU			
TERMO DE CONVÊNIO Nº 05/SS/24			
FONTES DE RECURSO			
<input checked="" type="checkbox"/> MUNICIPAL R\$ _____	( ) FMDCA	R\$ _____	
( ) ESTADUAL R\$ _____	( ) PRÓPRIOS	R\$ _____	
( ) FEDERAL R\$ _____	( ) OUTROS	R\$ _____	

**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>  
Valor aprox. dos tributos (Lei nº 12.741/2012):  
R\$ 2.640,96 - 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\$)  
**16.800,00**

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

Vr do ISS (R\$)  
**504,00**

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



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

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 21/03/2025 às 07:51:40

**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\$ 15.262,80
<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> 20/03/2025	<b>Código da Operação:</b> 09009372
<b>Data da Operação:</b> 20/03/2025	<b>Chave de Segurança:</b> 9H0VVHGSS29RAR8Q

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  
**000000001169 - E**

Autenticidade  
**2DUH-85BC**

Data de Emissão  
**20/03/2025**

**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 02/2025  
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

ESSA NOTA SERÁ LIQUIDADADA NO TERMO DE Convênio numero 05/SS/2024

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%

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU	
TERMO DE CONVÊNIO N° 05/SS/24	
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>**

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**

Aliquota (%)  
**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: **02/2025**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
Semana/Final de semana dias 07, 08, 09, 14, 21, 28	6	24 Horas	R\$ 800,00	R\$ 4.800,00
Semana/Final de semana dia 02	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: 21/03/2025 às 07:51:40

**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**

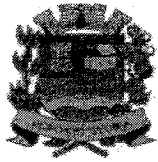
<b>Conta Destino:</b> 237/0224/00000099777-3	<b>CPF/CNPJ:</b> 33.877.632/0001-97
<b>Tipo Conta:</b> 01 - Conta Corrente	<b>Tipo Pessoa:</b> Jurídica
<b>Nome:</b> AB RADIOLOGIA E DIAGNOSTICOS POR IMAGEM	<b>Valor:</b> R\$ 4.724,20
<b>Finalidade:</b> 10 - Crédito em Conta	<b>Valor Tarifa:</b> R\$ 12,00
<b>Histórico:</b>	

**Informações do Pagamento**

<b>Data do Débito:</b> 20/03/2025	<b>Código da Operação:</b> 09009373
<b>Data da Operação:</b> 20/03/2025	<b>Chave de Segurança:</b> 7NLFGM0WWHZ65TH1

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  
**00000000250 - E**  
Autenticidade  
**AREC-P7XY**  
Data de Emissão  
**19/03/2025**

**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 FEVEREIRO/2025 - TERMO DE CONVÊNIO: NÚMERO: 05/SS/2024.  
SERVIÇO PRESTADO PELA DRº RENATO SARDINHA MANTOVANI – CRM 97169  
VALOR BRUTO: R\$ 22.400,00  
RETENÇÕES  
IRRF = 1,5% = R\$ 336,00  
RETENÇÃO PIS/COFINS/CSLL - NOS TERMOS DA LEI 10.833/2003  
PIS = 0,65% = R\$ 145,60  
COFINS = 3% = R\$ 672,00  
CSLL = 1% = R\$ 224,00  
VALOR LIQUIDO A RECEBER R\$ 21.022,40  
Serviço realizado em : MOGI GUAÇU

**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>**

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\$)	Alíquota (%)	Vr do ISS (R\$)
0,00	22.400,00	-	-

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 22.400,00**



## 2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 21/03/2025 às 07:51:40

### 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\$ 21.022,40
<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> 20/03/2025	<b>Código da Operação:</b> 09009375
<b>Data da Operação:</b> 20/03/2025	<b>Chave de Segurança:</b> X0G7GQULMM19JK9F

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  
**000000001088 - E**

Autenticidade  
**7KES-67KV**

Data de Emissão  
**19/03/2025**

**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\$: 22.400,00 - Vir R\$ 336,00 - Base PIS/Cofins/CSLL R\$ 22.400,00 - PIS R\$ 145,60 - Cofins R\$ 672,00  
- CSLL R\$ 224,00 - Valor Aprox Tributos: 3209,92 (14,33%) - Fonte: IBPT

Valor Líquido R\$ 21.022,40

Vencimento: 21/03/2025

Convênio numero 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 Nº 05/SS/24  
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\$)  
**22.400,00**

Alíquota (%)  
**-**

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

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 22.400,00**



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

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 21/03/2025 às 07:51:40

**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> Jurídica
<b>Nome:</b> SAO FRANCISCO AUDIOLOGIA SS	<b>Valor:</b> R\$ 21.022,40
<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> 20/03/2025	<b>Código da Operação:</b> 09009374
<b>Data da Operação:</b> 20/03/2025	<b>Chave de Segurança:</b> 14V9QZLRWHNRE170

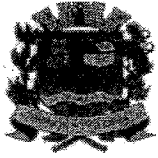
Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

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  
**00000002311 - E**  
 Autenticidade  
**5KFB-UIB3**  
 Data de Emissão  
**19/03/2025**

**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 02/2025.

Convênio numero 05/SS/2024

Dra. Carolina Urbini dos Santos

Retenções:  
 IR R\$ 300,00  
 PIS R\$ 130,00  
 Cofins R\$ 600,00  
 CSSL R\$ 200,00

Liquido a Receber R\$ 18.770,00

**CONFERE COM  
O ORIGINAL**

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU  
 TERMO DE CONVÊNIO Nº 05/SS/24  
 FONTES DE RECURSO  
 MUNICIPAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) FMDCA R\$ \_\_\_\_\_  
 ESTADUAIS R\$ \_\_\_\_\_ ( ) PRÓPRIOS R\$ \_\_\_\_\_  
 FEDERAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) OUTROS R\$ \_\_\_\_\_

**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\$ 2.266,00 - 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\$)  
 20.000,00

Aliquota (%)  
 -

Vr do ISS (R\$)  
 -

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 20.000,00**



## 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: 02/2025**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
Semana/Final de semana dias 01 à 13 e 17 à 28	25	24 Horas	R\$ 800,00	R\$ 20.000,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 20.000,00</b>

  
**Romildo Fontaniello**  
**PROVEDOR**

## 2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 21/03/2025 às 07:51:40

### 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> 033/0181/00013004020-0	<b>CPF/CNPJ:</b> 15.294.609/0001-98
<b>Tipo Conta:</b> 01 - Conta Corrente	<b>Tipo Pessoa:</b> Jurídica
<b>Nome:</b> HEMOGIANA SERVICOS MEDICOS SOCIEDADE SIM	<b>Valor:</b> R\$ 18.770,00
<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> 20/03/2025	<b>Código da Operação:</b> 09009376
<b>Data da Operação:</b> 20/03/2025	<b>Chave de Segurança:</b> EVXEGFE1QCR76JUC

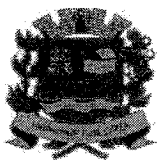
Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

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  
**00000000316 - E**

Autenticidade  
**QYOI-OPFX**

Data de Emissão  
**19/03/2025**

**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 AOS PLANTÕES 01/2025.

CONVÊNIO NÚMERO - 05/SS/2024.

DR. LEONARDO PARIZZI LEALDINI.

VALOR LÍQUIDO À RECEBER - 20.532,94

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\$ 3.550,88 - 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\$)  
21.250,00

Aliquota (%)  
3,3744%

Vr do ISS (R\$)  
717,06

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 21.250,00**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU**

SECRETARIA DA FAZENDA

Nº da Nota - Serie  
**0000000316 - E**Autenticidade  
**QYOI-OFPX**

Carta Nº 21173 anexada em 2025-03-20 09:23:00

Data de Emissão ..... 19/03/2025 15:07:25 Competência (Serv.): 03/2025

**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**DESCRIÇÃO**

CORREÇÃO: CONSIDERAR MÊS 02/2025

SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS REFERENTE AOS PLANTÕES 02/2025.

**NOTA EXPLICATIVA**

Poderá ser utilizada a Carta de Correção Eletrônica (CCe) para regularização de erro ocorrido na emissão da NFS-e, desde que o erro não esteja relacionado com:

I - as variáveis que determinam o valor do ISSQN tais como: base de cálculo; alíquota; código de serviço; valor da prestação de serviços;

II - a correção de dados cadastrais do prestador ou tomador de serviços;

III - o número da nota e a data de emissão;

IV - as variáveis que determinam a situação de tributação com a indicação: do local de incidência do ISSQN; do local da prestação do serviço; da responsabilidade pelo recolhimento do ISSQN; de isenção ou imunidade relativa ao ISSQN;

V - o número e a data de emissão do Recibo Provisório de Serviços - RPS;

Obs: Somente é permitida a emissão e 1(uma) carta de correção por NFS-e

**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/Neonatologista**

**Convênio: PLANTÕES**

Competência: **02/2025**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana/Final de semana</b> dias 01, 04, 05, 10, 12, 13 17, 19, 20, 24, 25,	11	12 Horas	R\$ 1.700,00	R\$ 18.700,00
<b>Semana/Final de semana</b> dias 06, 11, 18	3	6 Horas	R\$ 850,00	R\$ 2.550,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 21.250,00</b>

  
**Romildo Fontaniello**  
**PROVEDOR**

## 2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 21/03/2025 às 07:51:40

### 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> 756/3122/00000858164-9	<b>CPF/CNPJ:</b> 18.835.834/0001-82
<b>Tipo Conta:</b> 01 - Conta Corrente	<b>Tipo Pessoa:</b> Jurídica
<b>Nome:</b> NEONATALE SERVICOS MEDICOS LTDA	<b>Valor:</b> R\$ 20.532,94
<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> 20/03/2025	<b>Código da Operação:</b> 09009377
<b>Data da Operação:</b> 20/03/2025	<b>Chave de Segurança:</b> F5H6TERKP52Q6KJ5


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

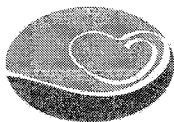
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

 <b>PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO</b> SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA <b>NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e</b> 20250320017941198843	Número da Nota <b>00002279</b>			
	Data e Hora de Emissão <b>20/03/2025 11:21:14</b> Código de Verificação <b>NQIS-4DRH</b>			
<b>PRESTADOR DE SERVIÇOS</b>				
CPF/CNPJ: <b>33.948.247/0001-93</b> Inscrição Municipal: <b>6.291.804-4</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> 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> Inscrição Municipal: <b>---</b> Endereço: <b>Rua CHICO DE PAULA 608 - CENTRO - CEP: 13840-005</b> Município: <b>Mogi Guaçu</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>				
REFERENTE A SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS PELO DR. BRUNO ANHESINI BENETTI - CRM: 163166 REF. 01/2025 Convênio numero 05/ss/2024				
<b>VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 37.800,00</b>				
INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)
-	567,00	378,00	1.134,00	246,70
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	37.800,00	2,00%	756,00	0,00
Município da Prestação do Serviço		Número Inscrição da Obra	Valor Aproximado dos Tributos / Fonte	
-		-	R\$ 2.997,54 (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: 10/04/2025;				

CONFERE COM  
O ORIGINAL

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU TERMO DE CONVÊNIO Nº 05/SS/24 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: **MULTI CLINICA MEDICA BAB LTDA**

Nome Pessoa Física: **Bruno Anhesini Benetti**

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

Especialidade: **Anestesiologista**

Convênio: **PLANTÕES**

Competência: **02/2025**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana (P1)</b> dias 05, 12, 21, 26	4	24 Horas	R\$ 3.400,00	R\$ 13.600,00
<b>Final de semana (P1)</b> dia 23	1	24 Horas	R\$ 3.600,00	R\$ 3.600,00
<b>Semana (P2)</b> dias 03, 10, 14, 21, 27	5	24 Horas	R\$ 3.400,00	R\$ 17.000,00
<b>Final de semana (P2)</b> dia 01	1	24 Horas	R\$ 3.600,00	R\$ 3.600,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 37.800,00</b>

  
Romildo Fontaniello  
PROVEDOR

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

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 21/03/2025 às 07:51:40

**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\$ 35.475,30
<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> 20/03/2025	<b>Código da Operação:</b> 09009378
<b>Data da Operação:</b> 20/03/2025	<b>Chave de Segurança:</b> RAUMJCEUAZF61JG0

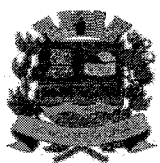
Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

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  
**00000003518 - E**

Autenticidade  
**PMZ5-RVM1**

Data de Emissão  
**19/03/2025**

**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 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 - LUIS FRANCISCO B GABRIOTTI

Base IRRF R\$: 11.200,00 - Vlr R\$ 168,00 - Base PIS/Cofins/CSLL R\$ 11.200,00 - PIS R\$ 72,80 - Cofins R\$ 336,00  
- CSLL R\$ 112,00 - Valor Aprox Tributos: 1268,96 (11,33%) - Fonte: IBPT

Valor Líquido R\$ 10.511,20

Vencimento: 21/03/2025

Convênio numero 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

**CONFERE COM  
O ORIGINAL**

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\$ _____	( ) PRÓPRIOS R\$ _____
( ) FEDERAL R\$ _____	( ) OUTROS R\$ _____

**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\$)  
11.200,00

Alíquota (%)  
0,0000%

Vr do ISS (R\$)  
0,00

**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: **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: **02/2025**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana/Final de semana</b>	14	24 Horas	R\$ 800,00	R\$ 11.200,00
dias 01, 02, 10, 11, 12, 13, 14				
15, 16, 24, 25, 26, 27, 28				
<b>TOTAL A PAGAR</b>				R\$ 11.200,00

  
**Romildo Fontaniello**  
PROVEDOR

## 2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 21/03/2025 às 07:51:40

### 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:** 033/3208/00013002306-4

**Tipo Conta:** 01 - Conta Corrente

**Nome:** TGG NEONATOLOGIA SERVICOS MEDICOS SOCIED

**Finalidade:** 10 - Crédito em Conta

**Histórico:**

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

**Tipo Pessoa:** Jurídica

**Valor:** R\$ 10.511,20

**Valor Tarifa:** R\$ 12,00

### Informações do Pagamento

**Data do Débito:** 20/03/2025

**Data da Operação:** 20/03/2025

**Código da Operação:** 09009379

**Chave de Segurança:** ZKT2H2H6NL3ALJWG

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  
**000000006978 - E**

Autenticidade  
**DG9C-KSQ1**

Data de Emissão  
**19/03/2025**

**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 FEVEREIRO/2025 - TERMO DE CONVÊNIO: NÚMERO: 05/SS/2024

SERVIÇO PRESTADO PELA DR JOÃO RICARDO FLORESI – CRM 104688

VALOR BRUTO: R\$ 34.600,00

RETENÇÕES

IRRF = 1,5% = R\$ 519,00

RETENÇÃO PIS/COFINS/CSLL - NOS TERMOS DA LEI 10.833/2003

PIS = 0,65% = R\$ 224,90

COFINS = 3% = R\$ 1.038,00

CSLL = 1% = R\$ 346,00

VALOR LIQUIDO A RECEBER R\$ 32.472,10

DADOS BANCARIOS

BANCO: SANTANDER – 033

AGENCIA: 3208

CONTA: 13.001487-7

Serviço realizado em : MOGI GUAÇU

CONFERE COM  
O ORIGINAL

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\$ _____	( ) 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\$)  
**34.600,00**

Alíquota (%)  
-

Vr do ISS (R\$)  
-

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 34.600,00**

**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: **02/2025**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana (P1)</b> dias 07, 11, 18, 25	4	24 Horas	R\$ 3.400,00	R\$ 13.600,00
<b>Final de semana (P1)</b> dia 9	1	24 Horas	R\$ 3.600,00	R\$ 3.600,00
<b>Semana (P2)</b> dias 06, 12, 17	3	24 Horas	R\$ 3.400,00	R\$ 10.200,00
<b>Final de semana (P2)</b> dias 09, 22	2	24 Horas	R\$ 3.600,00	R\$ 7.200,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 34.600,00</b>

  
**Romildo Fontaniello**  
PROVEDOR

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

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 21/03/2025 às 07:51:40

**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\$ 32.472,10
<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> 20/03/2025	<b>Código da Operação:</b> 09009380
<b>Data da Operação:</b> 20/03/2025	<b>Chave de Segurança:</b> 4NFF97MXQY0KX773

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

**000000001222 - E**

Autenticidade

**88IG-OK0J**

Data de Emissão

**20/03/2025**

**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\$ 132,00

IR (1,5%): R\$ 66,00

CSRF (4,65%) - R\$ 204,60

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 Nº 05/SS/24			
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

**401 - Medicina e biomedicina.**

Deduções de Materiais  
**0,00**

Base de Cálculo (R\$)  
**4.400,00**

Alíquota (%)  
**3,0000%**

Vr do ISS (R\$)  
**132,00**

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 4.400,00**

## 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: 02/2025**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana/Final de semana</b> dias 01, 04, 11, 18, 25	5	24 Horas	R\$ 800,00	R\$ 4.000,00
<b>Semana/Final de semana</b> dia 02	1	12 Horas	R\$ 400,00	R\$ 400,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				R\$ 4.400,00

  
**Romildo Fontaniello**  
**PROVEDOR**

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

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 21/03/2025 às 07:51:40

**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\$ 3.997,40
<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> 20/03/2025	<b>Código da Operação:</b> 09009382
<b>Data da Operação:</b> 20/03/2025	<b>Chave de Segurança:</b> PC8XZH52XCH34XS4

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  
**000000006977 - E**

Autenticidade  
**P8FJ-A820**

Data de Emissão  
**19/03/2025**

**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:** florescristiane@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 FEVEREIRO/2025 - TERMO DE CONVÊNIO: NÚMERO: 05/SS/2024.

SERVIÇO PRESTADO PELA DRA CRISTIANE FRANCO FLORESI DE OLIVEIRA – CRM 94955

VALOR BRUTO: R\$ 38.000,00

RETENÇÕES

IRRF = 1,5% = R\$ 570,00

RETENÇÃO PIS/COFINS/CSLL - NOS TERMOS DA LEI 10.833/2003

PIS = 0,65% = R\$ 247,00

COFINS = 3% = R\$ 1.140,00

CSLL = 1% = R\$ 380,00

VALOR LIQUIDO A RECEBER R\$ 35.663,00

DADOS BANCARIOS

BANCO: SANTANDER – 033

AGENCIA: 3208

CONTA: 13.001487-7

Serviço realizado em : MOGI GUAÇU

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU	
TERMO DE CONVÊNIO Nº 05/SS/24	
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**

Processo executado por: 172.16.20.60

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

**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  
**0,00**

Base de Cálculo (R\$)  
**38.000,00**

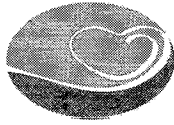
Aliquota (%)

-

Vr do ISS (R\$)

-

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 38.000,00**



## 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: **02/2025**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana (P1)</b> dias 06, 13, 20, 27	4	24 Horas	R\$ 3.400,00	R\$ 13.600,00
<b>Final de semana (P1)</b> dias 16, 22	2	24 Horas	R\$ 3.600,00	R\$ 7.200,00
<b>Semana (P2)</b> dias 05, 11, 18, 28	4	24 Horas	R\$ 3.400,00	R\$ 13.600,00
<b>Final de semana (P2)</b> dias 08	1	24 Horas	R\$ 3.600,00	R\$ 3.600,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 38.000,00</b>

  
**Romildo Fontaniello**  
**PROVEDOR**

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

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 21/03/2025 às 07:51:40

**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\$ 35.663,00
<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> 20/03/2025	<b>Código da Operação:</b> 09009384
<b>Data da Operação:</b> 20/03/2025	<b>Chave de Segurança:</b> C0UXZPQ02N74US48


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> 20250320u57173357000199	Número da Nota <b>00000031</b>			
	Data e Hora de Emissão <b>20/03/2025 08:36:39</b> Código de Verificação <b>D3DK-SRG4</b>			
<b>PRESTADOR DE SERVIÇOS</b>				
CPF/CNPJ: <b>57.173.357/0001-99</b> Nome/Razão Social: <b>RS CARUSSO SERVICOS MEDICOS LTDA</b> Endereço: <b>AV ANGELICA 321, CONJ 168 - SANTA CECILIA - CEP: 01227-000</b> Município: <b>São Paulo</b>	Inscrição Municipal: <b>1.491.306-2</b> UF: <b>SP</b>			
<b>TOMADOR DE SERVIÇOS</b>				
Nome/Razão Social: <b>IRM STA CASA MIS DE MOGI GUACU</b> CPF/CNPJ: <b>52.739.950/0001-36</b> Endereço: <b>Rua R 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>ROSIMERE@SANTACASAMOGIGUACU.ORG.BR</b>			
<b>INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS</b>				
CPF/CNPJ: <b>----</b> Nome/Razão Social: <b>----</b>				
<b>DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS</b>				
SERVIÇOS MEDICOS PRESTADOS REFERENTE AOS PLANTOES DE FEVEREIRO/2025 Convênio numero 05/SS/2024 DRª Raissa Saraiva Carusso CRM: 215707 VALO LIQUIDO NF R\$ 3.378,60				
<b>VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 3.600,00</b>				
INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)
-	54,00	36,00	108,00	23,40
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	3.600,00	2,00%	72,00	0,00
Município da Prestação do Serviço		Número/Inscrição da Obra	Valor Aproximado dos Tributos / Fonte	
-		-	-	
<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: 10/04/2025;				

CONFERE COM O ORIGINAL

ASSINATURA

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUACU TERMO DE CONVÊNIO Nº 05/SS/24	
FONTES DE RECURSO	
<input checked="" type="checkbox"/> MUNICIPAL R\$ _____	( ) FMDCA R\$ _____
( ) ESTADUAL R\$ _____	( ) PRÓPRIOS R\$ _____
( ) FEDERAL R\$ _____	( ) OUTROS R\$ _____



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

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 21/03/2025 às 07:51:40

**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> 033/0334/00013000942-1	<b>CPF/CNPJ:</b> 57.173.357/0001-99
<b>Tipo Conta:</b> 01 - Conta Corrente	<b>Tipo Pessoa:</b> Jurídica
<b>Nome:</b> RS CARUSSO SERVICOS MEDICOS LTDA	<b>Valor:</b> R\$ 3.378,60
<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> 20/03/2025	<b>Código da Operação:</b> 09009364
<b>Data da Operação:</b> 20/03/2025	<b>Chave de Segurança:</b> 5LL3JHCQSZ2Y2TGJ

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  
**000000006976 - E**

Autenticidade  
**NI5Q-1VAG**

Data de Emissão  
**19/03/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** RCJC SERVIÇO 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 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 FEVEREIRO/2025 - TERMO DE CONVÊNIO: NÚMERO: 05/SS/2024.

SERVIÇO PRESTADO PELA DR CARLOS AUGUSTO DOS SANTOS BORGES – CRM 110149

VALOR BRUTO: R\$ 41.400,00

RETENÇÕES

IRRF = 1,5% = R\$ 621,00

RETENÇÃO PIS/COFINS/CSLL - NOS TERMOS DA LEI 10.833/2003

PIS = 0,65% = R\$ 269,10

COFINS = 3% = R\$ 1.242,00

CSLL = 1% = R\$ 414,00

VALOR LIQUIDO A RECEBER R\$ 38.853,90

DADOS BANCARIOS

BANCO: SANTANDER – 033

AGENCIA: 3208

CONTA: 13.001487-7

Serviço realizado em : MOGI GUAÇU

**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.

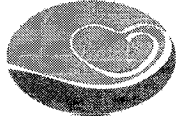
Deduções de Materiais  
**0,00**

Base de Cálculo (R\$)  
**41.400,00**

Alíquota (%)  
**-**

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

**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: **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: **02/2025**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana (P1)</b> dias 03, 10, 14, 17, 24	5	24 Horas	R\$ 3.400,00	R\$ 17.000,00
<b>Final de semana (P1)</b> dia 15	1	24 Horas	R\$ 3.600,00	R\$ 3.600,00
<b>Semana (P2)</b> dias 07, 19, 25, 26	4	24 Horas	R\$ 3.400,00	R\$ 13.600,00
<b>Final de semana (P2)</b> dias 15, 23	2	24 Horas	R\$ 3.600,00	R\$ 7.200,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				R\$ 41.400,00

  
**Remildo Fontaniello**  
**PROVEDOR**

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

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 21/03/2025 às 07:51:40

**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\$ 38.853,90
<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> 20/03/2025	<b>Código da Operação:</b> 09009385
<b>Data da Operação:</b> 20/03/2025	<b>Chave de Segurança:</b> 26U0YCKZS742GLP1

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  
**00000003167 - E**

Autenticidade  
**2XPP-GRRM**

Data de Emissão  
**19/03/2025**

**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 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 - JOÃO CONRADO B. DOS REIS  
HONORÁRIOS MÉDICOS- THIAGO DARCADIA DOS REIS

Base IRRF R\$: 11.600,00 - Vlr R\$ 174,00 - Base PIS/Cofins/CSLL R\$ 11.600,00 - PIS R\$ 75,40 - Cofins R\$ 348,00  
- CSLL R\$ 116,00 - Valor Aprox Tributos: 1662,28 (14,33%) - Fonte: IBPT

Valor Líquido R\$ 10.886,60

Vencimento: 21/03/2025

Convênio numero 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 CONTRIBUINTEIS INDIVIDUAIS.

**CONFERE COM  
O ORIGINAL**

**ASSINATURA**

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU  
TERMO DE CONVÊNIO N° 05/SS/24

**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\$)  
11.600,00

Aliquota (%)  
-

Vr do ISS (R\$)  
-

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 11.600,00**





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

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 21/03/2025 às 07:51:40

**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> 237/0224/00000015627-2	<b>CPF/CNPJ:</b> 33.015.323/0001-08
<b>Tipo Conta:</b> 01 - Conta Corrente	<b>Tipo Pessoa:</b> Jurídica
<b>Nome:</b> JOAO CONRADO SERVICOS MEDICOS SS	<b>Valor:</b> R\$ 10.886,60
<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> 20/03/2025	<b>Código da Operação:</b> 09009390
<b>Data da Operação:</b> 20/03/2025	<b>Chave de Segurança:</b> QCX5SMRA0FC9Z8M3

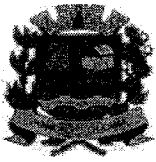
Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

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  
**000000000862 - E**

Autenticidade  
**3EDC-67Y2**

Data de Emissão  
**21/03/2025**

**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 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 01/2025.  
Convênio numero 05/SS/2024

VALOR BRUTO: R\$ 5.600,00  
PIS: 0,65% = R\$ 36,40  
CONFINS: 3 % = R\$ 168,00  
CONTRIBUIÇÃO SOCIAL: 1%= R\$ 56,00  
IR: 1,5% = R\$ 84,00  
VALOR LÍQUIDO = R\$ 5.255,60

DRA LAVINIA MARTIN

NÃO SUJEITO À 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/SS/24

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\$ 634,48 - 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\$)  
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>	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 SERV MEDICOS
<b>CPF/CNPJ:</b>	24.093.971/0001-91
<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>	NF862
<b>Histórico:</b>	

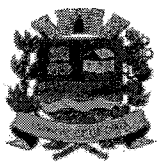
<b>Data de débito:</b>	21/03/2025
<b>Data / Hora da operação:</b>	21/03/2025 15:13:06

<b>Código da operação:</b>	65070192
<b>Chave de segurança:</b>	Z6H9HH9FCLQ10P8C

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  
**00000001187 - E**  
Autenticidade  
**TM0J-W9ZA**  
Data de Emissão  
**20/03/2025**

**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  
Convênio: 05/SS/2025  
Dr Marcos Alexandre F da Cruz  
CRM 91656

IRRF 1,5%R\$ 84,00  
CSLL 1%R\$56,00  
COFINS 3%R\$ 168,00  
PIS 0,65%R\$36,40

**CONFERE COM  
O ORIGINAL**

**ASSINATURA**

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU  
TERMO DE CONVÊNIO N° 05/SS/2025

**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\$)  
5.600,00

Alíquota (%)  
3,0000%

Vr do ISS (R\$)  
168,00

**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>	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\$ 5.087,60
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 12,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF1187
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	21/03/2025
<b>Data / Hora da operação:</b>	21/03/2025 15:13:30

<b>Código da operação:</b>	65197694
<b>Chave de segurança:</b>	E8VWL0NRJ53NJ4GT

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  
**00000006291 - E**

Autenticidade  
**J4LF-793P**

Data de Emissão  
**20/03/2025**

**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.....6.600,00  
IR.....99,00  
PIS.....42,90  
COFINS.....198,00  
CSLL.....66,00  
Valor Líquido.....6.194,00

Conta para depósito  
SICREDI  
Agência 0718  
Conta Corrente 88446-2

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU			
TERMO DE CONVÊNIO N° 05/SS/24			
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\$ _____		

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 COLABORADORES 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\$ 945,78 - Aliq: 14,33%

**ASSINATURA**  
Situação de Tributação  
Tributada no Prestador

Código do Serviço

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

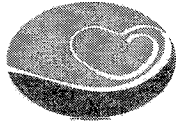
Deduções de Materiais  
0,00

Base de Cálculo (R\$)  
6.600,00

Aliquota (%)  
-

Vr do ISS (R\$)  
-

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 6.600,00**



## 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: 02/2025

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
Semana/Final de semana dias 14, 15, 16, 19	4	24 Horas	R\$ 800,00	R\$ 3.200,00
Semana/Final de semana dias 05, 12, 26	3	18 Horas	R\$ 600,00	R\$ 1.800,00
Semana/Final de semana dias 06, 13, 18, 27	4	12 Horas	R\$ 400,00	R\$ 1.600,00
TOTAL A PAGAR				R\$ 6.600,00

  
Romildo Fontamiello  
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
<b>CPF/CNPJ:</b>	17.574.066/0001-98
<b>Valor:</b>	R\$ 6.194,10
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 12,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF6291
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	21/03/2025
<b>Data / Hora da operação:</b>	21/03/2025 15:14:19

<b>Código da operação:</b>	65341643
<b>Chave de segurança:</b>	8PMRXUM2G7CS1CC0

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  
**000000006294 - E**

Autenticidade  
**UZNZ-QLFP**

Data de Emissão  
**20/03/2025**

**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.....8.600,00  
IR.....129,00  
PIS.....55,90  
COFINS.....258,00  
CSLL.....86,00  
Valor Líquido.....8.071,11

Conta para depósito  
SICREDI  
Agência 0718  
Conta Corrente 88446-2

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU	
TERMO DE CONVÊNIO N° 05/SS/24	
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\$ _____

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 CONTRIBUÍVEIS 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\$ 1.232,38 - Aliq: 14,33%**

**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  
0,00

Base de Cálculo (R\$)  
8.600,00

Aliquota (%)  
-

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: **Jose Eugenio Colombo**

CNPJ/CPF.: **17.574.066/0001-98**

Especialidade: **Neurologista**

**Convênio: PLANTÕES**

**Competência: 02/2025**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana/Final de semana</b>	10	24 Horas	R\$ 800,00	R\$ 8.000,00
dias 01, 02, 04, 07, 08				
09, 11, 20, 25, 28				
<b>Semana/Final de semana</b>	3	06 Horas	R\$ 200,00	R\$ 600,00
dias 05, 12, 26				
<b>TOTAL A PAGAR</b>				R\$ 8.600,00

  
**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
<b>CPF/CNPJ:</b>	17.574.066/0001-98
<b>Valor:</b>	R\$ 8.071,11
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 12,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF6294
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	21/03/2025
<b>Data / Hora da operação:</b>	21/03/2025 15:14:46

<b>Código da operação:</b>	65456253
<b>Chave de segurança:</b>	GHE30ESYMWUH9XF3

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  
**00000006293 - E**  
Autenticidade  
**5RDV-28W8**  
Data de Emissão  
**20/03/2025**

**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:** ISENT0 **Fone:** 1938611313  
**Endereço:** RUA CHICO DE PAULA,608,CENTRO - CEP : 13840005  
**Município:** MOGI GUAÇU **UF:** SP **E-mail:** nfe@santacasamogiguacu.org.br

**ESTE DOCUMENTO SUBSTITUI A NFSe Nº 6292**

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

Honorários médicos prestados pelo Dr. THALLES PASSOS FERREIRA, CRM sob o nº 169828. ESSA NOTA SERÁ LIQUIDADADA NO TERMO DE CONVÊNIO Nº 05/SS/2024.

VALOR BRUTO.....7.200,00  
IR.....108,00  
PIS.....46,80  
COFINS.....216,00  
CSLL.....72,00  
VALOR LIQUIDO.....6.757,20

DADOS P/ DEPOSITO  
BANCO SICREDI  
AG: 0718  
C/C: 88446-2

<b>PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU</b>			
<b>TERMO DE CONVÊNIO Nº 05/SS/24</b>			
<b>FONTES DE RECURSO</b>			
<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-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 E OUTROS CONTRIBUINTES INDIVIDUAIS. ISSQN ANUAL.  
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\$ 815,76 - 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  
**0,00**

Base de Cálculo (R\$)  
**7.200,00**

Aliquota (%)  
**-**

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

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



**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 MISÉRIC 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
<b>CPF/CNPJ:</b>	17.574.066/0001-98
<b>Valor:</b>	R\$ 6.757,20
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 12,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF6293
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	21/03/2025
<b>Data / Hora da operação:</b>	21/03/2025 15:15:16

**Código da operação:** 65528542  
**Chave de segurança:** 8K2LKSTWN9JML76A

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  
**00000002018 - E**

Autenticidade  
**YYPR-PDVB**

Data de Emissão  
**20/03/2025**

**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 liquidada no convênio numero: 05/SS/2024.

Valor Bruto.....9.600,00  
Ir.....144,00  
PIS.....62,40  
COFINS.....288,00  
CSLL.....96,00  
Valor Bruto.....9.009,60

**CONFERE COM  
O ORIGINAL**

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

**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\$ _____		

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\$ 1.375,68 - 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\$)  
9.600,00

Aliquota (%)

-

Vr do ISS (R\$)

-

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 9.600,00**



**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>	001 - BANCO DO BRASIL S/A - 00000000
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	1172 / 00000027081-4
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	BARZON E NEVES SERV MEDICOS
<b>CPF/CNPJ:</b>	07.672.539/0001-36
<b>Valor:</b>	R\$ 9.009,60
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 12,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF2018
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	21/03/2025
<b>Data / Hora da operação:</b>	21/03/2025 15:15:40

<b>Código da operação:</b>	65605261
<b>Chave de segurança:</b>	A4J7TJ9S9RCLY9NR

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  
**000000000204 - E**  
Autenticidade  
**BF3Y-QWGL**  
Data de Emissão  
**21/03/2025**

**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 02/2025.  
Convênio numero 05/SS/2024

VALOR BRUTO: R\$ 7.200,00  
PIS: 0,65% = R\$ 46,80  
CONFINS: 3 % = R\$ 216,00  
CONTRIBUIÇÃO SOCIAL: 1%= R\$ 72,00  
IR: 1,5% = R\$ 108,00  
VALOR LÍQUIDO = R\$ 6.757,20

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\$ _____		

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**

**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\$ 815,76 - 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\$)  
7.200,00

Aliquota (%)  
-

Vr do ISS (R\$)  
-

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



**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>	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 OFTALMO APPLIMA
<b>CPF/CNPJ:</b>	45.928.502/0001-15
<b>Valor:</b>	R\$ 6.757,20
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 12,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF204
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	21/03/2025
<b>Data / Hora da operação:</b>	21/03/2025 15:16:06

<b>Código da operação:</b>	65678498
<b>Chave de segurança:</b>	Y7FULTACFJUTHHEJ

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  
**0000001309 - E**

Autenticidade  
**UJL3-L1F8**

**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFSe**

Data de Emissão .....: **20/03/2025 15:27:01**  
Competência (Serv.): **03/2025**



**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:13800382**  
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 / (19)**  
Endereço.....: **RUA RUA CHICO DE PAULA,608 - CEP : 13840005, CENTRO**  
Município.....: **Mogi Guaçu** UF: SP  
Email.....: **santacasamogiguacu@dginet.com.br**

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

Referente a serviços Prestados pela Dra. Alessandra Sbegue- Plantões 01/2025.  
Convênio número 05/SS/2024.

**CONFERE COM  
O ORIGINAL**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU**  
**TERMO DE CONVÊNIO N° 05/SS/24**  
**FONTES DE RECURSO**

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

**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**

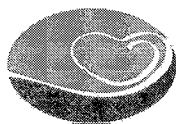
Situação de Tributação  
**Tributada no Prestador**  
Tributada em Mogi Mirim.

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	2,7099%	46,07	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: **SBEGUE CLINICA MEDICA LTDA**

Nome Pessoa Física: **Alessandra Sbegue**

CNPJ/CPF.: **49.530.635/0001-90**

Especialidade: **Pediatra/Neonatologista**

**Convênio: PLANTÕES**

**Competência: 02/2025**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
Semana/Final de semana	2	6 Horas	R\$ 850,00	R\$ 1.700,00
dias 06, 11				
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 1.700,00</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>	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
<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>	NF1309
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	21/03/2025
<b>Data / Hora da operação:</b>	21/03/2025 15:16:33

<b>Código da operação:</b>	65751669
<b>Chave de segurança:</b>	TVJ03S6YJ5YE3KAS

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  
**000000003541 - E**

Autenticidade  
**Q0DF-MD9F**

Data de Emissão  
**20/03/2025**

**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@santacasamogiguacu.org.br

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

REFERENTE SERVIÇOS PRESTADOS PLANTÕES 02/2025  
CONVÊNIO NUMERO 05/SS/2024  
R\$ 4.800,00

DR. FLAVIO HENRIQUE DE SOUZA

PIS (0,65%) R\$ 31,20  
COFINS (3%) R\$ 144,00  
IR (1,5%) R\$ 72,00  
CSLL (1%) R\$ 48,00

<b>PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU</b>			
<b>TERMO DE CONVÊNIO N° 05/SS/2024</b>			
<b>FONTES DE RECURSO</b>			
<input checked="" type="checkbox"/> MUNICIPAL R\$ _____	( ) FMDCA R\$ _____		
( ) ESTADUAL R\$ _____	( ) PRÓPRIOS R\$ _____		
( ) FEDERAL R\$ _____	( ) OUTROS R\$ _____		

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**

**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\$)  
4.800,00

Aliquota (%)  
-

Vr do ISS (R\$)  
-

**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>	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 DIAG POR IMAGEM
<b>CPF/CNPJ:</b>	31.246.667/0001-00
<b>Valor:</b>	R\$ 4.504,80
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 12,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF3541
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	21/03/2025
<b>Data / Hora da operação:</b>	21/03/2025 15:17:01

<b>Código da operação:</b>	65827642
<b>Chave de segurança:</b>	6CQLVMUQV83W33CY

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  
**000000003149 - E**  
Autenticidade  
**QXCQ-7Q35**  
Data de Emissão  
**20/03/2025**

**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**

Referente ao serviços prestados Plantões em Urologia 02/2025 - no Hospital da Santa Casa de Mogi Guaçu.

Convênio numero 05/SS/2024

Dr. Bruno Vedovato CRMSP: 135284  
Bruto: 11200,00  
IR: 168,00  
CSLL, PIS, COFINS: 520,80  
Líquido a pagar: 10511,20

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU			
TERMO DE CONVÊNIO N° 05/SS/2024			
FONTES DE RECURSO			
<input checked="" type="checkbox"/> MUNICIPAL R\$ _____	<input type="checkbox"/> FMECA 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**

**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\$) 11.200,00	Aliquota (%) -	Vr do ISS (R\$) -
-------------------------------	------------------------------------	-------------------	----------------------

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 11.200,00**



24/03/2025

GERENCIADOR  
**CAIXA**



## Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

### Detalhes do pagamento

**ID da transação:** E00360305202503211647433dc4c67d5  
**Situação:** EFETIVADA    **Data e Hora:** 21/03/2025 às 15:17:30  
**Valor Original:** R\$ 10.511,20    **Valor Atualizado:** R\$ 10.511,20    **Tarifa:** R\$ 8,50  
**Detalhes:** NF 3149

### Origem

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

### Destino

**Nome:** LACERDA VEDOVATO GINECOLOGIA E UROLO  
**CNPJ:** 19.715.759/0001-89  
**Instituição:** BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

**Código da operação:** 44130076566  
**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 NOVA CANAA DO NORTE**  
**PREF. MUN. DE NOVA CANAA DO NORTE**  
**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e**



**Número da NFS-e**  
**80**  
**Código de Verificação de Autenticidade**  
**UTACPO8KD**  
**Data e Hora de Emissão da NFS-e**  
**20/03/2025 às 14:42:48**  
**Chave de Acesso**  
 141555LY4YT0UYLHTGXTSJBH04S6D4Z0

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

**Informações Fiscais**

Eligibilidade do ISS <b>Eligível</b>	Número do Processo	Município de incidência do ISS <b>NOVA CANAA DO NORTE-MT</b>	Local da Prestação <b>MOGI GUACU - SP</b>
Número do RPS	Série do RPS	Tipo do RPS	Data do RPS
			Competência <b>20/03/2025</b>
Optante Simples Nacional <b>- Sim</b>	Incentivo Fiscal <b>2 - Não</b>	Regime Especial Tributação <b>Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP)</b>	Tipo ISS <b>03 - Sobre Faturamento</b>

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

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

**CONDOMINIO DE SERVIÇOS**

CPF/CNPJ/Documento <b>2.739.950/0001-36</b>	RG/Inscrição Estadual	Inscrição Municipal	Nome/Razão Social <b>IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MOGI GUACU</b>
Logradouro <b>Rua Chico de Paula, 608</b>	Complemento	Bairro <b>Centro</b>	E-mail <b>tatiana@santacasamogiguacu.org.br</b>
CEP/Cod.Postal <b>3840-005</b>	Cidade/Pais <b>MOGI GUACU - SP</b>	Cod. IBGE <b>3530706</b>	Telefone <b>19 38611313</b>

**Discriminação dos Serviços**

Qtde.	Un. Medida	Descrição	Vlr. Unitário	Total
1,00	UN	Serviços médicos prestados pelo DR. MATHEUS DE OLIVEIRA MUNHOES. Referente serviços prestados Plantões 01/2025 Convênio numero 05/SS/2024	2.400,00	R\$ 2.400,00

Dados Bancários: PJ  
 Banco: 748 - Banco Cooperativo Sicredi S.A. - Bansicredi  
 Agência: 0718  
 Conta: 54107-3  
**CONFERE COM O ORIGINAL**

**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\$ \_\_\_\_\_

**ASSINATURA**

**Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS**

LC 116/2003: <b>04.01</b>	Alíquota <b>2,00%</b>	Atividade Município <b>0000040000001</b>	Código CNAE <b>8630503</b>	Código da Obra	Código ART
Medicina e biomedicina		Total do ISS <b>R\$ 48,00</b>	ISS Retido <b>2 - Não</b>	Desconto Condicionado <b>R\$ 0,00</b>	

**Retenções de Impostos**

PIS <b>R\$ 0,00</b>	COFINS <b>R\$ 0,00</b>	INSS <b>R\$ 0,00</b>	IRRF <b>R\$ 0,00</b>	CSLL <b>R\$ 0,00</b>	Outras Retenções <b>R\$ 0,00</b>
------------------------	---------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------------------

Valor Líquido da NFS-e: **R\$ 2.400,00**

**Informações Complementares**

RECEBI(EMOS) DE **MOM MEDICAL LTDA** O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO **80** E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO **UTACPO8KD**.

Data

CPF/RG

Assinatura



24/03/2025

GERENCIADOR  
**CAIXA**



## Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

### Detalhes do pagamento

**ID da transação:** E00360305202503211649f7ed6d95c2b  
**Situação:** EFETIVADA **Data e Hora:** 21/03/2025 às 15:17:56  
**Valor Original:** R\$ 2.400,00 **Valor Atualizado:** R\$ 2.400,00 **Tarifa:** R\$ 8,50  
**Detalhes:** NF80

### Origem

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

### Destino

**Nome:** MOM MEDICAL LTDA  
**CNPJ:** 53.111.978/0001-97  
**Instituição:** CC POUP E INV UNIÃO PARANÁ/SÃO PAULO

**Código da operação:** 44130117506  
**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  
**0000000457 - E**

Autenticidade  
**AMNR-RED7**

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



Data de Emissão .....: **20/03/2025 16:01:19**  
Competência (Serv.): **03/2025**

**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 / (19)**  
Endereço.....: **RUA RUA 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.....11.250,00  
Imposto renda 168,75  
Pis 73,12  
Cofins 337,50  
Csl 112,50  
Issqn 337,50  
Valor Líquido.....10.220,63

**CONFERE COM  
O ORIGINAL**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUACU**  
**TERMO DE CONVÊNIO Nº 05.155/2024**  
**FONTES DE RECURSO**

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

**ASSINATURA**

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\$ 1.612,12 - 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\$)
<b>0,00</b>	<b>168,75</b>	<b>73,12</b>	<b>337,50</b>	<b>112,50</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>11.250,00</b>	<b>0,00</b>	<b>11.250,00</b>	<b>3,0000%</b>	<b>337,50</b>	<b>10.558,13</b>



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

Nº da Nota - Serie  
**000000457 - E**

Autenticidade  
**AMNR-RED7**

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

Data de Emissão .....: **20/03/2025 16:01:19**  
Competência (Serv.): **03/2025**



**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.

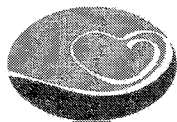
**CONFERE COM  
O ORIGINAL**

**ASSINATURA**

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU  
TERMO DE CONVÊNIO Nº 05155/24

FONTES DE RECURSO

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: **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: **02/2025**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana</b> dia 04, 07, 28	3	12 Horas	R\$ 1.700,00	R\$ 5.100,00
<b>Semana</b> dia 10, 11, 24	3	06 Horas	R\$ 850,00	R\$ 2.550,00
<b>Final de semana</b> dia 01, 09	2	12 Horas	R\$ 1.800,00	R\$ 3.600,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				R\$ 11.250,00

  
**Romildo Fontanello**  
**PROVEDOR**

24/03/2025

GERENCIADOR  
**CAIXA**



### Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

#### Detalhes do pagamento

**ID da transação:** E00360305202503211650231f8b0a071  
**Situação:** EFETIVADA    **Data e Hora:** 21/03/2025 às 15:18:21  
**Valor Original:** R\$ 10.220,63    **Valor Atualizado:** R\$ 10.220,63    **Tarifa:** R\$ 8,50  
**Detalhes:** NF457

#### Origem

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

#### Destino

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

**Código da operação:** 44130133483  
**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  
**00000005011 - E**  
Autenticidade  
**KZB2-YBQO**  
Data de Emissão  
**20/03/2025**

**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

**ESTE DOCUMENTO SUBSTITUI A NFSe Nº 5009**

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

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

Valor Bruto.....9.600,00  
IR.....144,00  
PIS.....62,40  
COFINS.....288,00  
CSLL.....96,00  
VALOR LIQUIDO.....9.009,60

**CONFERE COM  
O ORIGINAL**

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\$ \_\_\_\_\_

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

**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

**PGTO PARCIAL**

CONVÊNIO n: 05/SS/2024  
VALOR PGTO: R\$ 9.009,50

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\$ 1.087,68 - 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**

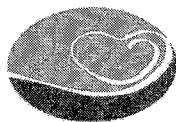
Base de Cálculo (R\$)  
**9.600,00**

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: **ELGUI SERVICOS DE SAUDE SS LTDA**

Nome Pessoa Física: **Guilherme Biazotto**

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

Especialidade: **Cirurgião**

**Convênio: PLANTÕES**

**Competência: 02/2025**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana/Final de semana</b>	8	24 Horas	R\$ 800,00	R\$ 6.400,00
dias 01, 02, 11, 14, 15				
16, 20, 28				
<b>Semana/Final de semana</b>	8	24 Horas	R\$ 400,00	R\$ 3.200,00
dias 01, 02, 11, 14, 15				
16, 20, 28				
<b>TOTAL A PAGAR</b>				R\$ 9.600,00

  
**Romildo Fontanello**  
**PROVEDOR**

24/03/2025

GERENCIADOR  
**CAIXA**



## Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

### Detalhes do pagamento

**ID da transação:** E003603052025032116590bc78f7fa9b  
**Situação:** EFETIVADA      **Data e Hora:** 21/03/2025 às 15:18:38  
**Valor Original:** R\$ 9.009,50      **Valor Atualizado:** R\$ 9.009,50      **Tarifa:** R\$ 8,50  
**Detalhes:** NF5011

### 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:** 44130158658  
**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  
**000000005010 - E**

Autenticidade  
**BSZE-DOZO**

Data de Emissão  
**20/03/2025**

**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.....4.800,00  
 IR.....72,00  
 PIS.....31,20  
 COFINS.....144,00  
 CSLL.....48,00  
 VALOR LIQUIDO.....4.504,80

**CONFERE COM  
 O ORIGINAL**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU**  
**TERMO DE CONVÊNIO N° 05/SS/24**  
**FONTES DE RECURSO**  
 MUNICIPAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) FMDCA R\$ \_\_\_\_\_  
 ESTADUAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) PRÓPRIOS R\$ \_\_\_\_\_  
 FEDERAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) OUTROS R\$ \_\_\_\_\_

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

**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\$ 543,84 - 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\$) 4.800,00	Alíquota (%) -	Vr do ISS (R\$) -
-------------------------------	-----------------------------------	-------------------	----------------------

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 4.800,00**



## 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: **Torácico**

Convênio: **PLANTÕES**

Competência: **02/2025**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana/Final de semana</b>	<b>8</b>	<b>24 Horas</b>	<b>R\$ 800,00</b>	
dias 01, 02, 11				
14, 15, 16, 20, 28				
Devido a falta de especialistas médicos torácicos na entidade, foi solicitado aos médicos cirurgiões para suprir esta necessidade (1/4).				R\$ 4.800,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 4.800,00</b>

  
**Romildo Fontaniello**  
**PROVEDOR**

24/03/2025

GERENCIADOR  
**CAIXA**



## Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

### Detalhes do pagamento

**ID da transação:** E00360305202503211659ba37967658a  
**Situação:** EFETIVADA    **Data e Hora:** 21/03/2025 às 15:18:59  
**Valor Original:** R\$ 4.504,80    **Valor Atualizado:** R\$ 4.504,80    **Tarifa:** R\$ 8,50  
**Detalhes:** NF5010

### 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:** 44130164081  
**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  
**000000000090 - E**  
Autenticidade  
**6ENL-9970**  
Data de Emissão  
**20/03/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** REBECCHI SERVIÇOS MEDICOS LTDA  
**CPF/CNPJ:** 50.234.595/0001-18 **IM:** 327510 **IE:** **Fone:** 19 99643-4848  
**Endereço:** RUA RENATO BUENO,275,VL SÃO JOÃO - CEP : 13840326  
**Município:** Mogi Guaçu **UF:** SP **E-mail:** rodrigo@stempresarial.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 prestados Plantões 02/2025.

Convênio numero 05/SS/2024  
Dr. Cassio.....10.600,00

IR Retido 1,5% = R\$ 159,00  
PIS Retido 0,65% = R\$ 68,90  
COFINS 3% = R\$ 318,00  
CSLL Retido 1% = R\$ 106,00  
Total Liquido a receber = R\$ 9.948,10

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\$ \_\_\_\_\_

Dispensa de retenção de INSS, serviço prestado pelo próprio sócio da empresa (de acordo com o artigo 115 da IN RFB nº 2.110/2022)

**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

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

Deduções de Materiais  
0,00

Base de Cálculo (R\$)  
10.600,00

Alíquota (%)  
3,0000%

Vr do ISS (R\$)  
318,00

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 10.600,00**



**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>	033 - BANCO SANTANDER S.A. - 90400888
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0181 / 00013006276-7
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	REBECCHI SERV MEDICOS
<b>CPF/CNPJ:</b>	50.234.595/0001-18
<b>Valor:</b>	R\$ 9.630,10
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 12,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF90
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	24/03/2025
<b>Data / Hora da operação:</b>	24/03/2025 15:30:45

<b>Código da operação:</b>	01401006
<b>Chave de segurança:</b>	PNMZ21LJ4A9HC1W0

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