

14/05/2025

GERENCIADOR  
**CAIXA**

Via Gerenciador CAIXA

**Detalhes da TED**

<b>Número do Documento:</b> 121545	<b>Data:</b> 12/05/2025	<b>Valor:</b> R\$ 2.252,40
------------------------------------	-------------------------	----------------------------

**Origem**

<b>Nome:</b> IRM STA CASA MISERIC MOGI GUAC	<b>Banco:</b> 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL - 00360305	<b>Agência:</b> 4281	<b>Conta:</b> 5772172197
--	---	-------------------------	-----------------------------

**Destino**

<b>Nome:</b> RENIUM CLINICA MEDICA LTDA	<b>Banco:</b> 756 - BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A. - 02038232	<b>Agência:</b> 4027	<b>Conta:</b> 288899204
--	--	-------------------------	----------------------------

**Informações Adicionais**

<b>Finalidade:</b> Crédito em Conta	<b>Tipo TED:</b> STR0008	<b>Valor da Tarifa:</b> R\$ 12,00
-------------------------------------	--------------------------	-----------------------------------

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>NFS-e - NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA</b>			
<b>Nº: 2025/30</b>	Emitida em: <b>25/03/2025</b> às 11:09:13	Competência: <b>25/03/2025</b>	Código de Verificação: <b>edf12b7e</b>
RENUM CLINICA MEDICA LTDA CPF/CNPJ: 18.449.924/0001-35      Inscrição Municipal: 0493229/001-1 RUA CAPELINHA, 136, APT: 02;, Serra - Cep: 30220-300 Belo Horizonte      MG Telefone:      Email:			
<b>Tomador do(s) Serviço(s)</b>			
CPF/CNPJ: 52.739.950/0001-36		Inscrição Municipal: Não Informado	
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MOGI GUAÇU Rua Chico de Paula, 608, Centro - Cep: 13840-005 Mogi Guacu      SP Telefone: Não Informado      Email: Não Informado			
<b>Discriminação do(s) Serviço(s)</b>			
Serviços prestados para os plantões 02/2025. Convênio numero: 05/SS/2024  Tâma Andrade Paulo - CRMSP 168588 - CPF 012.255.326-80  *Percentual aproximado dos tributos: 13,45% federais e 3,25% municipais conforme Lei 12.741/12. Fonte IBP			
<b>Código de Tributação do Município (CTISS)</b>			
0401-0/01-88 / Medicina			
Subitem Lista de Serviços LC 116/03 / Descrição:			
4.01 / Medicina e biomedicina.			
<b>Cod/Município da incidência do ISSQN:</b>		<b>Natureza da Operação:</b>	
3106200 / Belo Horizonte		Tributação no município	
Regime Especial de Tributação: Sociedade de Profissionais			
<b>Valor dos serviços:</b>	R\$ 2.400,00	<b>Valor dos serviços:</b>	R\$ 2.400,00
(-) Descontos:	R\$ 0,00	(-) Deduções:	R\$ 0,00
(-) Retenções Federais:	R\$ 147,60	(-) Desconto Incondicionado:	R\$ 0,00
(-) ISS Retido na Fonte:	R\$ 0,00	(=) Base de Cálculo:	R\$ 2.400,00
<b>Valor Líquido:</b>	<b>R\$ 2.252,40</b>	(x) Alíquota:	-
		(=) Valor do ISS:	-
<b>Retenções Federais:</b>			
PIS: R\$ 15,60   COFINS: R\$ 72,00   IR: R\$ 36,00   CSLL: R\$ 24,00			
<b>Outras Informações:</b>			
Chave de acesso no Ambiente de Dados Nacional: 3106200121844992400013525000000003025036455764268.			
 Prefeitura de Belo Horizonte - Secretaria Municipal de Fazenda Rua Espírito Santo, 605 - 3º andar - Centro - CEP: 30160-919 - Belo Horizonte MG. Dúvidas: SIGESP			 NOTA 10

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU  
TERMO DE CONVÊNIO Nº 05/SS/2004  
FONTES DE RECURSO

(x) MUNICIPAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) FMDOCA R\$ \_\_\_\_\_  
 ( ) ESTADUAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) PRÓPRIOS R\$ \_\_\_\_\_  
 ( ) FEDERAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) OUTROS R\$ \_\_\_\_\_

CONFERE COM  
O ORIGINAL

Amanda

ASSINATURA



**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>	756 - BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A. - 02038232
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	3122 / 00000855736-5
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	ELGUI SERVICOS DE SAUDE
<b>CPF/CNPJ:</b>	17.680.807/0001-15
<b>Valor:</b>	R\$ 11.036,76
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 12,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	20/05/2025
<b>Data / Hora da operação:</b>	20/05/2025 11:56:06

<b>Código da operação:</b>	19107955
<b>Chave de segurança:</b>	Z3JAA1P302MKG973

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

Ajô CAIXA: 0800 104 0104



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

Número da Nota - Série  
**00000005090 - E**

Autenticidade  
**FAMR-ORZB**

Data de Emissão  
**16/05/2025**

**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:** clinicaget@hotmail.com

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

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

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

Honorários médicos prestados pelo DR ELI PAULO COLOMBO FILHO, CRM 66404. ESSA NOTA SERÁ LIQUIDADA NO TERMO DE CONVÊNIO Nº 05/SS/2024. Plantões 04/2025.

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

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

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

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

Serviço realizado em : Mogi Guaçu  
 PGTO PARCIAL

CONVÊNIO nº 05/SS / 2024

VALOR PGTO: R\$ 11036,76

**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\$ 1.903,44 - Aliq: 11,33%

*(Assinado)*  
 Situação de Tributação  
**ASSINATURA**  
 Tributada no Prestador

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

Deduções de Materiais <b>0,00</b>	Base de Cálculo (R\$) <b>16.800,00</b>	Aliquota (%) <b>-</b>	Vr do ISS (R\$) <b>-</b>
--------------------------------------	---	--------------------------	-----------------------------

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

**DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS**



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

Convênio: PLANTÕES  
 Competência: 04/2025

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
Semana/Final de semana dias 02, 03, 07, 09, 10, 14, 16 17, 18, 19, 20, 23, 28, 30	14	24 Horas	R\$ 800,00	R\$ 11.200,00
Semana/Final de semana dias 02, 03, 07, 09, 10, 14, 16 17, 18, 19, 20, 23, 28, 30	14	24 Horas	R\$ 400,00	R\$ 5.600,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 16.800,00</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>	033 - BANCO SANTANDER S.A. - 90400888
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	3208 / 00013000470-6
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	PRO ORTHOS CLINICA ESPEC ORTOPEDIA
<b>CPF/CNPJ:</b>	03.250.181/0001-00
<b>Valor:</b>	R\$ 4.467,26
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 12,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	20/05/2025
<b>Data / Hora da operação:</b>	20/05/2025 11:16:10

<b>Código da operação:</b>	15261176
<b>Chave de segurança:</b>	WCOVYM3M3K9M0R7J

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

Ajô CAIXA: 0800 104 0104



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

Número da Nota - Série  
**00000004590 - E**

Autenticidade  
**2HV2-YKS5**

Data de Emissão  
**16/05/2025**

**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

Base IRRF R\$: 6.800,00 - Vir R\$ 102,00 - Base PIS/Cofins/CSLL R\$ 6.800,00 - PIS R\$ 44,20 - Cofins R\$ 204,00 - CSLL R\$ 68,00 - Valor Aprox Tributos: 770,44 (11,33%) - Fonte: IBPT

Valor Líquido R\$ 6.381,80

Vencimento: 20/05/2025

Convênio 05/SS/2024 -

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

PGTO PARCIAL

CONVÊNIO nº 05/SS/2024

VALOR PGTO: R\$ 4467,06

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

**CONFERE COM  
O ORIGINAL**

Amândeo  
**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\$)  
6.800,00

Alíquota (%)

Vr do ISS (R\$)

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 6.800,00**



**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>	033 - BANCO SANTANDER S.A. - 90400888
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	3208 / 00013000401-2
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	WFM SERVICOS MEDICOS
<b>CPF/CNPJ:</b>	08.979.287/0001-55
<b>Valor:</b>	R\$ 4.204,48
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 12,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	20/05/2025
<b>Data / Hora da operação:</b>	20/05/2025 11:16:39

<b>Código da operação:</b>	15336022
<b>Chave de segurança:</b>	S7L3S5M3S1GEUKZ9

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

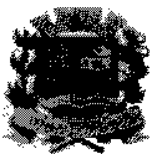
Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

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  
**000000004733 - E**  
Autenticidade  
**H5N8-NQKI**  
Data de Emissão  
**16/05/2025**

**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\$: 6.400,00 - Vir R\$ 96,00 - Base PIS/Cofins/CSLL R\$ 6.400,00 - PIS R\$ 41,60 - Cofins R\$ 192,00 - CSLL R\$ 64,00 - Valor Aprox Tributos: 725,12 (11,33%) - Fonte: IBPT

Valor Líquido R\$ 6.006,40

Vencimento: 20/05/2025

Convênio 05/SS/2024 -

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

PGTO PARCIAL

CONVÊNIO nº 05/SS/2004

VALOR PGTO: R\$ 4204,48

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU  
TERMO DE CONVÊNIO Nº 05/SS/2004  
FONTES DE RECURSO

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

CONFERE COM  
O ORIGINAL

Amanda  
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\$)  
6.400,00

Alíquota (%)  
-

Vr do ISS (R\$)  
-

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 6.400,00**


**DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS**



Cidade: Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu  
 PJ: 52.739.950/0001-36  
 Nome Pessoa Jurídica: WFM SERVICOS MEDICOS SS  
 Nome Pessoa Física: Wanderlei Francisco Morari dias  
 PJ/CPF.: 08.979.287/0001-55  
 Especialidade: Endoscopista

Convênio: PLANTÕES  
 Competência: 04/2025

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
Semana/Final de semana dias 01, 02, 03, 25 26, 27, 28, 29, 30	9	24 Horas	R\$ 800,00	R\$ 7.200,00
			Ajuste 50%	R\$ 800,00
Conforme acordado entre os especialistas, pagar 50 % sobre valor total dos plantões, para os Drs. João Conrado Vanderlei, fizemos o ajuste para o valor ficar igual				
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 6.400,00</b>

  
 Romildo Fontaniello  
 Provedor

**2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	04281 / 1292 / 000577217219-7
<b>Tipo de conta:</b>	Não foi possível recuperar
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	IRM STA CASA MISERIC MOGI GUACU
<b>CPF/CNPJ:</b>	52.739.950/0001-36

<b>Banco:</b>	748 - BANCO COOPERATIVO SICREDI S/A - 01181521
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	7188 / 00000018908
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	ATIVA IDADE SERVICOS MEDICOS
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.590.354/0001-08
<b>Valor:</b>	R\$ 5.518,38
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 12,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	20/05/2025
<b>Data / Hora da operação:</b>	20/05/2025 11:50:46

<b>Código da operação:</b>	16927053
<b>Chave de segurança:</b>	940YVRGJCX0PQ09R

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  
**000000004924 - E**

Autenticidade  
**UJC1-Z056**

Data de Emissão  
**16/05/2025**

**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 LUIS 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:** 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 - MARCELO MITSUO FUNAI

Base IRRF R\$: 8.400,00 - Vlr R\$ 126,00 - Base PIS/Cofins/CSLL R\$ 8.400,00 - PIS R\$ 54,60 - Cofins R\$ 252,00 - CSLL R\$ 84,00 - Valor Aprox Tributos: 951,72 (11,33%) - Fonte: IBPT

Valor Líquido R\$ 7.883,40

Vencimento: 20/05/2025

Convênio 05/SS/2024 -

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

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

PGTO PARCIAL  
CONVÊNIO nº 05/SS/2024  
VALOR PGTO: R\$ 5518,38

**CONFERE COM  
O ORIGINAL**

Amanda  
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\$)  
**8.400,00**

Alíquota (%)  
**-**

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

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 8.400,00**

**DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS**



Idade: Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu  
 PJ: **52.739.950/0001-36**  
 Nome Pessoa Jurídica: ATIVA IDADE SERVICOS MEDICOS SS  
 Nome Pessoa Física: Marcelo Mitsuo Funai  
 PJ/CPF.: 09.590.354/0001-08  
 Especialidade: Cirurgião

**Evento: PLANTÕES**

Competência: 04/2025

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
Semana/Final de semana dias 01, 08, 11, 12, 13, 22, 29	7	24 Horas	R\$ 800,00	R\$ 5.600,00
Semana/Final de semana dias 01, 08, 11, 12, 13, 22, 29	7	24 Horas	R\$ 400,00	R\$ 2.800,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>			R\$	R\$ 8.400,00

  
 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>	033 - BANCO SANTANDER S.A. - 90400888
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	3208 / 00013001819-4
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	SDR SERV E DIAG RADIO GUACUANO
<b>CPF/CNPJ:</b>	15.379.135/0001-87
<b>Valor:</b>	R\$ 2.627,80
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 12,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	20/05/2025
<b>Data / Hora da operação:</b>	20/05/2025 11:17:43

<b>Código da operação:</b>	15481025
<b>Chave de segurança:</b>	H3TN1WMVJ6MGYJM6

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  
**000000048577 - E**  
Autenticidade  
**CAZO-19AK**  
Data de Emissão  
**16/05/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**



**Nome/Razão Social:** S. D. R. SERVICOS E DIAGNOSTICOS RADIOLOGICOS GUACUANO S/S  
**CPF/CNPJ:** 15.379.135/0001-87 **IM:** 247707 **IE:** **Fone:** 19 3851-8000  
**Endereço:** RUA INACIO 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 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 - FABIANO A. B. GODINHO

Base IRRF R\$: 4.000,00 - Vir R\$ 60,00 - Base PIS/Cofins/CSLL R\$ 4.000,00 - PIS R\$ 26,00 - Cofins R\$ 120,00 - CSLL R\$ 40,00 - Valor Aprox Tributos: 453,20 (11,33%) - Fonte: IBPT

Valor Líquido R\$ 3.754,00

Vencimento: 20/05/2025

Convênio 05/SS/2024 -

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

PGTO PARCIAL

CONVÊNIO nº 05/SS/2024

VALOR PGTO: R\$ 2603,80

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

**CONFERE COM  
O ORIGINAL**

Comanda

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\$)  
**4.000,00**

Alíquota (%)  
**0,0000%**

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

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 4.000,00**

**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: **04/2025**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana/Final de semana</b>	<b>5</b>	<b>24 Horas</b>	<b>R\$ 800,00</b>	<b>R\$ 4.000,00</b>
dias 07, 14, 26, 27, 28				
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 4.000,00</b>

Romildo Fontaniello  
Provedor

**2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	04281 / 1292 / 000577217219-7
<b>Tipo de conta:</b>	Não foi possível recuperar
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	IRM STA CASA MISERIC MOGI GUACU
<b>CPF/CNPJ:</b>	52.739.950/0001-36

<b>Banco:</b>	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\$ 3.052,56
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 12,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	21/05/2025
<b>Data / Hora da operação:</b>	21/05/2025 14:36:01

<b>Código da operação:</b>	88691598
<b>Chave de segurança:</b>	6XMAN7TJT8RT3YVR

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  
**000000001200 - E**

Autenticidade  
**TTVN-NB11**

Data de Emissão  
**21/05/2025**

**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 GUAÇU **UF:** SP **E-mail:** elainepedrini@ig.com.br

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

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

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

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

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

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU			
TERMO DE CONVÊNIO Nº <u>05/SS/2024</u>			
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**

PGTO PARCIAL

CONVÊNIO nº 05/SS/2024  
VALOR PGTO: R\$ 30501,56

Amanda

ASSINATURA

Processo executado por: 172.16.20.60

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

Situação de Tributação  
Tributado no Tomador

Código do Serviço  
401 - Medicina e biomedicina.

Deduções de Materiais  
0,00

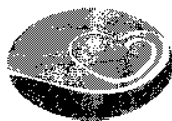
Base de Cálculo (R\$)  
4.800,00

Alíquota (%)  
3,0000%

Vr do ISS (R\$)  
144,00

**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: CLINICA MEDICA CAPE SS

Nome Pessoa Física: Marcos Alexandre Francato da Cruz


CNPJ/CPF.: 08.742.556/0001-65

Especialidade: Torácico

Convênio: PLANTOES

Competência: 04/2025

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
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>			R\$	<b>4.800,00</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>	033 - BANCO SANTANDER S.A. - 90400888
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	3208 / 00013001487-7
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	RCJC SERV DE ANESTESIOLOGIA
<b>CPF/CNPJ:</b>	11.330.542/0001-49
<b>Valor:</b>	R\$ 27.197,73
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 12,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	20/05/2025
<b>Data / Hora da operação:</b>	20/05/2025 11:18:48

<b>Código da operação:</b>	15635052
<b>Chave de segurança:</b>	2EWMG0EGY6RQAQTC

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  
**000000007197 - E**

Autenticidade  
**6DMD-P2B7**

Data de Emissão  
**16/05/2025**

**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**

PGTO PARCIAL

CONVÊNIO nº 05/SS/0004  
 VALOR PGTO: R\$ 07.197,73

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 ABRIL/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 LÍQUIDO A RECEBER R\$ 38.853,90

DADOS BANCÁRIOS

BANCO: SANTANDER – 033

AGÊNCIA: 3208

CONTA: 13.001487-7

Serviço realizado em : MOGI GUAÇU

**CONFERE COM  
O ORIGINAL**

*Armando*

ASSINATURA

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU	
TERMO DE CONVÊNIO Nº <u>05/SS/0004</u>	
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\$)  
**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: **04/2025**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana (P1)</b> dias 07, 11, 16, 24, 28	5	24 Horas	R\$ 3.400,00	R\$ 17.000,00
<b>Final de semana (P1)</b> dia 26	1	24 Horas	R\$ 3.600,00	R\$ 3.600,00
<b>Semana (P2)</b> dias 02, 03, 25, 30	4	24 Horas	R\$ 3.400,00	R\$ 13.600,00
<b>Final de semana (P2)</b> dias 20, 27	2	24 Horas	R\$ 3.600,00	R\$ 7.200,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 41.400,00</b>

  
Romildo Fontaniello  
Provedor

**2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	04281 / 1292 / 000577217219-7
<b>Tipo de conta:</b>	Não foi possível recuperar
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	IRM STA CASA MISERIC MOGI GUACU
<b>CPF/CNPJ:</b>	52.739.950/0001-36

<b>Banco:</b>	033 - BANCO SANTANDER S.A. - 90400888
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	3208 / 00013001487-7
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	RCJC SERV DE ANESTESIOLOGIA
<b>CPF/CNPJ:</b>	11.330.542/0001-49
<b>Valor:</b>	R\$ 27.591,90
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 12,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	20/05/2025
<b>Data / Hora da operação:</b>	20/05/2025 11:19:21

<b>Código da operação:</b>	15701281
<b>Chave de segurança:</b>	UNV189X71TYRQN0R

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  
**00000007198 - E**  
Autenticidade  
**TUAM-4NLY**  
Data de Emissão  
**16/05/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** RCJC SERVICIO 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 ABRIL/2025 - TERMO DE CONVÊNIO: NÚMERO: 05/SS/2024.  
SERVIÇO PRESTADO PELA DRA CRISTIANE FRANCO FLORESI DE OLIVEIRA – CRM 94955  
VALOR BRUTO: R\$ 42.000,00

RETENÇÕES  
IRRF = 1,5% = R\$ 630,00  
RETENÇÃO PIS/COFINS/CSLL - NOS TERMOS DA LEI 10.833/2003  
PIS = 0,65% = R\$ 273,00  
COFINS = 3% = R\$ 1.260,00  
CSLL = 1% = R\$ 420,00  
VALOR LÍQUIDO A RECEBER R\$ 39.417,00

DADOS BANCÁRIOS  
BANCO: SANTANDER – 033  
AGÊNCIA: 3208  
CONTA: 13.001487-7

Serviço realizado em : MOGI GUAÇU

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

**CONFERE COM  
O ORIGINAL**

PGTO PARCIAL  
CONVÊNIO nº 05/SS/2024  
VALOR PGTO: R\$ 27.591,90

*Amanda*

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	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Vr do ISS (R\$)
0,00	42.000,00	-	-

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 42.000,00**

**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 Floresi de Oliveira**CNPJ/CPF.: **11.330.542/0001-49**Especialidade: **Anestesiologista****Convênio: PLANTÕES**Competência: **04/2025**

<b>Dias da Semana</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Referência</b>	<b>Valor</b>		<b>Valor Total</b>
<b>Semana (P1)</b> dias 03, 10, 17, 22,	4	24 Horas	R\$	3.400,00	R\$ 13.600,00
<b>Final de semana (P1)</b> dias 13, 20	2	24 Horas	R\$	3.600,00	R\$ 7.200,00
<b>Semana (P2)</b> dias 08, 24	2	24 Horas	R\$	3.400,00	R\$ 6.800,00
<b>Final de semana (P2)</b> dias 09, 12, 19, 21	4	24 Horas	R\$	3.600,00	R\$ 14.400,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>					R\$ 42.000,00

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>	033 - BANCO SANTANDER S.A. - 90400888
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	3208 / 00013001487-7
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	RCJC SERV DE ANESTESIOLOGIA
<b>CPF/CNPJ:</b>	11.330.542/0001-49
<b>Valor:</b>	R\$ 27.066,34
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 12,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	20/05/2025
<b>Data / Hora da operação:</b>	20/05/2025 11:19:45

<b>Código da operação:</b>	15801307
<b>Chave de segurança:</b>	RYCZYKRYE5JTY4SJ

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

Atô CAIXA: 0800 104 0104



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

Número da Nota - Série  
**000000007199 - E**

Autenticidade  
**A2XM-37TM**

Data de Emissão  
**16/05/2025**

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

SERVIÇO PRESTADO PELA DR JOÃO RICARDO FLORESI – CRM 104688

VALOR BRUTO: R\$ 41.200,00

RETENÇÕES

IRRF = 1,5% = R\$ 618,00

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

PIS = 0,65% = R\$ 267,80

COFINS = 3% = R\$ 1.236,00

CSLL = 1% = R\$ 412,00

VALOR LIQUIDO A RECEBER R\$ 38.666,20

DADOS BANCARIOS

BANCO: SANTANDER – 033

AGENCIA: 3208

CONTA: 13.001487-7

Serviço realizado em : MOGI GUAÇU

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU

TERMO DE CONVÊNIO N° 05/SS/2024

FONTES DE RECURSO

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

**CONFERE COM**

**O ORIGINAL**

PGTO PARCIAL

CONVÊNIO n° 05/SS/2024

VALOR PGTO: R\$ 38.666,20

**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\$)  
 41.200,00

Alíquota (%)

Vr do ISS (R\$)

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 41.200,00**

**DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS**

Entidade: Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu

CNPJ: 52.739.950/0001-36

Nome Pessoa Jurídica: RCJC SERVICOS DE ANESTESIOLOGIA SS LTDA

Nome Pessoa Física: João Ricardo Flores

CNPJ/CPF.: 11.330.542/0001-49

Especialidade: Anestesiologista

Convênio: PLANTÕES

Competência: 04/2025

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana (P1)</b>	5	24 Horas	R\$ 3.400,00	R\$ 17.000,00
dias 01, 08, 15, 25, 29				
<b>Final de semana (P1)</b>	1	24 Horas	R\$ 3.600,00	R\$ 3.600,00
dia 27				
<b>Semana (P2)</b>	5	24 Horas	R\$ 3.400,00	R\$ 17.000,00
dias 04, 17, 22, 23, 28				
<b>Final de semana (P2)</b>	1	24 Horas	R\$ 3.600,00	R\$ 3.600,00
dia 18				
<b>TOTAL A PAGAR</b>				R\$ 41.200,00

  
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>	033 - BANCO SANTANDER S.A. - 90400888
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	3208 / 00013002274-0
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	LACERDA E VEDOVATO GINEC E UROLOGIA
<b>CPF/CNPJ:</b>	19.715.759/0001-89
<b>Valor:</b>	R\$ 8.124,51
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 12,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	20/05/2025
<b>Data / Hora da operação:</b>	20/05/2025 11:20:16

<b>Código da operação:</b>	15899352
<b>Chave de segurança:</b>	UHTAFH8T6WJ9RWQ6

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  
**00000003251 - E**

Autenticidade  
**4IHY-O4QF**

Data de Emissão  
**17/05/2025**

**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 serviços médicos prestados Plantões em Urologia - 04/2025.

Convênio numero 05/SS/2024

Dr. Bruno Vedovato - CRMSP 135284  
Bruto: 12367,00  
IR: 185,50  
CSLL, PIS, COFINS: 575,06  
Líquido: 11606,44

**CONFERE COM  
O ORIGINAL**

*Amanda*

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

PGTO PARCIAL  
CONVÊNIO nº 05/SS/2024  
VALOR PGTO: R\$ 8104,51

Processo executado por: 172.16.20.60

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

Situação de Tributação  
Tributada no Prestador

Código do Serviço

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

Deduções de Materiais  
**0,00**

Base de Cálculo (R\$)  
**12.367,00**

Alíquota (%)  
**-**

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

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 12.367,00**

**DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS**



Endereço: Rua da Mis. Mogi Guaçu

CPF: 52.739.950/0001-36

Nome Pessoa Jurídica:

Nome Pessoa Física:

CPF:

Especialidade:

Evento: PLANTÕES

Competência: 04/2025

LACERDA E VEDOVATO GINECOLOGIA E UROLOGIA SS LTDA

Bruno Cesar Vedovato

19.715.759/0001-89

Urologista

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
Semana/Final de semana dias 01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 21, 22, 23	10	24 Horas	R\$ 800,00	R\$ 8.000,00
Semana/Final de semana dia 24	1	08 Horas	R\$ 266,00	R\$ 266,00
Semana/Final de semana	3	12 Horas	R\$ 400,00	R\$ 1.200,00
dias 25, 26, 27 (Dra. Ana 12h e Dr. Leonardo 12h)	3	12 Horas	R\$ 400,00	R\$ 1.200,00
Semana/Final de semana dia 30	1	07 Horas	R\$ 234,00	R\$ 234,00
Dra. Ana 7h / Dr. Leonardo 12h	1	12 Horas	R\$ 400,00	R\$ 400,00
			Ajuste 50%	
Conforme acordado entre os especialistas, pagar 50 % sobre valor total dos plantões, para os Drs. Bruno				
e Luis Francisco, fizemos o ajuste para o valor ficar igual				
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 12.367,00</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>	033 - BANCO SANTANDER S.A. - 90400888
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	3208 / 00013002780-0
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	LM SERVICOS MEDICOS
<b>CPF/CNPJ:</b>	24.093.971/0001-91
<b>Valor:</b>	R\$ 3.678,92
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 12,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	20/05/2025
<b>Data / Hora da operação:</b>	20/05/2025 11:27:47

<b>Código da operação:</b>	16026421
<b>Chave de segurança:</b>	RLZZVZKRK8KP5EXM

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  
**000000000887 - E**

Autenticidade  
**RWI4-23WE**

Data de Emissão  
**16/05/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** LM SERVICOS MEDICOS S/S LTDA  
**CPF/CNPJ:** 24.093.971/0001-91 **IM:** 302988 **IE:** **Fone:** 19 99921-5217  
**Endereço:** RUA ACURCIO ALVES RAMOS,264 SALA 1,PARQUE CIDADE NOVA - CEP : 13845418  
**Município:** Mogi Guaçu **UF:** SP **E-mail:** lmservico@outlook.com

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MOGI GU  
**CPF/CNPJ:** 52.739.950/0001-36 **IM:** 10286 **IE:** 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**

NOTA REFERENTE SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS PLANTÕES 04/2025.

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

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 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**

*Amanda*

**ASSINATURA**

PGTO PARCIAL

CONVÊNIO n° 05/SS/2024

VALOR PGTO: R\$ 3678,92

Processo executado por: 172.16.20.60

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

Situação de Tributação  
Tributada no Prestador

Código do Serviço

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

Deduções de Materiais  
0,00

Base de Cálculo (R\$)  
5.600,00

Alíquota (%)  
-

Vr do ISS (R\$)  
-

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 5.600,00**

**DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS**



Endereço: Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu

CPF: 52.739.950/0001-36

Nome Pessoa Jurídica: LM SERVICOS MEDICOS SS LTDA

Nome Pessoa Física: Lavinia Martini

CPF: 24.093.971/0001-91

Profissão: Oftalmologista

**Convênio: PLANTÕES**

Período: 04/2025

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
Semana/Final de semana dias 14 à 20	7	24 Horas	R\$ 800,00	R\$ 5.600,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 5.600,00</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>	033 - BANCO SANTANDER S.A. - 90400888
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	3208 / 00013002306-4
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	TGG NEONATOLOGIA SERV MEDICOS
<b>CPF/CNPJ:</b>	20.385.622/0001-92
<b>Valor:</b>	R\$ 6.131,31
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 12,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	20/05/2025
<b>Data / Hora da operação:</b>	20/05/2025 11:28:21

<b>Código da operação:</b>	16098677
<b>Chave de segurança:</b>	ER1SXGE172R7A4W2

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  
**000000003710 - E**  
 Autenticidade  
**PW5V-Y19Y**  
 Data de Emissão  
**16/05/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**



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

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

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

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

HONORÁRIOS MÉDICOS - LUIS FRANCISCO B GABRIOTTI

Base IRRF R\$: 9.333,00 - Vir R\$ 140,00 - Base PIS/Cofins/CSLL R\$ 9.333,00 - PIS R\$ 60,66 - Cofins R\$ 279,99 - CSLL R\$ 93,33 - Valor Aprox Tributos: 1057,42 (11,33%) - Fonte: IBPT

Valor Líquido R\$ 8.759,02

Vencimento: 20/05/2025

Convênio 05/SS/2024 -

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

PGTO PARCIAL

CONVÊNIO nº 05155/00014  
 VALOR PGTO: R\$ 6131,31

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

Amanda  
 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.

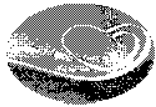
Deduções de Materiais  
 0,00

Base de Cálculo (R\$)  
 9.333,00

Aliquota (%)  
 0,0000%

Vr do ISS (R\$)  
 0,00

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 9.333,00**



### DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

Entidade: **Irm. Santa Casa de Mls. 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: 04/2025

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
Semana/Final de semana dias 08 à 20	13	24 Horas	R\$ 800,00	R\$ 10.400,00
			Ajuste 50%	
Conforme acordado entre os especialistas, pagar 50 % sobre valor total dos plantões, para os Drs. Bruno e Luis Francisco, fizemos o ajuste para o valor ficar igual				
<b>TOTAL A PAGAR</b>				R\$ <b>9.333,00</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>	033 - BANCO SANTANDER S.A. - 90400888
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	3634 / 00013005919-8
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	MULTI CLINICA MEDICA BAB LTDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	33.948.247/0001-93
<b>Valor:</b>	R\$ 27.329,12
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 12,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	20/05/2025
<b>Data / Hora da operação:</b>	20/05/2025 11:47:00

<b>Código da operação:</b>	16199325
<b>Chave de segurança:</b>	SGEH3K9X3CWL5XKZ

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.

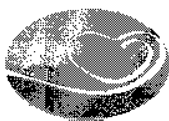
SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

 <b>PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO</b> <b>SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA</b> <b>NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e</b> Serviço prestado em 16/05/2025 20750516017941198843	Número da Nota <b>00002455</b>			
	Data e Hora de Emissão <b>16/05/2025 15:56:55</b> Código de Verificação <b>16BI-W6XP</b>			
<b>PRESTADOR DE SERVIÇOS</b>				
CPF/CNPJ: <b>33.948.247/0001-93</b> Nome/Razão Social: <b>MULTI CLINICA MEDICA BAB LTDA</b> Endereço: <b>AV ARATAS 284, CONJ 132 - INDIANOPOLIS - CEP: 04081-001</b> Município: <b>São Paulo</b>	Inscrição Municipal: <b>6.291.804-4</b> UF: <b>SP</b>			
<b>TOMADOR DE SERVIÇOS</b>				
Nome/Razão Social: <b>IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MOGI GUACU</b> CPF/CNPJ: <b>52.739.950/0001-36</b> Endereço: <b>Rua CHICO DE PAULA 608 - CENTRO - CEP: 13840-005</b> Município: <b>Mogi Guaçu</b>				
Inscrição Municipal: <b>----</b> UF: <b>SP</b> E-mail: <b>viviana@santacasamogiguacu.org.br</b>				
<b>INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS</b>				
CPF/CNPJ: <b>----</b> Nome/Razão Social: <b>----</b>				
<b>DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS</b>				
SERVIÇOS MEDICOS PRESTADOS PELO DR. BRUNO ANHESINI BENETTI - CRM 163166 Convênio numero 05/SS/2024				
<b>CONFERE COM O ORIGINAL</b>				
 <b>ASSINATURA</b>				
<b>PGTO PARCIAL</b> CONVÊNIO nº <b>05/SS/2004</b> VALOR PGTO: R\$ <b>27.309,10</b>				
<b>VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 41.600,00</b>				
INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)
-	624,00	416,00	1.248,00	270,40
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	41.600,00	2,00%	832,00	0,00
Município da Prestação do Serviço		Número Inscrição da Obra	Valor Aproximado dos Tributos / Fonte	
-		-	R\$ 3.298,88 (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: 10/06/2025; (3) Esta NFS-e substitui a NFS-e nº 2454;				

**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: **04/2025**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana (P1)</b> dias 02, 14, 23, 30	4	24 Horas	R\$ 3.400,00	R\$ 13.600,00
<b>Final de semana (P1)</b> dia 12, 18	2	24 Horas	R\$ 3.600,00	R\$ 7.200,00
<b>Semana (P2)</b> dias 01, 11, 14, 29	4	24 Horas	R\$ 3.400,00	R\$ 13.600,00
<b>Final de semana (P2)</b> dias 05, 13	2	24 Horas	R\$ 3.600,00	R\$ 7.200,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 41.600,00</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>	033 - BANCO SANTANDER S.A. - 90400888
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0181 / 00013004020-0
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	HEMOGIANA SERV MEDICOS
<b>CPF/CNPJ:</b>	15.294.609/0001-98
<b>Valor:</b>	R\$ 13.139,00
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 12,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	20/05/2025
<b>Data / Hora da operação:</b>	20/05/2025 11:47:22

<b>Código da operação:</b>	16290862
<b>Chave de segurança:</b>	ZFQGK47Z0J083LPK

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

Aiô CAIXA: 0800 104 0104



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

Número da Nota - Série  
**000000002358 - E**  
Autenticidade  
**P5F5-ZYPH**  
Data de Emissão  
**16/05/2025**

**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 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@santiacasamogiguacu.org.br

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

Valor referente serviços prestados Plantões 04/2025

Convênio numero 05/SS/2024

Dra. Carolina Urbini dos Santos CRM: 105767

Retenções:

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

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\$ _____	

Liquido a Receber R\$ 18.770,00

**CONFERE COM  
O ORIGINAL**

PGTO PARCIAL  
CONVÊNIO nº 05/SS/2024  
VALOR PGTO: R\$ 18.189,00

Amanda  
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**



**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 / 00013006460-4
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	RSM NEUROPEDIATRIA
<b>CPF/CNPJ:</b>	52.882.642/0001-65
<b>Valor:</b>	R\$ 15.766,80
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 12,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	20/05/2025
<b>Data / Hora da operação:</b>	20/05/2025 11:47:44

<b>Código da operação:</b>	16369788
<b>Chave de segurança:</b>	132808CHKQRY89ZY

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  
**000000000280 - E**

Autenticidade  
**KQFX-P3DI**

Data de Emissão  
**16/05/2025**

**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 : 13846218  
**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:** ISENT0 **Fone:** 1938611313  
**Endereço:** RUA CHICO DE PAULA,608,CENTRO - CEP : 13840005  
**Município:** MOGI GUAÇU **UF:** SP **E-mail:** nfe@santacasamogiguacu.org.br

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

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

ISSQN – ANUAL

SERVIÇO PRESTADO REF PLANTÕES

- COMPETÊNCIA ABRIL/2025 - TERMO DE CONVÊNIO: NÚMERO: 05/SS/2024.

SERVIÇO PRESTADO PELA DRº RENATO SARDINHA MANTOVANI – CRM 97169

VALOR BRUTO: R\$ 24.000,00

RETENÇÕES

IRRF = 1,5% = R\$ 360,00

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

PIS = 0,65% = R\$ 156,00

COFINS = 3% = R\$ 720,00

CSLL = 1% = R\$ 240,00

VALOR LIQUIDO A RECEBER R\$ 22.524,00

Serviço realizado em MOGI GUAÇU

O ORIGINAL

*[Assinatura]*

ASSINATURA

PGTO PARCIAL

CONVÊNIO nº 05/SS/2024

VALOR PGTO: R\$ 15.766,80

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\$)  
24.000,00

Aliquota (%)  
-

Vr do ISS (R\$)  
-

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



**2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	04281 / 1292 / 000577217219-7
<b>Tipo de conta:</b>	Não foi possível recuperar
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	IRM STA CASA MISERIC MOGI GUACU
<b>CPF/CNPJ:</b>	52.739.950/0001-36

<b>Banco:</b>	033 - BANCO SANTANDER S.A. - 90400888
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0181 / 00013006126-1
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	SAO FRANCISCO AUDIOLOGIA
<b>CPF/CNPJ:</b>	01.706.690/0001-61
<b>Valor:</b>	R\$ 13.664,56
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 12,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	20/05/2025
<b>Data / Hora da operação:</b>	20/05/2025 11:48:09

<b>Código da operação:</b>	16432866
<b>Chave de segurança:</b>	30H7Z02HMMZXUHW0

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 725 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  
**000000001094 - E**

Autenticidade  
**V1KO-IANS**

Data de Emissão  
**16/05/2025**

**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:** 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 - JOSÉ HEITOR V. RUA

Base IRRF R\$: 20.800,00 - Vlr R\$ 312,00 - Base PIS/Cofins/CSLL R\$ 20.800,00 - PIS R\$ 135,20 - Cofins R\$ 624,00  
- CSLL R\$ 208,00 - Valor Aprox Tributos: 2980,64 (14,33%) - Fonte: IBPT

Valor Líquido R\$ 19.520,80

PGTO PARCIAL

Vencimento: 20/05/2025

CONVÊNIO nº 05/SS/2024

VALOR PGTO: R\$ 13664,56

Convênio 05/SS/2024 -

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

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

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

**CONFERE COM  
O ORIGINAL**

*Amanda*

**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  
401 - Medicina e biomedicina.

Deduções de Materiais  
**0,00**

Base de Cálculo (R\$)  
**20.800,00**

Alíquota (%)  
-

Vr do ISS (R\$)  
-

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 20.800,00**

**DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS**Entidade: **Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu**CNPJ: **52.739.950/0001-36**Nome Pessoa Jurídica: **SAO FRANCISCO AUDILOGIA SOCIEDADE SIMPLES**Nome Pessoa Física: **Jose Heitor Vallim Rua**CNPJ/CPF.: **01.706.690/0001-61**Especialidade: **Otorrinolaringologista****Convênio: PLANTOES****Competência: 04/2025**

<b>Dias da Semana</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Referência</b>	<b>Valor</b>		<b>Valor Total</b>
<b>Semana/Final de semana</b> dias 01 à 16 e 22 à 30	25	24 Horas	R\$ 800,00	R\$	20.000,00
<b>Semana/Final de semana</b> dias 17 e 21	2	12 Horas	R\$ 400,00	R\$	800,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				R\$	20.800,00

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>	033 - BANCO SANTANDER S.A. - 90400888
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	3208 / 00013000567-3
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	UROCLINICAS SAO FRANCISCO
<b>CPF/CNPJ:</b>	06.128.150/0001-61
<b>Valor:</b>	R\$ 1,510,99
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 12,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	20/05/2025
<b>Data / Hora da operação:</b>	20/05/2025 11:48:35

<b>Código da operação:</b>	16505556
<b>Chave de segurança:</b>	3WNJ3295T2N1X1GA

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  
**000000002543 - E**

Autenticidade  
**J6E3-GXP0**

Data de Emissão  
**16/05/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**



**Nome/Razão Social:** UROCLINICAS SAO FRANCISCO S/S  
**CPF/CNPJ:** 06.128.150/0001-61 **IM:** 177822 **IE:** **Fone:** 19 3851-8000  
**Endereço:** RUA JOSÉ RENATO MARTINI,240,DESMEMB. FURNO - CEP : 13845304  
**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 - ELZIO RAMOS MARIOTONI

Base IRRF R\$: 2.300,00 - Vlr R\$ 34,50 - Base PIS/Cofins/CSLL R\$ 2.300,00 - PIS R\$ 14,95 - Cofins R\$ 69,00 - CSLL R\$ 23,00 - Valor Aprox Tributos: 260,59 (11,33%) - Fonte: IBPT

Valor Líquido R\$ 2.158,55

Vencimento: 20/05/2025

Convênio 05/SS/2024 -

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

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

PGTO PARCIAL  
CONVÊNIO nº 05/SS/2024  
VALOR PGTO: R\$ 1510,99

CONFERE COM  
O ORIGINAL

*Amanda*  
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.

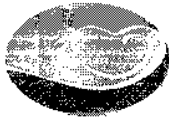
Deduções de Materiais  
0,00

Base de Cálculo (R\$)  
2.300,00

Alíquota (%)

Vr do ISS (R\$)

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 2.300,00**



## DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

Entidade: Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu

CNPJ: 52.739.950/0001-36

Nome Pessoa Jurídica: UROCLINICAS SAO FRANCISCO SS

Nome Pessoa Física: Elzio Ramos Mariotoni

CNPJ/CPF.: 06.128.150/0001-61

Especialidade: Urologista

Convênio: PLANTÕES

Competência: 04/2025

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
Semana/Final de semana dias 28, 29	2	24 Horas	R\$ 800,00	R\$ 1.600,00
Semana/Final de semana dia 24	1	16 Horas	R\$ 534,00	R\$ 534,00
Semana/Final de semana dia 30	1	05 Horas	R\$ 166,00	R\$ 166,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 2.300,00</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>	033 - BANCO SANTANDER S.A. - 90400888
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	3208 / 00013003791-9
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	F PINHEIRO DE LIMA
<b>CPF/CNPJ:</b>	32.522.695/0001-68
<b>Valor:</b>	R\$ 16.571,73
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 12,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	20/05/2025
<b>Data / Hora da operação:</b>	20/05/2025 11:49:04

<b>Código da operação:</b>	16573736
<b>Chave de segurança:</b>	5Y3NPR6K08MQ59WV

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  
**000000000286 - E**  
Autenticidade  
**RI03-1T4M**  
Data de Emissão  
**16/05/2025**

**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 GUAÇU    **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: Abril de 2025

Valor Total Bruto: R\$ 24.400,00  
Retenções: ISSQN (R\$ 726,10)  
Valor Total Líquido: R\$ 23.673,90

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

PGTO PARCIAL

CONVÊNIO nº 05/SS 0004

VALOR PGTO: R\$ 16571,73

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

**CONFERE COM  
O ORIGINAL**

*Amanda*

**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\$)  
**24.400,00**

Alíquota (%)  
**2,9758%**

Vr do ISS (R\$)  
**726,10**

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 24.400,00**

**DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS**

Entidade: Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu

CNPJ: 52.739.950/0001-36

Nome Pessoa Jurídica: F PINHEIRO DE LIMA SS LTDA

Nome Pessoa Física: Frederico Pinheiro de Lima

CNPJ/CPF.: 32.522.695/0001-68

Especialidade: Ortopedista

Convênio: PLANTÕES

Competência: 04/2025

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana</b> dias 03, 10, 17, 24	4	24 Horas	R\$ 3.400,00	R\$ 13.600,00
<b>Final de semana</b> dias 13, 20	2	24 Horas	R\$ 3.600,00	R\$ 7.200,00
<b>Final de semana</b> dias 12, 19	2	12 Horas	R\$ 1.800,00	R\$ 3.600,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				R\$ 24.400,00

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>	033 - BANCO SANTANDER S.A. - 90400888
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0334 / 00013000942-1
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	RS CARUSSO SERVICOS MEDICOS LTDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	57.173.357/0001-99
<b>Valor:</b>	R\$ 2.365,02
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 12,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	20/05/2025
<b>Data / Hora da operação:</b>	20/05/2025 11:49:32

<b>Código da operação:</b>	16676775
<b>Chave de segurança:</b>	KM12XY9R4U4VF43P

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.


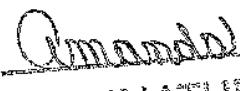
Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

 <b>PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO</b> SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA <b>NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e</b> <small>20250516097173357000199</small>	Número da Nota <b>00000041</b>										
	Data e Hora de Emissão <b>16/05/2025 09:17:43</b> Código de Verificação <b>NGLA-PIYU</b>										
<b>PRESTADOR DE SERVIÇOS</b>											
CPF/CNPJ: <b>57.173.357/0001-89</b> Inscrição Municipal: <b>1.491.306-2</b> Nome/Razão Social: <b>RS CARUSO SERVICOS MEDICOS LTDA</b> Endereço: <b>AV ANGELICA 321, CONJ 169 - SANTA CECILIA - CEP: 01227-000</b> Município: <b>São Paulo</b> UF: <b>SP</b>											
<b>TOMADOR DE SERVIÇOS</b>											
Nome/Razão Social: <b>IRM STA CASA MIS DE MOGI GUACU</b> Inscrição Municipal: <b>---</b> CPF/CNPJ: <b>52.739.950/0001-36</b> Endereço: <b>Rua R. CHICO DE PAULA, 608 - CENTRO - CEP: 13940-005</b> Município: <b>Mogi Guaçu</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 MÉDICOS PRESTADOS REFERENTES AOS PLANTÕES DE ABRIL/2025 CONVÊNIO N° 05/SS/2024  DRA. RAISSA SARAIVA CARUSO CRM 215707  VALOR LÍQUIDO: R\$ 3.378,60											
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: 80%;">                 PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUACU                  TERMO DE CONVÊNIO N° <u>05/SS/2024</u>                  FONTES DE RECURSO                  (X) MUNICIPAL R\$ _____ ( ) FMDCA R\$ _____                  ( ) ESTADUAL R\$ _____ ( ) PRÓPRIOS R\$ _____                  ( ) FEDERAL R\$ _____ ( ) OUTROS R\$ _____             </div>	<div style="text-align: center; font-size: 1.2em; font-weight: bold;">                 CONFERE COM                  O ORIGINAL                     _____                  ASSINATURA                   PGTO PARCIAL                  CONVÊNIO N° <u>05/SS/2024</u>                  VALOR PGTO: R\$ <u>3365,00</u> </div>										
<b>VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 3.600,00</b>											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">INSS (R\$)</td> <td style="width: 20%;">IRRF (R\$)</td> <td style="width: 20%;">CSLL (R\$)</td> <td style="width: 20%;">COFINS (R\$)</td> <td style="width: 20%;">PIS/PASEP (R\$)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">-</td> <td style="text-align: center;">54,00</td> <td style="text-align: center;">36,00</td> <td style="text-align: center;">108,00</td> <td style="text-align: center;">23,40</td> </tr> </table>	INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)	-	54,00	36,00	108,00	23,40	
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>											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">Valor Total das Deduções (R\$)</td> <td style="width: 25%;">Base de Cálculo (R\$)</td> <td style="width: 25%;">Alíquota (%)</td> <td style="width: 25%;">Valor do ISS (R\$)</td> <td style="width: 20%;">Crédito (R\$)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">0,00</td> <td style="text-align: center;">3.600,00</td> <td style="text-align: center;">2,00%</td> <td style="text-align: center;">72,00</td> <td style="text-align: center;">0,00</td> </tr> </table>		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
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							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">Município da Prestação do Serviço</td> <td style="width: 30%;">Número Inscrição da Obra</td> <td style="width: 40%;">Valor Aproximado dos Tributos / Fonte</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">-</td> <td style="text-align: center;">-</td> <td style="text-align: center;">-</td> </tr> </table>		Município da Prestação do Serviço	Número Inscrição da Obra	Valor Aproximado dos Tributos / Fonte	-	-	-				
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: 10/06/2025;											



**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 SERVICOS MEDICOS LTDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	50.234.595/0001-18
<b>Valor:</b>	R\$ 6.741,07
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 12,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	20/05/2025
<b>Data / Hora da operação:</b>	20/05/2025 11:49:57

<b>Código da operação:</b>	16750407
<b>Chave de segurança:</b>	S2AJQC11UGVJHK7Q

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  
**000000000104 - E**

Autenticidade  
**3GBZ-YKFH**

Data de Emissão  
**16/05/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** REBECCHI SERVICOS 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**

Referente serviços médicos prestados Plantões 04/2025  
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 Líquido a receber = R\$ 9.948,10

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\$ _____	

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)

PGTO PARCIAL

CONVÊNIO nº 05/SS/2024

VALOR PGTO: R\$ 6741,07

**CONFERE COM  
O ORIGINAL**

*Amanda*

**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.

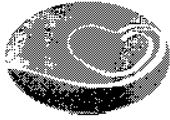
Deduções de Materiais  
0,00

Base de Cálculo (R\$)  
10.600,00

Alíquota (%)  
3,0000%

Vr do ISS (R\$)  
318,00

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



## DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

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

CNPJ: **52.739.950/0001-36**

Nome Pessoa Jurídica: **REBECCHI SERVICOS MEDICOS LTDA**

Nome Pessoa Física: **Cassio Rebecchi**

CNPJ/CPF.: **50.234.595/0001-18**

Especialidade: **Ortopedista**

Convênio: **PLANTÕES**

Competência: **04/2025**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana</b> dia 04	1	24 Horas	R\$ 3.400,00	R\$ 3.400,00
<b>Final de semana</b> dias 05, 06	2	24 Horas	R\$ 3.600,00	R\$ 7.200,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 10.600,00</b>

  
Romildo Fontaniello  
Provedor

**2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	04281 / 1292 / 000577217219-7
<b>Tipo de conta:</b>	Não foi possível recuperar
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	IRM STA CASA MISERIC MOGI GUACU
<b>CPF/CNPJ:</b>	52.739.950/0001-36

<b>Banco:</b>	748 - BANCO COOPERATIVO SICREDI S/A - 01181521
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0718 / 00000054107-3
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	MOM MEDICAL LTDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	53.111.978/0001-97
<b>Valor:</b>	R\$ 5.635,00
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 12,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	20/05/2025
<b>Data / Hora da operação:</b>	20/05/2025 11:50:22

<b>Código da operação:</b>	16819188
<b>Chave de segurança:</b>	2E3CH32M503Y65LY

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



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



**Número da NFS-e**  
**96**  
**Código de Verificação de Autenticidade**  
**2GJLW3RJC**  
**Data e Hora de Emissão da NFS-e**  
**16/05/2025 às 17:11:01**  
**Chave de Acesso**  
 1435768GBUYJX1ZEAZZIF3LZ44WN0G0

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

**Informações Fiscais**

Exigibilidade do ISS Exigível	Número do Processo	Município de Incidência do ISS <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 <b>16/05/2025</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)</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>	CEP <b>78515-000</b>	Cidade <b>NOVA CANAA DO NORTE-MT</b>
Telefone <b>(16) 36232373</b>	E-mail <b>societario@grupomscontabilidade.com.br</b>			

**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>	E-mail <b>PGTO PARCIAL</b>
CEP/Cod.Postal <b>13840-005</b>	Cidade/País <b>MOGI GUACU - SP</b>	Cod. IBGE <b>3530706</b>	Telefone

CONVÊNIO nº 05/ISS/2004

VALOR PGTO. R\$ 8.050,00

**Discriminação dos Serviços**

Qtde.	Un. Medida	Descrição	Total
1,00	UN	Serviços médicos prestados pelo DR. MATHEUS DE OLIVEIRA MUNHOES, referente serviços médicos prestados Plantões 04/2025. Convênio numero 05/SS/2024	R\$ 8.050,00
			<b>R\$ 8.050,00</b>

Dados Bancários: PJ  
 Banco: 748 - Banco Cooperativo Sicoredi S.A. - Bansiocredi  
 Agência: 0718  
 Conta: 541073  
**CONFERE COM O ORIGINAL**  
 DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUACU**  
**TERMO DE CONVÊNIO Nº 05/SS/2004**  
**FONTES DE RECURSO**

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

*Amanda*

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

LC 116/2003: 04,01	Aliquota <b>2,00%</b>	Atividade Municipal <b>0000040000001</b>	Código CNAE	Código da Obra	Código ART
Medicina e biomedicina					
Valor Total dos Serviços <b>R\$ 8.050,00</b>	Desconto Incondicionado <b>R\$ 0,00</b>	Deduções Base Cálculo <b>R\$ 0,00</b>	Base de Cálculo <b>R\$ 8.050,00</b>	Total do ISS <b>R\$ 161,00</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\$ 8.050,00

Val. Aprox. Tributos:

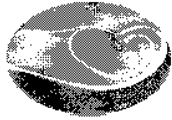
**Informações Complementares**

RECEBI(EMOS) DE **MOM MEDICAL LTDA** O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO **96** E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO **2GJLW3RJC**.

Data

CPF/RG

Assinatura



## DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

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

CNPJ: **52.739.950/0001-36**

Nome Pessoa Jurídica: **MOM MEDICAL LTDA**

Nome Pessoa Física: **Matheus de Oliveira Munhoes**


CNPJ/CPF.: **53.111.978/0001-97**

Especialidade: **Clinico**

Convênio: **PLANTÕES**

Competência: **04/2024**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Final de semana</b> dias 06, 12, 19, 25	4	12 Horas	R\$ 1.800,00	R\$ 7.200,00
<b>Semana</b> dia 24	1	06 Horas	R\$ 850,00	R\$ 850,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				R\$ 8.050,00

  
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 / 00000081890-8
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	ATIVA IDADE SERVICOS MEDICOS
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.590.354/0001-08
<b>Valor:</b>	R\$ 2.943,14
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 12,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	20/05/2025
<b>Data / Hora da operação:</b>	20/05/2025 11:51:08

<b>Código da operação:</b>	17000761
<b>Chave de segurança:</b>	AY1MLLK5EFRWS7SC

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  
**000000004925 - E**  
 Autenticidade  
**LUGB-E29Z**  
 Data de Emissão  
**16/05/2025**

**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:** 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 - MARCELO MITSUO FUNAI

Base IRRF R\$: 4.480,00 - Vir R\$ 67,20 - Base PIS/Cofins/CSLL R\$ 4.480,00 - PIS R\$ 29,12 - Cofins R\$ 134,40 - CSLL R\$ 44,80 - Valor Aprox Tributos: 507,58 (11,33%) - Fonte: IBPT

Valor Líquido R\$ 4.204,48

Vencimento: 20/05/2025

Convênio 05/SS/2024 -

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

PGTO PARCIAL

CONVÊNIO nº 05/SS/2024  
 VALOR PGTO: R\$ 2943,14

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

*Amanda*

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\$)  
 4.480,00

Aliquota (%)  
 -

Vr do ISS (R\$)  
 -

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 4.480,00**

**DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS**



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

INSCRIÇÃO: **52.739.950/0001-36**

Nome Pessoa Jurídica: **ATIVA IDADE SERVIÇOS MEDICOS**

Nome Pessoa Física: **Marcelo Mitsuo Funai**


INSCRIÇÃO: **09.590.354/0001-08**

Especialidade: **Torácico**

Objeto: **PLANTÕES**

Competência: **04/2025**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana/Final de semana</b>	<b>7</b>	<b>24 Horas</b>	<b>R\$ 800,00</b>	
<b>Dias 01, 08, 11, 12, 13, 22, 29</b>				
Devido a falta de especialistas médicos torácicos na entidade, foi solicitado aos médicos cirurgiões para prestar esta necessidade (1/4).				R\$ 4.480,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 4.480,00</b>

  
 Romildo Fontaniello  
 Provedor

**2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	04281 / 1292 / 000577217219-7
<b>Tipo de conta:</b>	Não foi possível recuperar
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	IRM STA CASA MISERIC MOGI GUACU
<b>CPF/CNPJ:</b>	52.739.950/0001-36

<b>Banco:</b>	748 - BANCO COOPERATIVO SICREDI S/A - 01181521
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0718 / 00000088446-2
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	NEURO GUACU SOC SIMPLS
<b>CPF/CNPJ:</b>	17.574.066/0001-98
<b>Valor:</b>	R\$ 6.569,50
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 12,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	20/05/2025
<b>Data / Hora da operação:</b>	20/05/2025 11:51:32

<b>Código da operação:</b>	17371017
<b>Chave de segurança:</b>	L57NMNFXGKQZ3AUP

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  
**000000006436 - E**  
Autenticidade  
**YDIN-PC1Z**  
Data de Emissão  
**16/05/2025**

**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. Plantões 04/2025.

Valor Bruto.....10.000,00  
IR.....150,00  
PIS.....65,00  
COFINS.....300,00  
CSLL.....100,00  
Valor Líquido.....9.385,00

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

Conta para depósito  
SICREDI  
Agência 0718  
Conta Corrente 88446-2

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

PGTO PARCIAL

CONVÊNIO n° 05/SS/2024

VALOR PGTO: R\$ 6.569,50

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 n° 12.741/2012):  
R\$ 1.133,00 - 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.

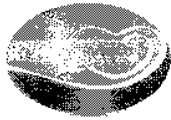
Deduções de Materiais  
0,00

Base de Cálculo (R\$)  
10.000,00

Aliquota (%)

Vr do ISS (R\$)

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 10.000,00**



## DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

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

CNPJ: **52.739.950/0001-36**

Nome Pessoa Jurídica: **NEURO GUACU SOCIEDADE SIMPLES**

Nome Pessoa Física: **Gleudson Campos Rodrigues**

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

Especialidade: **Neurologista**

Convênio: **PLANTÕES**

Competência: **04/2025**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana/Final de semana</b>	9	24 Horas	R\$ 800,00	R\$ 7.200,00
dias 01, 02, 08, 09				
15, 16, 18, 19, 20				
<b>Semana/Final de semana</b>	2	18 Horas	R\$ 600,00	R\$ 1.200,00
dias 23, 30				
<b>Semana/Final de semana</b>	4	12 Horas	R\$ 400,00	R\$ 1.600,00
dias 03, 10, 17, 24				
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 10.000,00</b>

  
Romildo Fontaniello  
Provedor

**2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	04281 / 1292 / 000577217219-7
<b>Tipo de conta:</b>	Não foi possível recuperar
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	IRM STA CASA MISERIC MOGI GUACU
<b>CPF/CNPJ:</b>	52.739.950/0001-36

<b>Banco:</b>	748 - BANCO COOPERATIVO SICREDI S/A - 01181521
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0718 / 00000088446-2
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	NEURO GUACU SOC SIMPLES
<b>CPF/CNPJ:</b>	17.574.066/0001-98
<b>Valor:</b>	R\$ 2.890,58
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 12,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	20/05/2025
<b>Data / Hora da operação:</b>	20/05/2025 11:51:53

<b>Código da operação:</b>	17483207
<b>Chave de segurança:</b>	ULZX616C7LW7K25K

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  
**00000006437 - E**  
Autenticidade  
**F00Y-VG1W**  
Data de Emissão  
**16/05/2025**

**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. Plantões 04/2025.

Valor Bruto.....4.400,00  
IR.....66,00  
PIS.....28,60  
COFINS.....132,00  
CSLL.....44,00  
Valor Líquido.....4.129,40

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

Conta para depósito  
SICREDI  
Agência 0718  
Conta Corrente 88446-2

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

PGTO PARCIAL  
CONVÊNIO n° 05/SS/2024  
VALOR PGTO: R\$ 2890,58

CONFERE COM  
O ORIGINAL

*Assinado*

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 n° 12.741/2012):**  
**R\$ 498,52 - 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\$)  
**4.400,00**

Alíquota (%)  
**-**

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

**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: **NEURO GUACU SOCIEDADE SIMPLES**Nome Pessoa Física: **Jose Eugenio Colombo**CNPJ/CPF.: **17.574.066/0001-98**Especialidade: **Neurologista****Convênio: PLANTOES**Competência: **04/2025**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana/Final de semana</b> dias 22, 25, 26, 27, 29	5	24 Horas	R\$ 800,00	R\$ 4.000,00
<b>Semana/Final de semana</b> dias 23, 30	2	06 Horas	R\$ 200,00	R\$ 400,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				R\$ 4.400,00

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 SOC SIMPLES
<b>CPF/CNPJ:</b>	17.574.066/0001-98
<b>Valor:</b>	R\$ 6.306,72
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 12,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	20/05/2025
<b>Data / Hora da operação:</b>	20/05/2025 11:52:17

<b>Código da operação:</b>	17633505
<b>Chave de segurança:</b>	6CPYFLSF9NY13HE9

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  
**000000006438 - E**

Autenticidade  
**JK4R-UW3G**

Data de Emissão  
**16/05/2025**

**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

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

Honorários médicos prestados pelo Dr. THALLES PASSOS FERREIRA, CRM sob o n° 169828. ESSA NOTA SERÁ LIQUIDADADA NO TERMO DE CONVÊNIO N° 05/SS/2024. Plantões 04/2025.

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

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

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

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 CONCURSO DE EMPREGADOS OU OUTROS CONTRIBUINTES INDIVIDUAIS. ISSQN ANUAL.  
 Serviço realizado em : MOGI GUAÇU  
 PGTO PARCIAL

**CONFERE COM  
 O ORIGINAL**

CONVÊNIO N° 05/SS/2024  
 VALOR PGTO: R\$ 6306,72

*(Assinado)*

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%

**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\$) 9.600,00	Aliquota (%) -	Vr do ISS (R\$) -
-------------------------------	-----------------------------------	-------------------	----------------------

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

**DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS**



**Endereço:** Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu  
**CPF:** 52.739.950/0001-36  
**Nome Pessoa Jurídica:** NEURO GUACU SOCIEDADE SIMPLES  
**Nome Pessoa Física:** Thalles Passos Ferreira  
**CPF:** 17.574.066/0001-98  
**Especialidade:** Neurologista

**Evento:** PLANTÕES

**Competência:** 04/2025

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana/Final de semana</b> dias 04, 05, 06, 07, 11, 12, 13, 14, 21, 28	10	24 Horas	R\$ 800,00	R\$ 8.000,00
<b>Semana/Final de semana</b> dias 03, 10, 17, 24,	4	12 Horas	R\$ 400,00	R\$ 1.600,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				R\$ 9.600,00

  
 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>	237 - BANCO BRADESCO S/A - 60746948
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0224 / 00000096528-6
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	GODOI FILETI E BUENO SERV MEDICOS
<b>CPF/CNPJ:</b>	06.182.358/0001-69
<b>Valor:</b>	R\$ 2.792,03
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 12,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	-
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	20/05/2025
<b>Data / Hora da operação:</b>	20/05/2025 11:52:44

<b>Código da operação:</b>	17704660
<b>Chave de segurança:</b>	TVHK31H977T6UHH2

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  
**000000002908 - E**

Autenticidade  
**P51E-CEJA**

Data de Emissão  
**16/05/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**



**Nome/Razão Social:** GODOI, FILETI E BUENO SERVICOS MEDICOS S/S  
**CPF/CNPJ:** 06.182.358/0001-69 **IM:** 163058 **IE:** **Fone:** 19 3851-8000  
**Endereço:** RUA FAUSTINO CUSTÓDIO DOS SANTOS,23,PQ CIDADE NOVA - CEP : 13845425  
**Município:** Mogi Guaçu **UF:** SP **E-mail:** elia.bonfim@empmed.com.br

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

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

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

HONORÁRIOS MÉDICOS - LUIS A. FRANCO DE GODOI

Base IRRF R\$: 4.250,00 - Vir 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: 20/05/2025

Convênio 05/SS/2024 -

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

PGTO PARCIAL

CONVÊNIO nº 05/SS/0004

VALOR PGTO: R\$ 0790,03

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU  
TERMO DE CONVÊNIO Nº 05/SS/0004  
FONTES DE RECURSO

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

**CONFERE COM  
O ORIGINAL**

Amanda

**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.

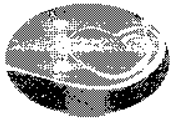
Deduções de Materiais  
0,00

Base de Cálculo (R\$)  
4.250,00

Alíquota (%)

Vr do ISS (R\$)

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



## DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

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

CNPJ: **52.739.950/0001-36**

Nome Pessoa Jurídica: **GODOI FILETI E BUENO SERVICOS MEDICOS SS EPP**

Nome Pessoa Física: **Luis Antonio Franco de Godoi**


CNPJ/CPF.: **06.182.358/0001-69**

Especialidade: **Pediatra/Neonatalogista**

Convênio: **PLANTÕES**

Competência: **04/2025**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
Semana/Final de semana	2	12 Horas	R\$ 1.700,00	R\$ 3.400,00
dias 11, 18				
Semana/Final de semana	1	6 Horas	R\$ 850,00	R\$ 850,00
dia 15				
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 4.250,00</b>

  
Romildo Fontaniello  
Provedor

**2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para tercelros
<b>Conta origem:</b>	04281 / 1292 / 000577217219-7
<b>Tipo de conta:</b>	Não foi possível recuperar
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	IRM STA CASA MISERIC MOGI GUACU
<b>CPF/CNPJ:</b>	52.739.950/0001-36

<b>Banco:</b>	237 - BANCO BRADESCO S/A - 60746948
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0224 / 00000015627-2
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	JOAO CONRADO SERV MEDICOS
<b>CPF/CNPJ:</b>	33.015.323/0001-08
<b>Valor:</b>	R\$ 11.562,32
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 12,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	20/05/2025
<b>Data / Hora da operação:</b>	20/05/2025 11:53:08

<b>Código da operação:</b>	17812477
<b>Chave de segurança:</b>	8N70JCN59FYR3RQA

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  
**000000003334 - E**  
Autenticidade  
**YBAP-OILB**  
Data de Emissão  
**16/05/2025**

**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\$: 17.600,00 - Vlr R\$ 264,00 - Base PIS/Cofins/CSLL R\$ 17.600,00 - PIS R\$ 114,40 - Cofins R\$ 528,00  
- CSLL R\$ 176,00 - Valor Aprox Tributos: 2522,08 (14,33%) - Fonte: IBPT

Valor Líquido R\$ 16.517,60

Vencimento: 20/05/2025

Convênio 05/SS/2024 -

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

PGTO PARCIAL

CONVÊNIO nº 05/SS/2024

VALOR PGTO: R\$ 1.1562,30

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

*Armanda*

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\$)  
**17.600,00**

Alíquota (%)

Vr do ISS (R\$)


**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 17.600,00**

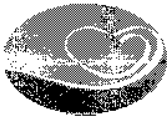
**DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS**



**Endereço:** Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu  
**CPF:** 52.739.950/0001-36  
**Nome Pessoa Jurídica:** JOAO CONRADO SERVICOS MEDICOS-EIRELI  
**Nome Pessoa Física:** João Conrado Bueno dos Reis  
**CPF:** 33.015.323/0001-08  
**Especialidade:** Endoscopista  
**Objeto do Contrato:** PLANTÕES  
**Período de Competência:** 04/2025

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
Semana/Final de semana das 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17	7	24 Horas	R\$ 800,00	R\$ 5.600,00
			Ajuste 50%	R\$ 800,00
Conforme acordado entre os especialistas, pagar 50 % sobre valor total dos plantões, para os Drs. João Conrado Manderlei, fizemos o ajuste para o valor ficar igual				
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 6.400,00</b>

  
 Romildo Fontaniello  
 Provedor

**DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS**Entidade: **Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu**CNPJ: **52.739.950/0001-36**Nome Pessoa Jurídica: **JOAO CONRADO SERVICOS MEDICOS-EIRELI**Nome Pessoa Física: **Thiago Darcadia dos Reis**CNPJ/CPF.: **33.015.323/0001-08**Especialidade: **Endoscopista****Convênio: PLANTÕES**Competência: **04/2024**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
Semana/Final de semana	14	24 Horas	R\$ 800,00	R\$ 11.200,00
dias 04, 05, 06, 07, 08, 09				
10, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24				
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 11.200,00</b>

  
Romildo Fontaniello  
Provedor

**2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	04281 / 1292 / 000577217219-7
<b>Tipo de conta:</b>	Não foi possível recuperar
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	IRM STA CASA MISERIC MOGI GUACU
<b>CPF/CNPJ:</b>	52.739.950/0001-36

<b>Banco:</b>	237 - BANCO BRADESCO S/A - 60746948
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0224 / 00000096649-5
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	KONRADO TENORIO
<b>CPF/CNPJ:</b>	29.249.772/0001-43
<b>Valor:</b>	R\$ 3.561,32
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 12,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	20/05/2025
<b>Data / Hora da operação:</b>	20/05/2025 11:53:30

<b>Código da operação:</b>	17918757
<b>Chave de segurança:</b>	NVK1RNTLS0CC4TPQ

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  
**000000001245 - E**

Autenticidade  
**GBEG-MUB6**

Data de Emissão  
**16/05/2025**

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

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

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

RETENÇÕES:  
ISSQN (3%) - R\$ 168,00  
IR (1,5%): R\$ 84,00  
CSRF (4,65%) - R\$ 260,40

PGTO PARCIAL

CONVÊNIO Nº 05/SS/2024  
VALOR PGTO: R\$ 3561,30

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

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

Amanda  
ASSINATURA

Processo executado por: 172.16.20.60

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

Situação de Tributação  
Tributado no Tomador

Código do Serviço  
401 - Medicina e biomedicina.

Deduções de Materiais  
0,00

Base de Cálculo (R\$)  
5.600,00

Aliquota (%)  
3,0000%

Vr do ISS (R\$)  
168,00

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 5.600,00**

**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: **04/2025**

<b>Dias da Semana</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Referência</b>	<b>Valor</b>		<b>Valor Total</b>
<b>Semana/Final de semana</b> dias 01, 08, 09, 15, 22, 29	6	24 Horas	R\$	800,00	R\$ 4.800,00
<b>Semana/Final de semana</b> dias 05, 06	2	12 Horas	R\$	400,00	R\$ 800,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>					R\$ 5.600,00

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>	237 - BANCO BRADESCO S/A - 60746948
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0224 / 00000099777-3
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	AB RADIOLOGIA E DIAG POR IMAGEM
<b>CPF/CNPJ:</b>	33.877.632/0001-97
<b>Valor:</b>	R\$ 2.035,04
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 12,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	20/05/2025
<b>Data / Hora da operação:</b>	20/05/2025 11:53:54

<b>Código da operação:</b>	18010097
<b>Chave de segurança:</b>	9WM77LYYHTME0X1T

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  
**000000001189 - E**  
 Autenticidade  
**UB0T-Q6F4**  
 Data de Emissão  
**16/05/2025**

**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,96,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 04/2025  
 DR. ANDRÉ BRUNHEROTO - CRM 169033/SP

**RETENÇÕES:**

- CSRF 4,65% R\$ 148,80
- IRRF 1,50% R\$ 48,00
- ISSQN 3,00%
- INSS não sujeito a retenção

PGTO PARCIAL

CONVÊNIO nº 05/ISS/2024

VALOR PGTO: R\$ 2035,04

Contrato não sujeito a retenção a Seguridade Social conforme ARTIGO 31 da LEI 8.212/91, OS/INSS-209/99, IN/INSS-DC-100/03 E IN/MPS-SRP-03/2005.

Os serviços acima descritos foram prestados pessoalmente pelo(s) sócio(s) e sem o concurso de empregados ou outros contribuintes individuais.

Valor aproximado dos tributos: Federal 13,45% / Municipal 3,30%

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

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**

Amanda  
**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**

**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\$)  
**3.200,00**


Alíquota (%)  
**3,0000%**

Vr do ISS (R\$)  
**96,00**

**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: **AB RADIOLOGIA E DIAGNOSTICOS POR IMAGEM EIRELI**Nome Pessoa Física: **Andre Brunheroto**CNPJ/CPF.: **33.877.632/0001-97**Especialidade: **Radiologista****Convênio: PLANTÕES**Competência: **04/2025**

<b>Dias da Semana</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Referência</b>	<b>Valor</b>	<b>Valor Total</b>
<b>Semana/Final de semana</b> dias 04, 11, 25	3	24 Horas	R\$ 800,00	R\$ 2.400,00
<b>Semana/Final de semana</b> dias 05, 06	2	12 Horas	R\$ 400,00	R\$ 800,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 3.200,00</b>

  
Romildo Fontaniello  
Provedor

**2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	04281 / 1292 / 000577217219-7
<b>Tipo de conta:</b>	Não foi possível recuperar
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	IRM STA CASA MISERIC MOGI GUACU
<b>CPF/CNPJ:</b>	52.739.950/0001-36

<b>Banco:</b>	237 - BANCO BRADESCO S/A - 60746948
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0224 / 00000029610-4
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	LB GIACOMINI VASCULAR
<b>CPF/CNPJ:</b>	44.119.285/0001-50
<b>Valor:</b>	R\$ 6.868,26
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 12,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	20/05/2025
<b>Data / Hora da operação:</b>	20/05/2025 11:54:16

<b>Código da operação:</b>	18078539
<b>Chave de segurança:</b>	WA20SZHNQRZL2QWC

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  
**000000000150 - E**

Autenticidade  
**56UC-XBHJ**

Data de Emissão  
**16/05/2025**

**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 médicos prestados Plantões 04/2025

Convênio numero 05/SS/2024

Retenção de 4,65% conforme art. 24 da Lei 13.137/2015  
PIS 0,65% 70,20  
COFINS 3% 324,00  
C.SOCIAL 1% 108,00

Retenção IR de 1,50 % conforme art 647 do RIR/3000.  
IR 1,50% 162,00

VALOR LIQUIDO DA NOTA====> 10135,80

PGTO PARCIAL

CONVÊNIO nº 05/SS/2024

VALOR PGTO: R\$ 6868,26

CONFERE COM  
O ORIGINAL

Orlando  
ASSINATURA

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

Processo executado por: 172.16.20.60

Consulte a autenticidade desta Nota Fiscal através  
do site: <http://www.mogiguacu.sp.gov.br>  
Valor aprox. dos tributos (Lei nº 12.741/2012):  
R\$ 1.697,76 - 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.

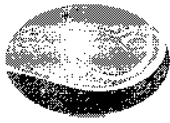
Deduções de Materiais  
**0,00**

Base de Cálculo (R\$)  
**10.800,00**

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

Vr do ISS (R\$)  
**324,00**

**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: **L B GIACOMINI VASCULAR**

Nome Pessoa Física: **Letica Bronzati Giacomini**

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

Especialidade: **Vascular**

Convênio: **PLANTÕES**

Competência: **04/2025**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana/Final de semana</b> dias 01 à 06 e 28 à 30	9	24 Horas	R\$ 800,00	R\$ 7.200,00
<b>Semana/Final de semana</b> dias 01 à 06 e 28 à 30	9	24 Horas	R\$ 400,00	R\$ 3.600,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 10.800,00</b>

Romildo Fontaniello  
Provedor

21/05/2025



### Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

#### Detalhes do pagamento

**ID da transação:** E0036030520250520132518549ce5f45  
**Situação:** EFETIVADA      **Data e Hora:** 20/05/2025 às 12:01:35  
**Valor Original:** R\$ 4.730,04      **Valor Atualizado:** R\$ 4.730,04      **Tarifa:** R\$ 8,50  
**Detalhes:** NF5092

#### 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  
**Chave Pix:** +5519999212790

**Código da operação:** 47003867998  
**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  
**000000005092 - E**  
Autenticidade  
**QGET-3RXD**  
Data de Emissão  
**16/05/2025**

**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. Plantões 04/2025.

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

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

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

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 SEMIO CONCURSO DE EMPREGADOS OU OUTROS CONTRIBUINTES INDIVIDUAIS.

Serviço realizado em : Mogi Guaçu

PGTO PARCIAL

CONFERE COM O ORIGINAL

CONVÊNIO n° 05/SS/2024

VALOR PGTO: R\$ 4330,04

*Amanda*

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 n° 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**

**DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS**



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

**PJ:** 52.739.950/0001-36

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

**Nome Pessoa Física:** Guilherme Biazotto


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

**Especialidade:** Cirurgia

**Evento:** PLANTÕES

**Competência:** 04/2025

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
semana/Final de semana dias 04, 05, 06, 15, 21, 24	6	24 Horas	R\$ 800,00	R\$ 4.800,00
semana/Final de semana dias 04, 05, 06, 15, 21, 24	6	24 Horas	R\$ 400,00	R\$ 2.400,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 7.200,00</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>	001 - BANCO DO BRASIL S/A - 00000000
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0171 / 00000058904-7
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	MAGALHAES RL MEDICAL
<b>CPF/CNPJ:</b>	50.317.987/0001-40
<b>Valor:</b>	R\$ 19.985,00
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 12,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	20/05/2025
<b>Data / Hora da operação:</b>	20/05/2025 11:55:32

<b>Código da operação:</b>	18375345
<b>Chave de segurança:</b>	TTFMFXW86Q3822MM

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

Atô CAIXA: 0800 104 0104



**PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPIRA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE NEGÓCIOS DA FAZENDA**  
**FISCALIZAÇÃO TRIBUTÁRIA**

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

Número da Nota - Série  
**000000000153 - 1**

Autenticidade  
**122R-7L0P**

Data de Emissão  
**16/05/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

CPF/CNPJ: 50.317.987/0001-40 IM: 110437 IE: Fone: (19)3863-1589  
Nome/Razão Social: MAGALHAES RL MEDICAL LTDA  
Endereço: RUA DOUTOR JOSÉ SECCHI,85 SALA 01 - CEP : 13975010  
Bairro: CHACARA SANTA FÉ  
Município: Itapira UF: SP E-mail: fiscal@escritoriojuvenal.com.br

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

CPF/CNPJ: 52.739.950/0001-36 IM: IE: Fone: (19) 3861-1313  
Nome/Razão Social: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MOGI GUACU  
Endereço: RUA R CHICO DE PAULA,608 - CEP : 13840005 Bairro: CENTRO  
Município: MOGI-GUACU UF: SP E-mail: nfe@santacasamogiguacu.org.br

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

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

Convênio numero 05/SS/2024  
Valor: R\$28.550,00

Conta corrente para depósito:  
Banco do Brasil.  
Agencia - 0171-6  
C/C - 00000058904-7.

CHAVE PIX: 50.317.987/0001-40 (CNPJ)

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

CONFERE COM  
O ORIGINAL

PGTO PARCIAL

CONVÊNIO n° 05/SS/2024  
VALOR PGTO: R\$ 19.985,00

Amanda  
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.itapira.sp.gov.br>

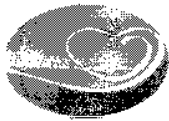
Situação de Tributação  
Tributada no Prestador

**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	28.550,00	3,610%	1.030,66	

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 28.550,00**



## 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: Clínico

Convênio: PLANTÕES

Competência: 04/2025

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana</b>	1	06 Horas	R\$ 850,00	R\$ 850,00
dias 21				
<b>Semana</b>	11	12 Horas	R\$ 1.700,00	R\$ 18.700,00
dias 02, 03, 07, 09				
10, 16, 21, 23, 28, 29, 30				
<b>Final de semana</b>	1	12 Horas	R\$ 1.800,00	R\$ 1.800,00
dias 20				
<b>Final de semana</b>	2	24 Horas	R\$ 3.600,00	R\$ 7.200,00
dias 13, 27				
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 28.550,00</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>	033 - BANCO SANTANDER S.A. - 90400888
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	3208 / 00013002353-8
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	NF SERVICOS MEDICOS
<b>CPF/CNPJ:</b>	06.183.408/0001-22
<b>Valor:</b>	R\$ 11.036,76
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 12,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	20/05/2025
<b>Data / Hora da operação:</b>	20/05/2025 11:10:15

<b>Código da operação:</b>	15179308
<b>Chave de segurança:</b>	V1QPJYZC9C1U07CY

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  
**00000005045 - E**

Autenticidade  
**LPRR-FP1C**

Data de Emissão  
**16/05/2025**

**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:** 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 - FÁBIO MAXIMIANO MARTINI

Base IRRF R\$: 16.800,00 - Vlr R\$ 252,00 - Base PIS/Cofins/CSLL R\$ 16.800,00 - PIS R\$ 109,20 - Cofins R\$ 504,00  
- CSLL R\$ 168,00 - Valor Aprox Tributos: 1903,44 (11,33%) - Fonte: IBPT

Valor Líquido R\$ 15.766,80

Vencimento: 20/05/2025

Convênio 05/SS/2024 -

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

PGTO PARCIAL

CONVÊNIO nº 05/SS/2024

VALOR PGTO: R\$ 14036,76

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU			
TERMO DE CONVÊNIO N° <u>05/SS/2024</u>			
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**

(Assinado)  
**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\$)  
16.800,00

Alíquota (%)  
-

Vr do ISS (R\$)  
-

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



**DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS**

**Endereço:** Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu  
**PJ:** 52.739.950/0001-36  
**Nome Pessoa Jurídica:** NF SERVIÇOS MEDICOS SS  
**Nome Pessoa Física:** Fabio Maximiano Martini  
**PJ/CPF.:** 06.183.408/0001-22  
**Especialidade:** Vascular

**Convênio:** PLANTÕES  
**Competência:** 04/2025

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
Semana/Final de semana dias 07 à 13 e 21 à 27	14	24 Horas	R\$ 800,00	R\$ 11.200,00
Semana/Final de semana dias 07 à 13 e 21 à 27	14	24 Horas	R\$ 400,00	R\$ 5.600,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>			R\$	R\$ 16.800,00

  
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>	756 - BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A. - 02038232
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	3122 / 00000855736-5
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	ELGUI SERVIÇOS DE SAUDE
<b>CPF/CNPJ:</b>	17.680.807/9001-15
<b>Valor:</b>	R\$ 5.886,27
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 12,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	20/05/2025
<b>Data / Hora da operação:</b>	20/05/2025 11:56:27

<b>Código da operação:</b>	19219243
<b>Chave de segurança:</b>	E7AQJE9VLRM88SHZ

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

Ouviria: 0800 725 7474

Aiô CAIXA: 0800 104 0104



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

Número da Nota - Série  
**00000005091 - E**

Autenticidade  
**F31D-JXVY**

Data de Emissão  
**16/05/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

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

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

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

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

Honorários médicos prestados pelo DR ELI PAULO COLOMBO FILHO, CRM 66404. ESSA NOTA SERÁ LIQUIDADADA NO TERMO DE CONVÊNIO N° 05/SS/2024. Plantões 04/2025.

Valor Bruto.....8.960,00  
 IR.....134,40  
 PIS.....58,24  
 COFINS.....268,80  
 CSLL.....89,60  
 VALOR LIQUIDO.....8.408,96

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\$ _____

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

PGTO PARCIAL  
 CONVÊNIO n° 05/SS/2024  
 VALOR PGTO: R\$ 5886,24

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

**CONFERE COM O ORIGINAL**

Processo executado por: 172.16.20.60  
**Consulte a autenticidade desta Nota Fiscal através do site: <http://www.mogiguacu.sp.gov.br>**  
**Valor aprox. dos tributos (Lei nº 12.741/2012): R\$ 1.015,17 - Aliq: 11,33%**

*Amanda*  
**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 <b>0,00</b>	Base de Cálculo (R\$) <b>8.960,00</b>	Alíquota (%) <b>-</b>	Vr do ISS (R\$) <b>-</b>
--------------------------------------	--	--------------------------	-----------------------------

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 8.960,00**

**DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS**



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

Convênio: PLANTÕES  
 Competência: 04/2025

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
Semana/Final de semana	14	24 Horas	R\$ 800,00	
dias 02, 03, 07, 09, 10, 14, 16				
17, 18, 19, 20, 23, 28, 30				
Devido a falta de especialistas médicos torácicos na entidade, foi solicitado aos médicos cirurgiões para atender esta necessidade (1/4).				R\$ 8.960,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 8.960,00</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>	756 - BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A. - 02038232
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	3122 / 00000865114-0
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	CARVALHO ZAGO SOC SIMPLES
<b>CPF/CNPJ:</b>	55.191.792/0001-10
<b>Valor:</b>	R\$ 2.102,24
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 12,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	20/05/2025
<b>Data / Hora da operação:</b>	20/05/2025 11:57:26

<b>Código da operação:</b>	19312283
<b>Chave de segurança:</b>	QXQA41W1TMKSQ43G

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  
**000000000388 - E**

Autenticidade  
**00AK-OGU5**

Data de Emissão  
**19/05/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** GARVALHO ZAGO SOCIEDADE SIMPLES  
**CPF/CNPJ:** 55.191.792/0001-10 **IM:** 329590 **IE:** **Fone:** 194042-6133  
**Endereço:** RUA RUA ACURCIO ALVES RAMOS,278,PARQUE CIDADE NOVA - CEP : 13845418  
**Município:** MOGI GUACU **UF:** SP **E-mail:** drthiagozago@gmail.com

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

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

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

Serviços médicos prestados pelo sócio DR THIAGO MESSIAS ZAGO  
Referente aos serviços prestados Plantões 04/2025 Convênio numero 05/SS/2024

Retenção:

IR (1,5%) R\$ 48,00  
CSLL (1%) R\$ 32,00  
COFINS (3%) R\$ 96,00  
PIS (0.65%) R\$ 20,80  
Valor Líquido R\$ 3.003,20

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

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

CONFERE COM  
O ORIGINAL

Amanda  
ASSINATURA

PGTO PARCIAL

CONVÊNIO nº 05/SS/2024  
VALOR PGTO: R\$ 3.003,20

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

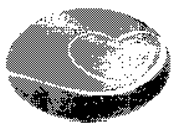
Base de Cálculo (R\$)  
3.200,00

Alíquota (%)  
-

Vr do ISS (R\$)  
-

**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: **CARVALHO ZAGO SOCIEDADE SIMPLES**

Nome Pessoa Física: **Thiago Messias Zago**

CNPJ/CPF.: **55.191.792/0001-10**

Especialidade: **Otorrinolaringologista**

Convênio: **PLANTÕES**

Competência: **04/2025**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana/Final de semana</b> dias 17 e 21	2	12 Horas	R\$ 400,00	R\$ 800,00
<b>Semana/Final de semana</b> dias 18, 19, 20	3	24 Horas	R\$ 800,00	R\$ 2.400,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				R\$ 3.200,00

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>	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\$ 3.153,36
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 12,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	20/05/2025
<b>Data / Hora da operação:</b>	20/05/2025 11:57:52

<b>Código da operação:</b>	19451098
<b>Chave de segurança:</b>	1MST0TYX4ALHWLF4

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

Ajô CAIXA: 0800 104 0104



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

Número da Nota - Série  
**000000003575 - E**  
Autenticidade  
**W4PU-MORS**  
Data de Emissão  
**16/05/2025**

**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: 19386\*1313  
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 MÉDICOS PRESTADOS PLANTÕES 04/2025  
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

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\$ _____		

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**

PGTO PARCIAL  
CONVÊNIO n° 05/SS/2024  
VALOR PGTO: R\$ 3.153,36

Amanda  
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	Alíquota (%) -	Vr do ISS (R\$) -
-------------------------------	-----------------------------------	-------------------	----------------------

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



**2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipos 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>Tipos de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0001 / 00008127944-2
<b>Tipos de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	LETICIA JORDAO E NICOLE MICHELONE
<b>CPF/CNPJ:</b>	38.112.136/0001-56
<b>Valor:</b>	R\$ 1.154,75
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 12,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	20/05/2025
<b>Data / Hora da operação:</b>	20/05/2025 11:58:17

<b>Código da operação:</b>	19592969
<b>Chave de segurança:</b>	V9HNZSF99WMG6EPE

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

Atê CAIXA: 0800 104 0104



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

Número da Nota - Série  
**000000000563 - E**  
Autenticidade  
**TQTR-UIZR**  
Data de Emissão  
**16/05/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

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

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

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

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS PELA DRA. LETÍCIA DINIZ JORDÃO LIMA (CRM/SP 167647).  
COMPETÊNCIA: ABRIL/2025 - TERMO DE CONVÊNIO: 05/SS/2024.

Valor da nota: R\$ 1.700,00  
Issqn: - R\$ 50,35

Líquido a pagar: R\$ 1.649,65  
Serviço realizado em : MOGI GUAÇU/SP

PGTO PARCIAL  
CONVÊNIO n° 05/SS/2024  
VALOR PGTO: R\$ 1154,76

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU			
TERMO DE CONVÊNIO N° <u>05/SS/2024</u>			
FONTES DE RECURSO			
<input 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  
Amanda  
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 <b>0,00</b>	Base de Cálculo (R\$) <b>1.700,00</b>	Alíquota (%) <b>2,9615%</b>	Vr do ISS (R\$) <b>50,35</b>
--------------------------------------	--	--------------------------------	---------------------------------

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





## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	04281 / 1292 / 000577217219-7
<b>Tipo de conta:</b>	Não foi possível recuperar
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	IRM STA CASA MISERIC MOGI GUACU
<b>CPF/CNPJ:</b>	52.739.950/0001-36

<b>Banco:</b>	077 - BANCO INTER S/A - 00416968
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0001 / 00011600219-0
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	CLINICA MED E MEDICINA DO TRAFEGO
<b>CPF/CNPJ:</b>	41.355.893/0001-75
<b>Valor:</b>	R\$ 27.020,00
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 12,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	20/05/2025
<b>Data / Hora da operação:</b>	20/05/2025 11:58:39

<b>Código da operação:</b>	19724128
<b>Chave de segurança:</b>	HSN3HJ2GVUKTUQRT

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

AIÔ CAIXA: 0800 104 0104



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:
	132	16/05/2025	AORF-GWCJ

**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: ISENTO

Email: ANGELOSOLUCOESCONT@GMAIL.COM

Telefone: (11)-43870501

CCM 84158

Inscr. Municipal: 84158

**Local do Serviço: 2 - SERVIÇO PRESTADO FORA DO MUNICÍPIO DE ITAQUAQUECETUBA**

Natureza Operação: Prestação de Serviços

Competência: 05/2025

Mun. Prestação do Serviço: Mogi Guaçu - SP

Atividade: 04.01 - Medicina e biomedicina.

<b>Nota Fiscal Fatura</b>	Fatura Nro	132	Valor R\$	38.600,00	Vencimento	À vista
---------------------------	------------	-----	-----------	-----------	------------	---------

**Dados do Tomador de Serviço**

**Irmandade 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 SEISCENTOS REAIS

Qtd	Un	Discriminação dos Serviços	Valor Unitário	Valor Total
1		Convênio número 05/SS/2024	38.600,00	38.600,00

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

FONTES DE RECURSO

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

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

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

PGTO PARCIAL  
CONVÊNIO nº 05/SS / 2024  
VALOR PGTO: R\$ 37000,00

CONFERE COM  
O ORIGINAL

*Armando*  
ASSINATURA

Observação:

Forma de Pagamento: À vista

Total dos Serviços	38.600,00
Total de Deduções	0,00
ISS SEM RETENÇÃO	2,00% 772,00
Desc. Incondicionado	0,00
Desc. Condicionado	0,00

Total da Nota	RETENÇÕES					Total Líquido
ISS	IRRF	IRPJ	IRMEF	IRSU	INSS	OUTROS



## 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: **04/2025**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana (P1)</b>	<b>1</b>	<b>24 Horas</b>	<b>R\$ 3.400,00</b>	<b>R\$ 3.400,00</b>
dias 04				
<b>Final de semana (P1)</b>	<b>4</b>	<b>24 Horas</b>	<b>R\$ 3.600,00</b>	<b>R\$ 14.400,00</b>
dias 05, 09, 19, 21				
<b>Semana (P2)</b>	<b>4</b>	<b>24 Horas</b>	<b>R\$ 3.400,00</b>	<b>R\$ 13.600,00</b>
dias 07, 10, 15, 16				
<b>Final de semana (P2)</b>	<b>2</b>	<b>24 Horas</b>	<b>R\$ 3.600,00</b>	<b>R\$ 7.200,00</b>
dias 06, 26				
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 38.600,00</b>

Romildo Fontaniello  
Provedor

**2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	04281 / 1292 / 000577217219-7
Tipo de conta:	Não foi possível recuperar
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	IRM STA CASA MISERIC MOGI GUACU
CPF/CNPJ:	52.739.950/0001-36

Banco:	260 - NU PAGAMENTOS S.A. - 18236120
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	0001 / 00059701205-1
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	BORDINHAO RADIOLOGIA
CPF/CNPJ:	49.363.861/0001-23
Valor:	R\$ 4.070,08
Valor da tarifa:	R\$ 12,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	
Histórico:	

Data de débito:	20/05/2025
Data / Hora da operação:	20/05/2025 11:59:08

<b>Código da operação:</b>	19807772
<b>Chave de segurança:</b>	UY611668RU5ZZ51Y

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

Atô CAIXA: 0800 104 0104



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

Número da Nota - Série  
**000000000199 - E**

Autenticidade  
**HSFX-C83K**

Data de Emissão  
**16/05/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** BORDINHAO RADIOLOGIA S/S LTDA  
**CPF/CNPJ:** 49.363.861/0001-23 **IM:** 327135 **IE:** **Fone:** 17 3305-9030  
**Endereço:** RUA PRES. JOHN FRITZGERALD KENNEDY,281,JD CENTENÁRIO - CEP : 13845232  
**Município:** Mogi Guaçu **UF:** SP **E-mail:** adrianobordinhao@yahoo.com.br

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

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

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS referente serviços prestados Plantões 04/2025  
Convênio numero 05/SS/2024

PIS (0,65%): R\$ 41,60  
COFINS (3%): R\$ 192,00  
CSLL (1%): R\$ 64,00  
IR (1,5): R\$ 96,00  
ISS (3%): R\$ 192,00  
VALOR LÍQUIDO: R\$ 5.814,40

**CONFERE COM  
O ORIGINAL**

*Amândeo*  
**ASSINATURA**

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

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU	
TERMO DE CONVÊNIO Nº <u>05/SS/2024</u>	
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\$ _____

PGTO PARCIAL  
CONVÊNIO nº 05/SS/2024  
VALOR PGTO: R\$ 4030,08

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\$ 1.068,80 - Aliq: 16,70%

Situação de Tributação  
Tributado no Tomador

Código do Serviço

402 - Análises clínicas, patologia, eletricidade médica, radioterapia, quimioterapia, ultra-sonografia, ressonância magnética, radiologia, tomografia e congêneres.

Deduções de Materiais 0,00	Base de Cálculo (R\$) 6.400,00	Aliquota (%) 3,0000%	Vr do ISS (R\$) 192,00
-------------------------------	-----------------------------------	-------------------------	---------------------------

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 6.400,00**



## DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

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

CNPJ: **52.739.950/0001-36**

Nome Pessoa Jurídica: **BORDINHAO RADIOLOGIA SS LTDA**

Nome Pessoa Física: **Adriano Bordinhão**


CNPJ/CPF.: **49.363.861/0001-23**

Especialidade: **Radiologista**

Convênio: **PLANTÕES**

Competência: **04/2025**

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>	<b>R\$ 6.400,00</b>
dias 03, 10, 17				
18, 19, 20, 21, 24				
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 6.400,00</b>

  
Romildo Fontaniello  
Provedor

**2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	04281 / 1292 / 000577217219-7
Tipo de conta:	Não foi possível recuperar
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	IRM STA CASA MISERIC MOGI GUACU
CPF/CNPJ:	52.739.950/0001-36

Banco:	260 - NU PAGAMENTOS S.A. - 18236120
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	0001 / 00054489420-5
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	SABIONI CORACAO DE JESUS SERV MEDICOS
CPF/CNPJ:	43.040.306/0001-84
Valor:	R\$ 3.510,44
Valor da tarifa:	R\$ 12,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	
Histórico:	

Data de débito:	20/05/2025
Data / Hora da operação:	20/05/2025 11:59:31

<b>Código da operação:</b>	20317081
<b>Chave de segurança:</b>	R8Z0F191HQ9HHT7N

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

Atô CAIXA: 0800 104 0104



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

Número da Nota - Série  
**000000000035 - E**  
 Autenticidade  
**X621-AAHQ**  
 Data de Emissão  
**19/05/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** SABIONI CORACAO DE JESUS SERVICOS MEDICOS LTDA  
**CPF/CNPJ:** 43.040.306/0001-84 **IM:** 324404 **IE:** **Fone:** 19 3831-2127  
**Endereço:** RUA ANTONIO SALTORAO,185,PLANALTO JD. VERDE - CEP : 13843216  
**Município:** Mogi Guaçu **UF:** SP **E-mail:** drguilherme.sabioni@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 médicos prestados Plantões 04/2025.

Dr. Guilherme Rissato Sabioni

Convênio numero 05/SS/2024

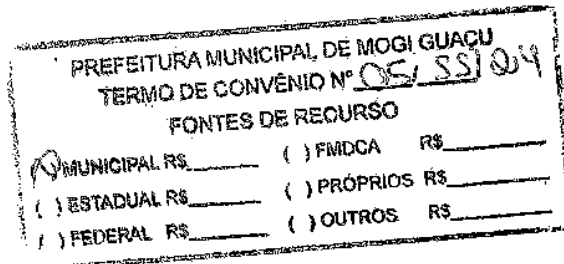
Dr. Guilherme....3.600,00 (cirurgião)

Dr. Guilherme....1.920,00 (torácico)

Retenções:

IR R\$ 82,80  
 PIS R\$ 35,88  
 Cofins R\$ 165,60  
 CSSL R\$ 55,20  
 ISSQN R\$ 165,60

Líquido a Receber R\$ 5.014,92



**CONFERE COM  
 O ORIGINAL**

*Amanda*  
 ASSISTENTE

PGTO PARCIAL

CONVÊNIO nº 05/SS/2024

VALOR PGTO: R\$ 3510,44

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\$ 791,02 - Aliq: 14,33%**

Situação de Tributação  
 Tributado no Tomador

Código do Serviço

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

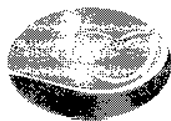
Deduções de Materiais  
**0,00**

Base de Cálculo (R\$)  
**5.520,00**

Alíquota (%)  
**3,0000%**

Vr do ISS (R\$)  
**165,60**

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 5.520,00**



## DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

Entidade: Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu

CNPJ: 52.739.950/0001-36

Nome Pessoa Jurídica: SABIONI CORAÇÃO DE JESUS SERVIÇOS MEDICOS LTDA

Nome Pessoa Física: Guilherme Rissato Sabioni

CNPJ/CPF.: 43.040.306/0001-84

Especialidade: Torácico

**Convênio: PLANTÕES**

Competência: 04/2025

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
Semana/Final de semana	3	24 Horas	R\$ 800,00	
dias 25, 26, 27				
Devido a falta de especialistas médicos torácicos na entidade, foi solicitado aos médicos cirurgiões para suprir esta necessidade (1/4).				R\$ 1.920,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>			R\$	<b>1.920,00</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>	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\$ 7.357,84
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 12,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	20/05/2025
<b>Data / Hora da operação:</b>	20/05/2025 11:59:54

<b>Código da operação:</b>	19934036
<b>Chave de segurança:</b>	34VWKPRTFXCVT4JG

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  
**00000000221 - E**

Autenticidade  
**QYRH-QATC**

Data de Emissão  
**16/05/2025**

**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 MÉDICOS PRESTADOS PLANTÕES 04.2025

CONVÊNIO NUMERO 05/SS/2024

VALOR BRUTO: R\$ 11.200,00

PIS: 0,65% = R\$ 72,80

CONFINS: 3 % = R\$ 336,00

CONTRIBUIÇÃO SOCIAL: 1%= R\$ 112,00

IR: 1,5% = R\$ 168,00

VALOR LÍQUIDO = R\$ 10.511,20

DRA ANA PAULA

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

PGTO PARCIAL

CONVÊNIO Nº 05/SS/2024

VALOR PGTO: R\$ 7357,84

**CONFERE COM  
O ORIGINAL**

*Amanda*  
**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, ambulatorios e congêneres.

Deduções de Materiais  
**0,00**

Base de Cálculo (R\$)  
**11.200,00**

Alíquota (%)

-

Vr do ISS (R\$)

-

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



## DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

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

CNPJ: **52.739.950/0001-36**

Nome Pessoa Jurídica: **CLINICA DE OFTAMOLOGIA APPLIMA LTDA**

Nome Pessoa Física: **Ana Paula Pereira de Lima**

CNPJ/CPF.: **45.928.502/0001-15**

Especialidade: **Oftalmologista**

Convênio: **PLANTÕES**

Competência: **04/2025**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana/Final de semana</b> dias 07 à 13 e 21 à 27	14	24 Horas	R\$ 800,00	R\$ 11.200,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 11.200,00</b>

  
Romildo Fontaniello  
Provedor



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	04281 / 1292 / 000577217219-7
Tipo de conta:	Não foi possível recuperar
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	IRM STA CASA MISERIC MOGI GUACU
CPF/CNPJ:	52.739.950/0001-36

Banco:	336 - BANCO C6 S.A. - 31872495
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	0001 / 00025843745-6
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	SBEGUE CLINICA MEDICA LTDA
CPF/CNPJ:	49.530.635/0001-90
Valor:	R\$ 595,00
Valor da tarifa:	R\$ 12,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	
Histórico:	

Data de débito:	20/05/2025
Data / Hora da operação:	20/05/2025 12:00:20

Código da operação:	20033600
Chave de segurança:	H83NUWC4L2TJ6K12

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

Atô CAIXA: 0800 104 0104



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

Nº da Nota - Serie  
**0000001453 - E**

Autenticidade  
**MXK2-ZY40**

**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFSe**

Data de Emissão ..... **19/05/2025 21:06:30**  
Competência (Serv.): **05/2025**



**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 04/2025  
Convênio número 05/SS/2024

PGTO PARCIAL  
CONVENIO nº 05/SS/2024  
VALOR PGTO: R\$ 595,00

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

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

CONFERE COM  
O ORIGINAL

Amanda  
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](http://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 CALCULO	ALÍQUOTA	VALOR DO ISS	VALOR LIQUIDO
850,00	0,00	850,00	2,7234%	23,15	850,00



### 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: **04/2025**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
Semana/Final de semana	1	6 Horas	R\$ 850,00	R\$ 850,00
dia 03				
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 850,00</b>

  
Romildo Fontaniello  
Provedor

21/05/2025

GERENCIADOR  
**CAIXA**



### Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

#### Detalhes do pagamento

**ID da transação:** E00360305202505201324f3077a9c019  
**Situação:** EFETIVADA      **Data e Hora:** 20/05/2025 às 12:00:54  
**Valor Original:** R\$ 4.928,62      **Valor Atualizado:** R\$ 4.928,62      **Tarifa:** R\$ 8,50  
**Detalhes:** NF468

#### 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  
**Chave Pix:** 19879795000188

**Código da operação:** 47003828970  
**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  
**000000468 - E**

Autenticidade  
**B33B-LQ45**

**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFSe**

Data de Emissão .....: **16/05/2025 10:07:08**  
Competência (Serv.): **05/2025**



**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:**19992192703**  
Endereço.....: **TREZE DE MAIO ,644 APT: 112; - CEP:13800051**  
Município.....: **MOGI MIRIM** UF: **SP** Email: **romeu.kajita@gmail.com**

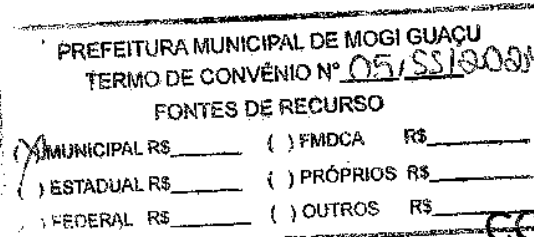
**TOMADOR DE SERVIÇOS**

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**

Serviços prestados - Dra Fernanda Severino, CRM 126174, ESSA NOTA SERÁ LIQUIDADA NO Termo de Convênio: número 05/SS/2024, Plantões 04/2025.

Valor Bruto.....7.750,00  
Imposto renda 116,25  
Pis 50,37  
Cofins 232,50  
Cslil 77,50  
Issqn 232,50  
Valor Líquido.....7.040,88



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

FGTO PARCIAL  
CONVÊNIO nº 05/SS / 2024  
VALOR FGTO: R\$ 4908,60

**CONFERE COM  
O ORIGINAL**

*Amanda*  
**ASSINATURA**

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\$ 1.110,57 - 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\$)	CSSL (R\$)	OUTRAS DEDUÇÕES (R\$)
0,00	116,25	50,37	232,50	77,50	0,00

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

VALOR TOTAL	DEDUÇÕES	BASE DE CALCULO	ALÍQUOTA	VALOR DO ISS	VALOR LÍQUIDO
7.750,00	0,00	7.750,00	3,0000%	232,50	7.273,38



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

Nº da Nota - Serie  
**000000468 - E**

Autenticidade  
**B33B-LQ45**

**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFSe**

Data de Emissão ....: **16/05/2025 10:07:08**

Competência (Serv.): **05/2025**

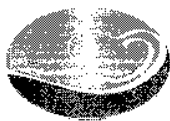


**CONTINUAÇÃO DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS.**


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**

**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: **04/2025**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana</b> dias 18, 21	2	12 Horas	R\$ 1.700,00	R\$ 3.400,00
<b>Semana</b> dias 07, 14, 25	3	06 Horas	R\$ 850,00	R\$ 2.550,00
<b>Final de semana</b> dia 12	1	12 Horas	R\$ 1.800,00	R\$ 1.800,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 7.750,00</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>	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 SERVICOS MEDICOS
<b>CPF/CNPJ:</b>	07.672.539/0001-36
<b>Valor:</b>	R\$ 4.730,04
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 12,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	20/05/2025
<b>Data / Hora da operação:</b>	20/05/2025 11:54:37

<b>Código da operação:</b>	18184124
<b>Chave de segurança:</b>	3C1EH7YXPHNN9NQ

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  
 AÍD CAIXA: 0800 104 0104



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

Número da Nota - Série  
**00000002026 - E**

Autenticidade  
**AL4Y-FPEX**

Data de Emissão  
**16/05/2025**

**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 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 -Dr Luiz Henrique Barzon, CRM 65075. Essa nota será liquida no convênio numero: 05/SS/2024. Plantões 04/2025.

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

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU TERMO DE CONVÊNIO Nº <u>05/SS/2024</u> 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\$ _____

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

PGTO PARCIAL  
 CONVÊNIO nº 05/SS/2024  
 VALOR PGTO: R\$ 4730,04

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

**CONFERE COM  
 O ORIGINAL**

*Armando*

Processo executado por: 172.16.20.60

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

**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**



21/05/2025



### Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

#### Detalhes do pagamento

**ID da transação:** E0036030520250520132648226c468c5  
**Situação:** EFETIVADA    **Data e Hora:** 20/05/2025 às 12:03:06  
**Valor Original:** R\$ 2.522,69    **Valor Atualizado:** R\$ 2.522,69    **Tarifa:** R\$ 8,50  
**Detalhes:** NF5093

#### Origem

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

#### Destino

**Nome:** ELGUT SERVICOS DE SAUDE SS  
**CNPJ:** 17.680.807/0001-15  
**Instituição:** CAIXA ECONOMICA FEDERAL  
**Chave Pix:** +5519999212790

**Código da operação:** 47003953254  
**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  
**00000005093 - E**  
Autenticidade  
**YV7I-Q6MQ**  
Data de Emissão  
**16/05/2025**

**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. Plantões 04/2025.

Valor Bruto.....3.840,00  
IR.....57,60  
PIS.....24,96  
COFINS.....115,20  
CSLL.....38,40  
VALOR LIQUIDO.....3.603,84

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\$ _____	

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

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 nº 05/SS/2024  
VALOR PGTO: R\$ 3.500,09

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\$ 435,07 - 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\$)  
3.840,00

Aliquota (%)  
-

Vr do ISS (R\$)  
.

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 3.840,00**



## 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: **04/2025**

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>	
<b>dias 04, 05, 06, 15, 21, 24</b>				
Devido a falta de especialistas médicos torácicos na entidade, foi solicitado aos médicos cirurgiões para suprir esta necessidade (1/4).				R\$ 3.840,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 3.840,00</b>

  
Romildo Fontaniello  
Provedor

21/05/2025

GERENCIADOR  
**CAIXA**



### Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

#### Detalhes do pagamento

**ID da transação:** E00360305202505201327713acd54a4a  
**Situação:** EFETIVADA    **Data e Hora:** 20/05/2025 às 12:03:28  
**Valor Original:** R\$ 30.022,62    **Valor Atualizado:** R\$ 30.022,62    **Tarifa:** R\$ 8,50  
**Detalhes:** NF153

#### Origem

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

#### Destino

**Nome:** SANTOS OLIVEIRA CLINICA MEDICA LTDA  
**CNPJ:** 49.976.692/0001-05  
**Instituição:** CC CREDINTER  
**Chave Pix:** 49976692000105

**Código da operação:** 47003987149  
**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

## Nota Fiscal de Serviços Eletrônica (NFS-e)


<b>SANTOS OLIVEIRA CLINICA MEDICA LTDA</b> RUA RUA DA LIBERDADE, 58 - 01 CEP: 13820-000 - Bairro: JARDIM SÃO GERÔNIMO Município: Monte Alegre do Sul - SP E-mail: contato@piassacontabilidade.com.br Fone: (19) 3808-2815		Número da NFS-e <h3 style="text-align: center;">202500000000153</h3>
CNPJ / CPF      Inscrição Estadual      Inscrição Municipal 49.976.692/0001-05      ****      541264	Data do Serviço <h3 style="text-align: center;">16/05/2025</h3>	Código Verificador <h3 style="text-align: center;">d7d1024d8</h3>

 <b>Prefeitura Municipal da Estância Hidromineral de Monte Alegre do Sul/SP</b> Fiscalização Fone: (19) 3899-9120 - montealegredosul.gov.br.cloud/NFSe.Portal	Dt. de Emissão <h3 style="text-align: center;">16/05/2025</h3>	Exigibilidade ISS Exigível	Tributado no Município Monte Alegre do Sul/SP
---	---	-------------------------------	--

TOMADOR DO SERVIÇO				Município de Prestação do Serviço					
Nome / Razão Social <b>IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MOGI GUACU</b>				<h3 style="text-align: center;">Monte Alegre do Sul/SP</h3>					
Endereço <b>CHICO DE PAULA,608</b>									
Cidade <b>Mogi Guacu</b>		UF <b>SP</b>	Fone <b>(19) 3861-1313</b>					CEP <b>13840-005</b>	
Bairro <b>CENTRO</b>									
CNPJ / CPF / NIF <b>52.739.950/0001-36</b>		Inscrição Municipal	Inscrição Estadual						
E-mail *****									

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

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	VALOR TOTAL	ALIQ.	VALOR IMPOSTO	RETIDO
Serviços Prestados - Serviços Médicos Prestados Plantões - Dr. Marcelo Dos S Oliveira - CRM 240847 Convênio numero 05/SS/2024  Dados para recebimento BANCO SICOOB AG: 3122 C.C: 853652-0	45.700,00	2,00	914,00	Não
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">                         PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUACU                          TERMO DE CONVÊNIO N° 05/SS/2004                          FONTES DE RECURSO  <input checked="" type="checkbox"/> MUNICIPAL R\$ _____ ( ) FMDCA R\$ _____  <input type="checkbox"/> ESTADUAL R\$ _____ ( ) PRÓPRIOS R\$ _____  <input type="checkbox"/> FEDERAL R\$ _____ ( ) OUTROS R\$ _____                     </div>				
Código do Serviço 04.01 - Medicina e biomedicina.	Código NBS *****			
CIDe 0,00      COFINS 1.371,00      COFINS Importação 0,00      ICMS 0,00      IGF 0,00      IPI 0,00      PIS/PASEP 297,05      PIS/PASEP Importação 0,00				
Base Cálculo ISSQN Próprio 45.700,00      Valor do ISSQN Próprio 914,00      Base Cálculo ISSQN Retido 0,00      Valor do ISSQN Retido 0,00      Valor Total do ISSQN 914,00      Valor Dedução/Descontos 0,00				
Valor Total da NFS-e 45.700,00	Valor Líquido da NFS-e 42.889,45			

Informações Adicionais Lei 12741/2012: Mun: R\$1485,25; Est: R\$0,00; Fed: R\$6146,65; Total Aprox: R\$7631,90. Fonte: IBPT IR Retido: R\$685,50 Retenções: COFINS R\$ 1.371,00;PIS R\$ 297,05;CSLL R\$ 457,00;	
PGTO PARCIAL CONVÊNIO n: 05/SS/2004 VALOR PGTO: R\$ 30000,00	

Consulta realizada em 16/05/2025 às 11:27:19.

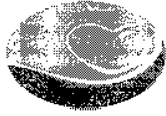
Para consultar a autenticidade acesse: montealegredosul.gov.br.cloud/NFSe.Portal



202500000000153d7d1024d849976692000105

Recebi(emos) de <b>SANTOS OLIVEIRA CLINICA MEDICA LTDA</b>  os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado.  _____ Data      Identificação e assinatura do receptor	Número da NFS-e 202500000000153  Competência 16/05/2025  NFS-e d7d1024d8	Número de Controle do Município
--	---	---------------------------------

Consulta realizada em 16/05/2025 às 11:27:19.

**DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS**Entidade: **Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu**CNPJ: **52.739.950/0001-36**Nome Pessoa Jurídica: **SANTOS OLIVEIRA CLINICA MEDICA LTDA**Nome Pessoa Física: **Marcelo dos Santos**CNPJ/CPF.: **49.976.692/0001-05**Especialidade: **Clinico****Convênio: PLANTÕES**Competência: **04/2025**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana</b>	6	06 Horas	R\$ 850,00	R\$ 5.100,00
dias 03, 07, 10, 15, 17, 23				
<b>Semana</b>	17	12 Horas	R\$ 1.700,00	R\$ 28.900,00
dias 01, 02, 03, 04, 08, 09, 11, 14, 16, 17, 22, 23, 24, 28, 30				
<b>Final de semana</b>	3	06 Horas	R\$ 900,00	R\$ 2.700,00
dias 05, 06, 13				
<b>Final de semana</b>	5	12 Horas	R\$ 1.800,00	R\$ 9.000,00
dias 04, 11, 19, 26				
<b>TOTAL A PAGAR</b>				R\$ <b>45.700,00</b>

Romildo Fontaniello  
Provedor

21/05/2025



## Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

### Detalhes do pagamento

**ID da transação:** E00360305202505201329a75a2849e73  
**Situação:** EFETIVADA    **Data e Hora:** 20/05/2025 às 12:03:49  
**Valor Original:** R\$ 10.938,34    **Valor Atualizado:** R\$ 10.938,34    **Tarifa:** R\$ 8,50  
**Detalhes:** NF182

### Origem

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

### Destino

**Nome:** ALVES JUNIOR SERVICOS MEDICOS LTDA  
**CNPJ:** 48.493.767/0001-26  
**Instituição:** CC CREDINTER  
**Chave Pix:** +5538999923550

**Código da operação:** 47004002790  
**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  
**000000000182 - E**

Autenticidade  
**LBOF-EIQF**

Data de Emissão  
**16/05/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** ALVES JUNIOR SERVICOS MEDICOS LTDA  
**CPF/CNPJ:** 48.493.767/0001-26    **IM:** 326668    **IE:**    **Fone:** 19 3861-2800  
**Endereço:** RUA ALAGOAS,134 SALA 02,JD CENTENÁRIO - CEP : 13845237  
**Município:** Mogi Guaçu    **UF:** SP    **E-mail:** alvesjuniorservmedicos2022@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:** 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 prestados pelo Dr. Delvo Candido Alves Junior, CRM sob o n° 123387.CONVÊNIO NUMERO 05/SS/2024. Plantões 04/2025.

VALOR BRUTO .....17.200,00  
 IR.....258,00  
 PIS.....111,80  
 COFINS.....516,00  
 CSL.....172,00  
 ISSQN.....516,00  
 VALOR LIQUIDO.....15.626,20

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU TERMO DE CONVÊNIO N° <u>05/SS/2024</u>			
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\$ _____		

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

PGTO PARCIAL

CONVÊNIO n° 05/SS/2024  
 VALOR PGTO: R\$ 10938,34

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

*ORIGINAL*

Processo executado por: 172.16.20.60

Consulte a autenticidade desta Nota Fiscal através do site: <http://www.mogiguacu.sp.gov.br>  
 Valor aprox. dos tributos (Lei nº 12.741/2012):  
 R\$ 2.464,76 - Aliq: 14,33%

*Assinado*  
 Situação de Tributação  
 Tributado no Tomador

Código do Serviço

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

Deduções de Materiais <b>0,00</b>	Base de Cálculo (R\$) <b>17.200,00</b>	Alíquota (%) <b>3,0000%</b>	Vr do ISS (R\$) <b>516,00</b>
--------------------------------------	---	--------------------------------	----------------------------------

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



## DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

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

CNPJ: **52.739.950/0001-36**

Nome Pessoa Jurídica: **ALVES JUNIOR SERVICOS MEDICOS LTDA**

Nome Pessoa Física: **Delvo Candido Alves junior**


CNPJ/CPF.: **48.493.767/0001-26**

Especialidade: **Ortopedista**

Convênio: **PLANTOES**

Competência: **04/2025**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana</b> dias 02, 16, 23, 30	4	24 Horas	R\$ 3.400,00	R\$ 13.600,00
<b>Final de semana</b> dia 09	1	24 Horas	R\$ 3.600,00	R\$ 3.600,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				R\$ 17.200,00

  
Romildo Fontaniello  
Provedor

21/05/2025



## Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

### Detalhes do pagamento

**ID da transação:** E0036030520250520133097857b31669  
**Situação:** EFETIVADA    **Data e Hora:** 20/05/2025 às 12:04:15  
**Valor Original:** R\$ 20.694,44    **Valor Atualizado:** R\$ 20.694,44    **Tarifa:** R\$ 8,50  
**Detalhes:** NF326

### Origem

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

### Destino

**Nome:** NEONATALE SERVICOS MEDICOS LTDA  
**CNPJ:** 18.835.834/0001-82  
**Instituição:** CC CREDINTER  
**Chave Pix:** 18835834000182

**Código da operação:** 47004036943  
**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  
**000000000326 - E**

Autenticidade  
**QCGJ-XZ2H**

Data de Emissão  
**16/05/2025**

**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 DE 04/2025.

CONVÊNIO NÚMERO - 05/SS/2024.

DR. LEONARDO PARIZZI LEALDINI.

VALOR LÍQUIDO À RECEBER - 29.563,49

C/BANCÁRIA  
 BANCO SICOOB S.A.  
 AG: 3122  
 C/C: 008581649

PGTO PARCIAL

CONVÊNIO nº 05/SS / 2024

VALOR PGTO: R\$ 20694,44

**CONFERE COM  
O ORIGINAL**

*Leonardo*

**ASSINATURA**

Serviço realizado em : SANTA CASA DE MOGI GUAÇU

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

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\$ 5.113,26 - 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\$)  
**30.600,00**

Aliquota (%)  
**3,3873%**

Vr do ISS (R\$)  
**1.036,51**

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 30.600,00**



**DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS**

Endereço: Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu

CPF: 52.739.950/0001-36

Razão Social: NEONATALE SERVIÇOS MÉDICOS LTDA

Nome Pessoa Física: Leonardo Parizzi Lealdini

CPF: 18.835.834/0001-82

Especialidade: Pediatra/Neonatologista

Objeto: PLANTÕES

Competência: 04/2025

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
Semana/Final de semana dias 01, 02, 07, 08, 09, 10, 14, 16, 17, 21, 22, 23, 24, 25, 28, 29, 30	17	12 Horas	R\$ 1.700,00	R\$ 28.900,00
Semana/Final de semana dias 03, 15	2	6 Horas	R\$ 850,00	R\$ 1.700,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 30.600,00</b>

Romildo Fontaniello

Provedor

21/05/2025



## Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

### Detalhes do pagamento

**ID da transação:** E00360305202505201331e1299db0d65  
**Situação:** EFETIVADA      **Data e Hora:** 20/05/2025 às 12:04:36  
**Valor Original:** R\$ 2.454,73      **Valor Atualizado:** R\$ 2.454,73      **Tarifa:** R\$ 8,50  
**Detalhes:** NF42

### Origem

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

### Destino

**Nome:** ALINE DF. JESUS SANTANA LTDA  
**CNPJ:** 53.409.610/0001-00  
**Instituição:** CC CREDINTER  
**Chave Pix:** 53409610000100

**Código da operação:** 47004044162  
**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  
**000000000042 - E**  
Autenticidade  
**1TRJ-1IFN**  
Data de Emissão  
**16/05/2025**

**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 Abril/2025.  
Dias da semana: Final de semana  
Quantidade: 2  
Referência: 12 horas  
Valor: R\$ 1.800,00  
Valor total: R\$ 3.600,00  
Convênio numero 05/SS/2024

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

Dra. Aline  
Dados bancários:  
Banco: 756  
Agência: 3122  
Conta: 861.684-1  
Banco sicoob  
Pix: 53.409.610/0001-00  
Serviço realizado em : MOGI GUAÇU

PGTO PARCIAL  
CONVÊNIO nº 05/SS / 2024  
VALOR PGTO: R\$ 2454,73

CONFERE COM  
O ORIGINAL

Amanda  
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	Base de Cálculo (R\$)	Aliquota (%)	Vr do ISS (R\$)
0,00	3.600,00	2,5900%	93,24

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

**DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS**Entidade: **Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu**CNPJ: **52.739.950/0001-36**Nome Pessoa Jurídica: **ALINE DE JESUS SANTANA LTDA**Nome Pessoa Física: **Aline de Jesus Santana**CNPJ/CPF.: **53.409.610/0001-00**Especialidade: **Clinico****Convênio: PLANTÕES**Competência: **04/2025**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Final de semana</b>	<b>2</b>	<b>12 Horas</b>	R\$ <b>1.800,00</b>	R\$ <b>3.600,00</b>
dias 05, 06				
<b>TOTAL A PAGAR</b>				R\$ <b>3.600,00</b>

  
Romildo Fontaniello  
Provedor

21/05/2025

GERENCIADOR  
CAIXA



### Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

#### Detalhes do pagamento

**ID da transação:** E003603052025052013316f520505271  
**Situação:** EFETIVADA    **Data e Hora:** 20/05/2025 às 12:04:56  
**Valor Original:** R\$ 9.660,00    **Valor Atualizado:** R\$ 9.660,00    **Tarifa:** R\$ 8,50  
**Detalhes:** NF24

#### Origem

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

#### Destino

**Nome:** SENA SERVICOS MEDICOS LTDA  
**CNPJ:** 48.889.013/0001-90  
**Instituição:** CC CREDINTER  
**Chave Pix:** 48889013000190

**Código da operação:** 47004077584  
**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 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)  
**16/05/2025 14:08:50**

Período de Competência  
**05/2025**

Município de Prestação do Serviço  
**Mogi Guaçu - SP**

Reg. Especial Tributação

Exigibilidade do ISS

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

### PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social

**SENA SERVIÇOS MEDICOS LTDA**

Nome Fantasia

**SENA SERVIÇOS MEDICOS**

Email

**dr.lucsen@gmail.com**

CPF/CNPJ

Inscrição Municipal

Inscrição Estadual

Simples Nacional

Incentivador Cultural

Fone/Fax

**48.889.013/0001-90**

**2441287**

**Sim**

**Não**

**(63) 99958-6734**

Endereço

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

### TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social

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

CPF/CNPJ

Inscrição Municipal

Inscrição Estadual

Fone/Fax

E-mail

**52.739.950/0001-36**

**(19) 3861-1313**

**elionara@santacasamogiguacu.org.br**

Endereço

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

### SERVIÇO PRESTADO

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

### DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

Prestação de Serviços Médicos.

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

No valor de R\$ 13.800,00 ref.: 04/2025 - Plantões.

Essa nota será liquidada no termo de Convênio: numero 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

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

### FONTES DE RECURSO

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

PGTO PARCIAL

CONVÊNIO Nº 05/SS/2024

VALOR PGTO: R\$ 9660,00

CONFERE COM  
O ORIGINAL

*Amanda*

ASSINATURA

### RETENÇÕES FEDERAIS

PIS (R\$)  
**0,00**

COFINS (R\$)  
**0,00**

INSS (R\$)  
**0,00**

IR (R\$)  
**0,00**

CSLL (R\$)  
**0,00**

Outras Retenções (R\$)  
**0,00**

### VALORES

Valor dos Serviços (R\$)  
**13.800,00**

Deduções (R\$)  
**0,00**

Desconto Incondicionado (R\$)  
**0,00**

Base de Cálculo (R\$)  
\*\*\*\*\*

Alíquota (%)  
**2,0000**

ISS (R\$)  
\*\*\*\*\*

ISS Retido (R\$)  
\*\*\*\*\*

Desconto Condicionado (R\$)  
**0,00**

Valor Líquido (R\$)  
**13.800,00**

Valor Total da Nota (R\$)  
**13.800,00**

### OUTRAS INFORMAÇÕES

Esta NFS-e é autodeclaratória.

Optante do Simples Nacional.

Trib. aprox. R\$ 1.856,10 Federal e R\$ 690,00 Municipal. Fonte: IBPT [8AFAC7]

Visualizado em: 16/05/2025 14:08:50

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

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



### DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

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

CNPJ: **52.739.950/0001-36**

Nome Pessoa Jurídica: **SENA SERVICOS MEDICOS LTDA**

Nome Pessoa Física: **Lucas Araujo Sena**

CNPJ/CPF.: **48.889.013/0001-90**

Especialidade: **Clinico**

Convênio: **PLANTÕES**

Competência: **04/2025**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana</b> dias 01, 08, 10, 15, 24, 29	6	12 Horas	R\$ 1.700,00	R\$ 10.200,00
<b>Final de semana</b> dias 18, 20	2	12 Horas	R\$ 1.800,00	R\$ 3.600,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 13.800,00</b>

  
Romildo Fontaniello  
Provedor

21/05/2025



## Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

### Detalhes do pagamento

**ID da transação:** E003603052025052013328501974499d  
**Situação:** EFETIVADA      **Data e Hora:** 20/05/2025 às 12:05:30  
**Valor Original:** R\$ 17.719,80      **Valor Atualizado:** R\$ 17.719,80      **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:** NATALINO FERRARI SERVICOS MEDICOS SS LTDA  
**CNPJ:** 46.155.451/0001-07  
**Instituição:** NU PAGAMENTOS S.A.  
**Chave Pix:** 46155451000107

**Código da operação:** 47004109681  
**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  
**00000000143 - E**

Autenticidade  
**WH2C-HPP4**

Data de Emissão  
**16/05/2025**

**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 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**

**CONFERE COM  
O ORIGINAL**

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

**RETENÇÕES :**  
ISS R\$ 783,00

*Amadeu*

**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/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\$ _____		

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.**

PGTO PARCIAL

CONVÊNIO nº 05/SS 18004

VALOR PGTO: R\$ 17719,80

Deduções de Materiais  
**0,00**

Base de Cálculo (R\$)  
**26.100,00**


Aliquota (%)  
**3,0115%**

Vr do ISS (R\$)  
**786,00**

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 26.100,00**

**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: **04/2025**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana</b> dias 01, 07, 14, 28	4	24 Horas	R\$ 3.400,00	R\$ 13.600,00
<b>Semana</b> dia 25	1	12 Horas	R\$ 1.700,00	R\$ 1.700,00
<b>Final de semana</b> dias 21, 26, 27	3	24 Horas	R\$ 3.600,00	R\$ 10.800,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				R\$ 26.100,00

  
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>	260 - NU PAGAMENTOS S.A. - 18236120
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0001 / 00054489420-5
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	SABIONI CORACAO DE JESUS SERV MEDICOS
<b>CPF/CNPJ:</b>	43.040.306/0001-84
<b>Valor:</b>	R\$ 4.905,90
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 12,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	20/05/2025
<b>Data / Hora da operação:</b>	20/05/2025 15:19:46

<b>Código da operação:</b>	34540196
<b>Chave de segurança:</b>	TCUMPF6WFAV206WT

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  
**00000000036 - E**

Autenticidade  
**B59C-AHVT**

Data de Emissão  
**20/05/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** SABIONI CORACAO DE JESUS SERVICOS MEDICOS LTDA  
**CPF/CNPJ:** 43.040.306/0001-84 **IM:** 324404 **IE:** **Fone:** 19 3831-2127  
**Endereço:** RUA ANTONIO SALTORAO,185,PLANALTO JD. VERDE - CEP : 13843216  
**Município:** Mogi Guaçu **UF:** SP **E-mail:** drguilherme.sabioni@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**

Valor referente prestação de serviços Médicos - Plantões mês Março 2025.....R\$ 5.400,00

Convênio numero 05/SS/2024

Dr. Guilherme....3.600,00 (cirurgião)

Dr. Guilherme....1.800,00 (torácico)

Dr. Guilherme Rissato Sabioni CRM: 174105

Retenções:  
IR R\$ 81,00  
PIS R\$ 35,10  
Cofins R\$ 162,00  
CSSL R\$ 54,00  
ISSQN R\$ 162,00

PGTO PARCIAL

CONVÊNIO nº 05/SS / 2024  
VALOR PGTO: R\$ 4905,90

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**

*Amanda*

**ASSINATURA**

Liquido a Receber R\$ 4.905,90

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\$ 773,82 - Aliq: 14,33%**

Situação de Tributação  
Tributado no Tomador

Código do Serviço

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

Deduções de Materiais  
**0,00**

Base de Cálculo (R\$)  
**5.400,00**

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

Vr do ISS (R\$)  
**162,00**

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 5.400,00**





## DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

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

CNPJ: **52.739.950/0001-36**

Nome Pessoa Jurídica: **SABIONI CORAÇÃO DE JESUS SERVIÇOS MEDICOS LTDA**

Nome Pessoa Física: **Guilherme Rissato Sabioni**

CNPJ/CPF.: **43.040.306/0001-84**

Especialidade: **Torácico**

Convênio: **PLANTÕES**

Competência: **03/2025**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana/Final de semana</b>	<b>3</b>	<b>24 Horas</b>	<b>R\$ 800,00</b>	
dias 01, 02, 03				
Devido a falta de especialistas médicos torácicos na entidade, foi solicitado aos médicos cirurgiões para suprir esta necessidade (1/4).				R\$ 1.800,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 1.800,00</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>	001 - BANCO DO BRASIL S/A - 00000000
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0578 / 00000046925-4
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	CLINICA DE CIRURGIA PLASTICA IMAGEM
<b>CPF/CNPJ:</b>	10.336.730/0001-11
<b>Valor:</b>	R\$ 13.036,80
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 12,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	20/05/2025
<b>Data / Hora da operação:</b>	20/05/2025 15:20:09

<b>Código da operação:</b>	32220056
<b>Chave de segurança:</b>	PL4HAA5ZHC4GTH3Y

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  
 Aiô CAIXA: 0800 104 0104



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

Número da Nota - Série  
**000000000545 - E**

Autenticidade  
**WEMN-PQAP**

Data de Emissão  
**20/05/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

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

Convênio numero 05/SS/2024

Dr. Alvaro....19.200,00

PGTO PARCIAL

CONVENIO nº 05/SS/2024

VALOR PGTO: R\$ 13036,80

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU			
TERMO DE CONVÊNIO Nº <u>05/SS/2024</u>			
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**

Alvarado  
**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\$)  
19.200,00

Alíquota (%)  
3,0000%

Vr do ISS (R\$)  
576,00

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 19.200,00**





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

Número da Nota - Série  
**000000009482 - E**

Autenticidade  
**RUR8-7Z37**

Data de Emissão  
**16/05/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**



**Nome/Razão Social:** RPM SERVICOS MEDICOS SOCIEDADE SIMPLES  
**CPF/CNPJ:** 12.843.826/0001-00 **IM:** 231541 **IE:** **Fone:** 19 3851-8000  
**Endereço:** RUA MANOEL DE PAULA,173,CAPELA - CEP : 13840085  
**Município:** Mogi Guaçu **UF:** SP **E-mail:** elia.bonfim@empmed.com.br

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

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

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

HONORÁRIOS MÉDICOS - RICARDO SUAREZ CASTEDO

Base IRRF R\$: 8.400,00 - Vlr R\$ 126,00 - Base PIS/Cofins/CSLL R\$ 8.400,00 - PIS R\$ 54,60 - Cofins R\$ 252,00 - CSLL R\$ 84,00 - Valor Aprox Tributos: 951,72 (11,33%) - Fonte: IBPT

Valor Líquido R\$ 7.883,40

Vencimento: 20/05/2025

Convênio 05/SS/2024 -

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

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\$ _____

PGTO PARCIAL  
CONVÊNIO nº 05/SS/2024  
VALOR PGTO: R\$ 5518,38

**CONFERE COM  
O ORIGINAL**  
*Amanda*  
**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\$)  
**8.400,00**

Aliquota (%)

Vr do ISS (R\$)

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 8.400,00**

**DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS**



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

**PJ:** 52.739.950/0001-36

**Nome Pessoa Jurídica:**

RPM SERVICOS MEDICOS SOCIEDADE SIMPLES

**Nome Pessoa Física:**

Ricardo Suarez Castedo

**PJ/CPF.:**

12.843.826/0001-00

**Especialidade:**

Vascular

**Evento:** PLANTÕES

**Competência:** 04/2025

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
Semana/Final de semana dias 14 à 20	7	24 Horas	R\$ 800,00	R\$ 5.600,00
Semana/Final de semana dias 14 à 20	7	24 Horas	R\$ 400,00	R\$ 2.800,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 8.400,00</b>

  
 Romildo Fontaniello  
 Provedor

**2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	04281 / 1292 / 000577217219-7
<b>Tipo de conta:</b>	Não foi possível recuperar
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	IRM STA CASA MISERIC MOGI GUACU
<b>CPF/CNPJ:</b>	52.739.950/0001-36

<b>Banco:</b>	033 - BANCO SANTANDER S.A. - 90400888
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	3208 / 00013002147-1
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	RPM SERVICOS MEDICOS
<b>CPF/CNPJ:</b>	12.843.826/0001-00
<b>Valor:</b>	R\$ 5.518,38
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 12,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	20/05/2025
<b>Data / Hora da operação:</b>	20/05/2025 11:17:04

<b>Código da operação:</b>	15394986
<b>Chave de segurança:</b>	MLTEFPV6L3XTYP1A

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

**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 / 00017694397-8
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	BECHARA SERVICOS MEDICOS LTDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	46.063.976/0001-04
<b>Valor:</b>	R\$ 12.547,75
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 12,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	21/05/2025
<b>Data / Hora da operação:</b>	21/05/2025 14:35:41

<b>Código da operação:</b>	86887010
<b>Chave de segurança:</b>	FZLSMFLSCL5KNN07

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

 <b>PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO</b> SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA <b>NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e</b> <small>20250520u46063976000104</small>	Número da Nota <b>0000086</b> Data e Hora de Emissão <b>20/05/2025 14:43:53</b> Código de Verificação <b>QWLC-YGUN</b>			
	<b>PRESTADOR DE SERVIÇOS</b> CPF/CNPJ: <b>46.063.976/0001-04</b> Inscrição Municipal: <b>7.265.095-7</b> Nome/Razão Social: <b>BECHARA SERVICOS MEDICOS LTDA</b> Endereço: <b>R FAGUNDES DIAS 78 - SAUDE - CEP: 04055-000</b> Município: <b>São Paulo</b> UF: <b>SP</b>			
<b>TOMADOR DE SERVIÇOS</b> Nome/Razão Social: <b>IRMANDADE S CASA MISERICORDIA MOGI GUACU</b> CPF/CNPJ: <b>52.739.950/0001-36</b> Inscrição Municipal: <b>---</b> Endereço: <b>R Chico de Paula 608 - Centro - CEP: 13840-005</b> Município: <b>Mogi Guaçu</b> UF: <b>SP</b> E-mail: <b>outrosconvenios@santacasamogiguacu.org.br</b>				
<b>INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS</b> CPF/CNPJ: <b>---</b> Nome/Razão Social: <b>---</b>				
<b>DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS</b> serviços médicos prestados Plantões 04/2025. Convênio numero 05/SS/2024 Dr. Fabio....19.100,00				
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; transform: rotate(-2deg);">                     PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUACU                      TERMO DE CONVÊNIO Nº <u>05/SS/2024</u>                      FONTES DE RECURSO  <input checked="" type="checkbox"/> MUNICIPAL R\$ _____ ( ) FMDCA R\$ _____  <input type="checkbox"/> ESTADUAL R\$ _____ ( ) PRÓPRIOS R\$ _____  <input type="checkbox"/> FEDERAL R\$ _____ ( ) OUTROS R\$ _____                 </div> <div style="text-align: right;"> <p style="font-size: 1.2em; font-weight: bold;">CONFERE COM O ORIGINAL</p> <p style="font-size: 1.5em; font-family: cursive;">Amanda</p> <p style="font-size: 1.2em; font-weight: bold;">ASSINATURA</p> </div> </div> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">PGTO PARCIAL                  CONVÊNIO nº <u>05/SS/2024</u>                  VALOR PGTO: R\$ <u>12.547,75</u></p>				
VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 19.100,00				
INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)
-	286,50	191,00	573,00	124,15
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	19.100,00	2,00%	382,00	0,00
Município da Prestação do Serviço		Número Inscrição da Obra	Valor Aproximado dos Tributos / Fonte	
-		-	R\$ 1.174,65	
<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: 10/06/2025;				



## DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

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

CNPJ: **52.739.950/0001-36**

Nome Pessoa Jurídica: **BECHARA SERVICOS MEDICOS LTDA**

Nome Pessoa Física: **Fabio Lima Ferreira Pessiquelli**

CNPJ/CPF.: **46.063.976/0001-04**

Especialidade: **Ortopedista**

Convênio: **PLANTÕES**

Competência: **04/2025**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana</b>	<b>3</b>	<b>24 Horas</b>	<b>R\$ 3.400,00</b>	<b>R\$ 10.200,00</b>
dias 08, 11, 15				
<b>Semana</b>	<b>1</b>	<b>12 Horas</b>	<b>R\$ 1.700,00</b>	<b>R\$ 1.700,00</b>
dia 25				
<b>Final de semana</b>	<b>1</b>	<b>24 Horas</b>	<b>R\$ 3.600,00</b>	<b>R\$ 3.600,00</b>
dia 18				
<b>Final de semana</b>	<b>2</b>	<b>12 Horas</b>	<b>R\$ 1.800,00</b>	<b>R\$ 3.600,00</b>
dias 12, 19				
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 19.100,00</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>	033 - BANCO SANTANDER S.A. - 90400888
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	3208 / 00013001617-8
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	MED CENTER CIRURG PLASTICA
<b>CPF/CNPJ:</b>	05.315.058/0001-48
<b>Valor:</b>	R\$ 3.052,56
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 12,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	20/05/2025
<b>Data / Hora da operação:</b>	20/05/2025 11:18:25

<b>Código da operação:</b>	15557186
<b>Chave de segurança:</b>	RWQH8W8Y9TAPJSNX

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  
**00000001541 - E**

Autenticidade  
**WY58-G0Z9**

Data de Emissão  
**16/05/2025**

**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 Plantões 04/2025  
Convênio número 05/SS/2024

Dr. (a) Reynaldo Luis Lucon CRM: 85.434

IRRF 1,5% R\$ 72,00  
C.S.L.L 1% R\$ 48,00  
COFINS 3% R\$ 144,00  
PIS/PASEP 0,65% R\$ 31,20  
ISSQN 3% R\$ 144,00  
Valor Líquido: R\$ 4.360,80

PGTO PARCIAL

CONVÊNIO nº 05/SS/2024  
VALOR PGTO: R\$ 3050,56

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

**CONFERE COM  
O ORIGINAL**

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

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

Processo executado por: 172.16.20.60

Consulte a autenticidade desta Nota Fiscal através  
do site: <http://www.mogiguacu.sp.gov.br>  
Valor aprox. dos tributos (Lei nº 12.741/2012):  
R\$ 144,00 - 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.

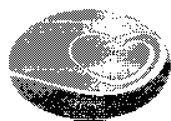
Deduções de Materiais  
**0,00**

Base de Cálculo (R\$)  
**4.800,00**

Alíquota (%)  
**3,0000%**

Vr do ISS (R\$)  
**144,00**

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

Nome Pessoa Física: **Reynaldo Luis Lucon**


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

Especialidade: **Cirurgião Plastico**

Convênio: **PLANTÕES**

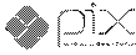
Competência: **04/2025**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
Semana/Final de semana dias 01 à 6	6	24 Horas	R\$ 800,00	R\$ 4.800,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 4.800,00</b>

  
Romildo Fontaniello  
Provedor

22/05/2025

GERENCIADOR  
**CAIXA**



### Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

#### Detalhes do pagamento

**ID da transação:** F0036030520250521170463ae004e38f  
**Situação:** EFETIVADA    **Data e Hora:** 21/05/2025 às 14:36:18  
**Valor Original:** R\$ 14.748,53    **Valor Atualizado:** R\$ 14.748,53    **Tarifa:** R\$ 8,50  
**Detalhes:** NF852

#### 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.  
**Chave Pix:** 15626947000180

**Código da operação:** 47066851278  
**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  
**000000000852 - E**

Autenticidade  
**GMHE-S5AF**

Data de Emissão  
**16/05/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

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

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

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

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

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

SERVIÇOS PRESTADOS  
VALOR BRUTO R\$ 22.450,00  
COFINS R\$ 673,50  
CSLL R\$ 224,50  
PIS R\$ 145,92  
IR R\$ 336,75  
VALOR LIQUIDO R\$ 21.069,33

CONVÊNIO nº 05/SS/0004  
VALOR PGTO: R\$ 14748,53

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  
ORIGINAL

Ormandev  
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\$)  
22.450,00

Aliquota (%)

Vr do ISS (R\$)

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 22.450,00**



## 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: **04/2025**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana</b>	<b>13</b>	<b>6 Horas</b>	<b>R\$ 850,00</b>	<b>R\$ 11.050,00</b>
dias 01, 02, 04, 07, 08				
09, 11, 16, 18, 22, 28, 29, 30				
<b>Semana</b>	<b>3</b>	<b>12 Horas</b>	<b>R\$ 1.700,00</b>	<b>R\$ 5.100,00</b>
dia 15, 17, 25				
<b>Final de semana</b>	<b>5</b>	<b>6 Horas</b>	<b>R\$ 900,00</b>	<b>R\$ 4.500,00</b>
dias 12, 19, 20, 26, 27				
<b>Final de semana</b>	<b>1</b>	<b>12 Horas</b>	<b>R\$ 1.800,00</b>	<b>R\$ 1.800,00</b>
dia 05				
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 22.450,00</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>	756 - BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A. - 02038232
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	4027 / 00028882920-4
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	RENIUM CLINICA MEDICA LTDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	18.449.924/0001-35
<b>Valor:</b>	R\$ 2.627,80
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 12,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NFS2
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	26/05/2025
<b>Data / Hora da operação:</b>	26/05/2025 08:37:44

<b>Código da operação:</b>	53598627
<b>Chave de segurança:</b>	4C5XXCPS2XLPT2HG

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

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

<b>Nº: 2025/52</b>	Emitida em: <b>22/05/2025</b> às 07:24:15	Competência: <b>22/05/2025</b>	Código de Verificação: <b>e63c633e</b>
<b>RENIUM CLINICA MEDICA LTDA</b> CPF/CNPJ: 18.449.924/0001-35      Inscrição Municipal: 0493229/001-1 RUA CAPELINHA, 136, APT: 02;, Serra - Cep: 30220-300 Belo Horizonte      MG Telefone:      Email:			
<b>Tomador do(s) Serviço(s)</b>			
CPF/CNPJ: 52.739.950/0001-36		Inscrição Municipal: Não Informado	
<b>IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MOGI GUAÇU</b>			
Rua Chico de Paula, 608, Centro - Cep: 13840-005		Mogi Guacu      SP	
Telefone: Não Informado		Email: Não Informado	
<b>Discriminação do(s) Serviço(s)</b>			
Serviços médicos prestados Plantões 04/2025, Convênio numero: 05/55/2024			
Tânia Andrade Paulo - CRMSP 168588 - CPF 012.255.326-80			
*Percentual aproximado dos tributos: 13,45% federais e 3,25% municipais conforme Lei 12.741/12. Fonte IBP			
<b>Código de Tributação do Município (CTISS)</b>			
0401-0/01-88 / Medicina			
<b>Subitem Lista de Serviços LC 116/03 / Descrição:</b>			
4.01 / Medicina e biomedicina.			
<b>Cod/Município da incidência do ISSQN:</b>		<b>Natureza da Operação:</b>	
3106200 / Belo Horizonte		Tributação no município	
<b>Regime Especial de Tributação: Sociedade de Profissionais</b>			
<b>Valor dos serviços:</b>	<b>R\$ 4.000,00</b>	<b>Valor dos serviços:</b>	<b>R\$ 4.000,00</b>
(-) Descontos:	R\$ 0,00	(-) Deduções:	R\$ 0,00
(-) Retenções Federais:	R\$ 246,00	(-) Desconto Incondicionado:	R\$ 0,00
(-) ISS Retido na Fonte:	R\$ 0,00	(=) Base de Cálculo:	R\$ 4.000,00
<b>Valor Líquido:</b>	<b>R\$ 3.754,00</b>	(x) Alíquota:	-
		(=) Valor do ISS:	-
<b>Retenções Federais:</b>			
PIS: R\$ 26,00    COFINS: R\$ 120,00    IR: R\$ 60,00    CSLL: R\$ 40,00			
<b>Outras Informações:</b>			
Chave de acesso no Ambiente de Dados Nacional: 3106200121844992400013525000000005225054073865317.			
 Prefeitura de Belo Horizonte - Secretaria Municipal de Fazenda Rua Espírito Santo, 605 - 3º andar - Centro - CEP: 30160-919 - Belo Horizonte MG. Dúvidas: SIGESP			

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU  
TERMO DE CONVÊNIO Nº 05/55/2024

FONTES DE RECURSO

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

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

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


PGTO PARCIAL  
 CONVÊNIO nº 05/55/2024  
 VALOR PGTO: R\$ 2627,80

**CONFERE COM  
O ORIGINAL**

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

**DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS**Entidade: **Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu**CNPJ: **52.739.950/0001-36**Nome Pessoa Jurídica: **RENIUM CLINICA MEDICA LTDA ME**Nome Pessoa Física: **Tania Andrade Paulo**CNPJ/CPF.: **18.449.924/0001-35**Especialidade: **Nefrologista****Convênio: PLANTÕES****Competência: 04/2025**

<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>5</b>	<b>24 Horas</b>	<b>R\$ 800,00</b>	<b>R\$ 4.000,00</b>
dias 08 à 12				
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 4.000,00</b>

  
Romildo Fontaniello  
Provedor

**2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	04281 / 1292 / 000577217219-7
<b>Tipo de conta:</b>	Não foi possível recuperar
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	IRM STA CASA MISERIC MOGI GUACU
<b>CPF/CNPJ:</b>	52.739.950/0001-36

<b>Banco:</b>	756 - BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A. - 02038232
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	3188 / 00000138672-7
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	MATRIARCA SOLUCOES EM SAUDE LTDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	37.987.184/0001-35
<b>Valor:</b>	R\$ 6.381,80
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 12,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF570
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	26/05/2025
<b>Data / Hora da operação:</b>	26/05/2025 16:19:38

<b>Código da operação:</b>	78461141
<b>Chave de segurança:</b>	0RVK4UMLKC7PA7P

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104



# PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

## NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e

20250526u37987184000135

Número da Nota

**00000570**

Data e Hora de Emissão

**26/05/2025 11:42:30**

Código de Verificação

**YAZY-CWMU**

### PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: **37.987.184/0001-35**

Inscrição Municipal: **7.360.843-2**

Nome/Razão Social: **MATRIARCA SOLUÇÕES EM SAÚDE LTDA**

Endereço: **R. HADDQCK LOBO 131 - CERQUEIRA CESAR - CEP: 01414-001**

Município: **São Paulo**

UF: **SP**

### TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MOGI GUACU**

CPF/CNPJ: **62.739.960/0001-36**

Inscrição Municipal: **---**

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

Município: **Mogi Guaçu**

UF: **SP**

E-mail: **gisele@queirozconsultoria.com.br**

### INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: **---**

Nome/Razão Social: **---**

### DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Serviços prestados. Serviços prestados pessoalmente pelo titular ou sócio no exercício de profissão regulamentada e sem o curso de empregados ou contratantes individuais, conforme dispõe o art. 120 inciso III da IN/RFB nº 971/2009.

Esta nota será liquidada com recursos do CONVÊNIO **05/SS/2024**

Forma de pagamento: Depósito bancário - Banco **Santob** - Agência: **3188** - Conta corrente: **123672-7**

Valor líquido: **R\$ 6.381,80**

PGTO PARCIAL

CONVÊNIO nº 05/SS 12024

VALOR PGTO: R\$ 6.381,80

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

FONTES DE RECURSO

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

### VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 6.800,00

INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)
-	102,00	68,00	204,00	44,20

Código do Serviço

**04030 - Medicina e biomedicina.**

Valor Total das Deduções (R\$)

**0,00**

Base de Cálculo (R\$)

**6.800,00**

Alíquota (%)

**2,00%**

Valor de ISS (R\$)

**136,00**

Crédito (R\$)

**0,00**

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) Data de vencimento do ISS desta NFS-e: 10/06/2025;

CONFERE COM  
O ORIGINAL

*Amencia*

ASSINATURA



**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 / 00032915512-1
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	MARINA GUARNIERI SERVICOS MEDICOS
<b>CPF/CNPJ:</b>	53.166.239/0001-00
<b>Valor:</b>	R\$ 1.689,30
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 12,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF76
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	26/05/2025
<b>Data / Hora da operação:</b>	26/05/2025 16:20:46

<b>Código da operação:</b>	78804730
<b>Chave de segurança:</b>	00QFYS1E8UWG0U09

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

 <b>PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO</b> SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA <b>NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e</b> <small>20250526u53186239000100</small>	Número da Nota	<b>00000076</b>		
	Data e Hora de Emissão	<b>26/05/2025 10:14:34</b>		
		Código de Verificação	<b>Y494-PBHW</b>	
<b>PRESTADOR DE SERVIÇOS</b>				
CPF/CNPJ: <b>53.166.239/0001-00</b>		Inscrição Municipal: <b>7.928.267-9</b>		
Nome/Razão Social: <b>MARINA GUARNIERI SERVIÇOS MEDICOS LTDA</b>				
Endereço: <b>R DIAMANTINA 538, ANDAR 2 - VILA MARIA - CEP: 02117-011</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 808 - CENTRO - CEP: 13840-005</b>				
Município: <b>Mogi Guaçu</b>		UF: <b>SP</b> E-mail: <b>financeiro@matriarca.med.br</b>		
<b>INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS</b>				
CPF/CNPJ: <b>----</b>		Nome/Razão Social: <b>----</b>		
<b>DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS</b>				
Serviços Médicos Prestados na Pediatria Santa Casa de Mogi Guaçu				
Banco 0077 - Inter	PGTO PARCIAL			
Ag. 0001	CONVÊNIO nº <u>05/SS/2024</u>			
CC/ 32915512-1	VALOR PGTO: R\$ <u>1689,30</u>			
Pix 53166239000100				
Valor Líquido da NFS R\$ 1.689,30				
Esta NF será liquidada com recursos do CONVÊNIO 05/SS/2024				
PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUACU TERMO DE CONVÊNIO Nº <u>05/SS/2024</u> FONTES DE RECURSO <input checked="" type="checkbox"/> MUNICIPAL R\$ _____ ( ) FMDCA R\$ _____ <input type="checkbox"/> ESTADUAL R\$ _____ ( ) PRÓPRIOS R\$ _____ <input type="checkbox"/> FEDERAL R\$ _____ ( ) OUTROS R\$ _____		<b>CONFERE COM O ORIGINAL</b>  <i>Amanda</i> <hr style="width: 100px; margin: 0 auto;"/> <b>ASSINATURA</b>		
<b>VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 1.800,00</b>				
INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)
-	27,00	18,00	54,00	11,70
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	1.800,00	2,00%	36,00	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: 10/06/2025;				

**DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS**



Endereço: Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu  
 Nº: 52.739.950/0001-36  
 Nome Pessoa Jurídica: MARINA GUARNIERI SERVICOS MEDICOS  
 Nome Pessoa Física: Marina Guarnieri  
 Nº/CPF.: 53.166.239/0001-00  
 Especialidade: Pediatra

Convênio: PLANTÕES  
 Competência: 04/2025

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
Final de Semana dia 12	1	06 horas	R\$ 900,00	R\$ 900,00
Final de Semana dia 19	1	06 horas	R\$ 900,00	R\$ 900,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 1.800,00</b>

Romildo-Fontaniello  
 Provedor

**2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	04281 / 1292 / 000577217219-7
<b>Tipo de conta:</b>	Não foi possível recuperar
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	IRM STA CASA MISERIC MOGI GUACU
<b>CPF/CNPJ:</b>	52.739.950/0001-36

<b>Banco:</b>	237 - BANCO BRADESCO S/A - 60746948
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	3032 / 00000280596-0
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	MONICA DE OLIVEIRA ME
<b>CPF/CNPJ:</b>	19.554.620/0001-09
<b>Valor:</b>	R\$ 19.650,00
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 12,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF350
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	26/05/2025
<b>Data / Hora da operação:</b>	26/05/2025 16:20:23

<b>Código da operação:</b>	78717563
<b>Chave de segurança:</b>	45F4L5T28MVR05YK

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



Recebemos de MONICA DE OLIVEIRA PINTO - ME - CPF/CNPJ: 19.554.620/0001-09 a prestação dos serviços da nota fiscal indicada ao lado		<b>NFS-e</b> <b>Nº 00000350</b>
Data de Recebimento	Identificação e assinatura do recebedor	

**PREFEITURA MUNICIPAL DE LUÍS EDUARDO MAGALHÃES**

AVENIDA OCTOGONAL, 04 PRAÇA DOS TRÊS PODERES  
 JARDIM IMPERIAL - LUÍS EDUARDO MAGALHÃES - BA CEP: 47864-090  
 CNPJ: 04.214.419/0001-05

**Nota Fiscal de Serviços Eletrônica**

Número da Nota **00000350**  
 Data e Hora de Emissão **26/05/2025 15:26:24**  
 Data do Fato Gerador **26/05/2025**  
 Código de Verificação **AACPCUEP-IZAAGI**

**Dados do(s) Serviço(s)**

Exigibilidade do ISS / Natureza da Operação Exigível	Local da Prestação MOGI GUAÇU/SP - BRASIL	Local da Incidência LUÍS EDUARDO MAGALHÃES/BA
--	---	---

**Prestador do(s) Serviço(s)**

Nome/Razão Social: **MONICA DE OLIVEIRA PINTO - ME**  
 Nome Fantasia: **CSP - Clínica de Saúde Pediátrica**  
 Endereço: **RUA PARAIBA, 518 sala 11 MIMOSO DO OESTE LUÍS EDUARDO MAGALHÃES - BA**  
 CPF/CNPJ: **19.554.620/0001-09** Insc. Municipal: **01137714**  
 Telefone: **(77) 9923-3772** E-mail: **monica.pinto@hotmail.com**

**Tomador do(s) Serviço(s)**

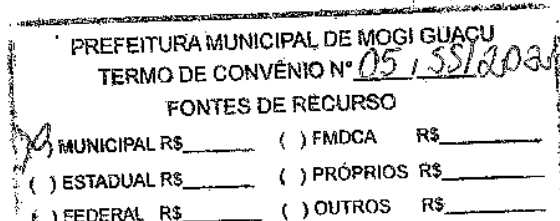
Nome/Razão Social: **Irmandade da Santa Casa de Misericórdia De Mogi Guaçu Guaçu**  
 Nome Fantasia:  
 Endereço: **Rua Chico de Paula, 608 Centro MOGI GUAÇU - SP CEP: 13840-005**  
 CPF/CNPJ: **52.739.950/0001-36** Insc. Municipal:  
 Telefone: E-mail: **nfe@santacasamogiguacu.org.br**

**Discriminação do(s) Serviço(s)**

Referente a plantão na enfermaria de pediatria da Santa Casa de Misericórdia de Mogi Guaçu, realizados no mês de Abril/2025.

Esta nota será liquidada com recursos do CONVÊNIO 05/SS/2024

Dados Bancários:  
 Monica de Oliveira Pinto ME  
 Banco: 237 - Banco Bradesco S.A  
 Agência: 3032  
 Conta Corrente: 280596-0  
 CNPJ: 19.554.620/0001-09



Classificação do Serviço (LEI 116/2003)

**04.01 - Medicina e biomedicina.**

Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE 2.1)

**8630503 - Atividade médica ambulatorial restrita a consultas**

Valor do(s) Serviço(s)	Valor Dedução	Desconto Incondicionado	Base de Cálculo ISS
<b>19.650,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>19.650,00</b>
Alíquota ISS (%)	Valor do ISS	Valor ISS Retido	Desconto Condicionado
<b>2,50</b>	<b>491,25</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>

**Retenções Federais**

Imposto de Renda	PIS	COFINS	CSLL	INSS	Outras Retenções
<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>

**Total**

Total do(s) Serviço(s)	Total Líquido
<b>19.650,00</b>	<b>19.650,00</b>

**Outras informações**

O prestador do(s) serviço(s) possui regime especial de tributação: Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME - EPP)  
 O ISS é devido no local do estabelecimento prestador ou, na falta do estabelecimento, no local do domicílio do prestador, exceto nas hipóteses previstas nos incisos I a XXV, quando o imposto será devido o local, conforme art. 3º da Lei 116 de 31 de julho de 2003.  
 Valor aproximado dos tributos com base na Lei 12.741/2012 - R\$ 3.134,18 - (15,95%) - Fonte: MEPP.

FGTO PARCIAL

CONVÊNIO nº 05/SS/2024

VALOR FGTO. DE 19650,00

**CONFERE COM O ORIGINAL**

*Assinatura*

**DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS**




Endereç: Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu  
 Nº: 52.739.950/0001-36  
 Inscrição Jurídica: CSP - CLINICA DE SAUDE PEDIATRICA  
 Inscrição Física: Monica de Oliveira Pinto  
 Nº/CPF.: 19.554.620/0001-09  
 Especialidade: Pediatra

**Período: PLANTÕES**

Competência: 04/2025

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
Semana dias 07, 28	2	12 horas	R\$ 1.700,00	R\$ 3.400,00
Semana dias 02, 09, 16, 23	4	24 horas	R\$ 3.400,00	R\$ 13.600,00
Semana dia 21	1	06 horas	R\$ 850,00	R\$ 850,00
<b>Final de Semana</b> dia 4	<b>1</b>	<b>12 horas</b>	<b>R\$ 1.800,00</b>	<b>R\$ 1.800,00</b>
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 19.650,00</b>

  
 Romildo Fontantiello  
 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>	136 - UNICRED - 00315557
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	3912 / 00000456625-4
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	SLP SOCIEDADE LIMEIRENSE DE PEDIATRIA DE
<b>CPF/CNPJ:</b>	02.977.405/0001-00
<b>Valor:</b>	R\$ 16.329,90
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 12,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF73
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	26/05/2025
<b>Data / Hora da operação:</b>	26/05/2025 16:21:09

<b>Código da operação:</b>	78917998
<b>Chave de segurança:</b>	R5JK03V875QHHZ7F

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PIRACICABA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS  
DIVISÃO DE FISCALIZAÇÃO  
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO FAZENDÁRIA  
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-E



Número da Nota Fiscal  
**73**

Série: **E**

Data Emissão: **23/05/2025**

Certificação: **970FD-A36DC**

**DADOS DO PRESTADOR**

Nome/Razão Social: **S.L.P. SOCIEDADE LIMEIRENSE DE PEDIATRIA DE LIMEIRA LTDA**  
 Nome Fantasia:  
 CNPJ/CPF: **02.977.405/0001-00** Insc. Municipal: **674453** Insc. Estadual:  
 Endereço: **RUA JOÃO DA CUNHA RAPOSO** N°: **260**  
 Bairro: **PARQUE PRIMEIRO DE MAIO** Compl.:  
 Município: **PIRACICABA** UF: **SP** CEP: **13425-264**  
 E-mail: **jcmarotti@ig.com.br** Telefone: **1934224472**

**DADOS DO TOMADOR**

Nome/Razão Social: **SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MOGI GUAÇU**  
 CNPJ/CPF: **52.739.950/0001-36** Insc. Municipal: Insc. Estadual: **ISENTO**  
 Endereço: **RUA CHICO DE PAULO** N°: **608**  
 Bairro: **CENTRO** Compl.:  
 Município: **MOGI GUAÇU** UF: **SP** CEP: **13840-000**  
 E-mail: **ellonora@santacasamogiguacu.org.br** Telefone:

**DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO**

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS  
 DR. JOSÉ CARLOS MAROTTI  
 PLANTÕES REALIZADOS EM 03/2025 NA PEDIATRIA DA SANTA CASA DE MOGI GUAÇU

PGTO PARCIAL  
 CONVÊNIO nº 05/SS/2024  
 VALOR PGTO: R\$ 16.329,90

Item	Tributável	Qtde.	Vi. Unitário R\$	Total R\$
PRESTAÇÃO DE SERVIÇO	Sim	1,00	17400,0000	17.400,00

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

CONFERE COM  
O ORIGINAL.

*Amândia*  
ASSINATURA

Valor Tributável: R\$ 17.400,00	Valor não Tributável: R\$ 0,00	<b>VALOR BRUTO DA NOTA</b>				<b>R\$ 17.400,00</b>
Valor Total das Deduções: R\$ 0,00	Desconto Incondicionado: R\$ 0,00	Desconto Condicionado: R\$ 0,00	Base de Cálculo: R\$ 17.400,00	Alíquota: 5,0000%	Valor do ISS: R\$ 870,00	
PIS: R\$ 113,10	COFINS: R\$ 522,00	INSS: R\$ 0,00	IR: R\$ 261,00	CSLL: R\$ 174,00	Outras Retenções: R\$ 0,00	
Valor Aproximado de Impostos: Federais R\$ 0,00 Estaduais R\$ 0,00 Municipais R\$ 0,00			<b>VALOR LÍQUIDO DA NOTA</b>		<b>R\$ 16.329,90</b>	

**ENQUADRAMENTO DO SERVIÇO**

4.01 - Medicina e biomedicina.

**OUTRAS INFORMAÇÕES**

Mês de Competência: **05/2025** Local do Recolhimento: **PIRACICABA/SP** Dt: **23/05/2025 14:57:09**  
 Recolhimento: **Sem Retenção** Tributação: **Tributação por Faturamento (Variável)** Competência:  
 CNAE: **8630503**  
 Observações: **ESTA NOTA SERÁ LIQUIDADADA COM RECURSO DO CONVÊNIO 05/SS/2024.**

Impresso em: 23/05/2025 às 15:00:57

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

**DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS**



Endereç: Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu  
 PJ: 52.739.950/0001-36  
 Pessoa Jurídica:  
 Pessoa Física: José Carlos Marotti  
 PJ/CPF.: 02.977.405/0001-00  
 Especialidade: Pediatra

Convênio: PLANTÕES  
 Competência: 04/2025

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana</b>	6	12 horas	R\$ 1.700,00	R\$ 10.200,00
dias 01, 08, 11, 20, 27, 30				
<b>Final de Semana</b>	4	12 horas	R\$ 1.800,00	R\$ 7.200,00
dias 06, 11, 18, 27				
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 17.400,00</b>

Romildo Fontaniello  
 Provedor

02/06/2025



### Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

#### Detalhes do pagamento

<b>ID da transação:</b> E003603052025053012333e838235ec3
<b>Situação:</b> EFETIVADA <b>Data e Hora:</b> 30/05/2025 às 11:46:38
<b>Valor Original:</b> R\$ 1.689,30 <b>Valor Atualizado:</b> R\$ 1.689,30 <b>Tarifa:</b> R\$ 8,50
<b>Detalhes:</b> NF146

#### 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> BARBARA ALVES DA SILVEIRA SERVICOS MEDIC
<b>CNPJ:</b> 44.351.770/0001-54
<b>Instituição:</b> BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.
<b>Chave Pix:</b> 44351770000154

<b>Código da operação:</b> 47474284294
<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 DA ESTÂNCIA DE SOCORRO**  
**Secretaria Municipal de Finanças**  
**Nota Fiscal Eletrônica de Serviços**

146/Nfe



Número / Série 146 / Nfe Emissão 26/05/2025 10:40:07 Incidência Socorro (SP) ISS a reter Não  
 Prest. do Serviço 26/05/2025 Código de verificação 1FGG.JF17.0TW0.NECK Exigibilidade Exigível RPS

**Prestador de Serviços**

Nome/Razão Social: BARBARA ALVES DA SILVEIRA SERVIÇOS MEDICOS LTDA  
 CPF / CNPJ: 44.351.770/0001-54 Reg.: Faturamento  
 Endereço: estrada CELESTINO DE POMPEIA CALAFIORI, 101 APTO. 054 - Bairro: CENTRO - Cep: 13960000  
 Telefone: (19) 9 9888-7601 Município: Socorro - SP País: Brasil  
 Insc. Mun.: 745893 Cod. Mob.: 745893 Insc. Est.: -  
 Email:  
 Nome Fant.:

**Tomador de Serviços**

Nome/Razão Social: Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Mogi Guaçu  
 CPF / CNPJ: 52.739.950/0001-36 Reg.:  
 Endereço: R. Chico de Paula, 608 - Bairro: Centro - Cep: 13840-005  
 Telefone: Município: Mogi Guaçu - SP País: Brasil  
 Insc. Mun.: Insc. Est.:  
 Email: financeiro@matriarca.med.br

**Código do Serviço/Atividade**

4.01 - MEDICINA E BIOMEDICINA. ( 2,50 %)

\* ISS - Correspondente aos itens de serviço do código tributário municipal ou a LC 116/2003

**Discriminação dos Serviços**

Descrição	Total
Plantões realizados no mês de abril/2025 na Pediatria da Santa Casa de Mogi Guaçu - SP, no valor de R\$ 1.800,00.	R\$ 1.800,00

Esta nota será liquidada com recursos do CONVÊNIO 05/SS/2024.

**Tributos Federais**

PIS	INSS	CSLL	IRRF	COFINS
11,70	0,00	18,00	27,00	54,00

**Detalhamento de Valores**

Valor Total da Nota(R\$)	ISS(R\$)	Desconto Condicional(R\$)	Base de Cálculo(R\$)	Alíquota (%)
1.800,00	45,00	0,00	1.800,00	2,50 %
Outras Retenções(R\$)	0,00		<b>Valor Líquido:</b>	<b>R\$ 1.689,30</b>

ESTA NOTA FISCAL NÃO ACOBERTA O TRANSITO DE MERCADORIAS. Gerado por:BARBARA ALVES DA SILVEIRA SERVIÇOS MEDICOS LTDA

Recebi(emos) de BARBARA ALVES DA SILVEIRA SERVIÇOS MEDICOS LTDA, os serviços constantes da nota fiscal Nº 146, série Nfe, conforme verificável pelo endereço eletrônico:

<http://www.nfe-cidades.com.br/documento/1FGG.JF17.0TW0.NECK> POTO PARCIAL

Data: / /

Assinatura:

CONVÊNIO Nº 05/SS/2024

VALOR POTO: R\$ 1689,30

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

*Amaneco*



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

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 29/05/2025 às 08:16:32

**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> 033/3208/00013000145-9	<b>CPF/CNPJ:</b> 08.262.322/0001-10
<b>Tipo Conta:</b> 01 - Conta Corrente	<b>Tipo Pessoa:</b> Jurídica
<b>Nome:</b> MED CLINICA S/S.	<b>Valor:</b> R\$ 29.226,77
<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> 28/05/2025	<b>Código da Operação:</b> 92383190
<b>Data da Operação:</b> 28/05/2025	<b>Chave de Segurança:</b> SS97AJRHPH723T5W

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  
**000000007289 - E**  
Autenticidade  
**XPSE-36TH**  
Data de Emissão  
**28/05/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**



Nome/Razão Social: MED CLINICA S/S  
CPF/CNPJ: 08.262.322/0001-10 IM: 186660 IE: Fone: 19 3851-8000  
Endereço: AVENIDA LOTHÁRIO TEIXEIRA, 215, 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 - MARA SILVIA DE LIMA

Base IRRF R\$: 31.142,00 - Vlr R\$ 467,13 - Base PIS/Cofins/CSLL R\$ 31.142,00 - PIS R\$ 202,42 - Cofins R\$ 934,26  
- CSLL R\$ 311,42 - Valor Aprox Tributos: 3528,38 (11,33%) - Fonte: IRRF

Valor Líquido R\$ 29.226,77

Vencimento: 30/05/2025

CONVÊNIO nº 05/SS/2024  
VALOR PGTO: R\$ 29.226,77

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

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  
ORIGINAL

*Amadeu*

*Administradora*

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\$)  
**31.142,00**

Alíquota (%)  
**-**

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

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 31.142,00**



### DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

Idade: Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu  
CNPJ: 52.739.950/0001-36  
Nome Pessoa Jurídica: MED CLINICA SS  
Nome Pessoa Física: Mara Silva de Lima  
CNPJ/CPF.: 08.262.322/0001-10  
Especialidade: Pediatra

Convênio: PLANTÕES

Competência: 04/2025

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
Semana	13	12 horas	R\$ 1.700,00	R\$ 22.100,00
dias 01, 03, 07, 08, 10, 14				
15, 17, 21, 24, 25, 28, 29				
Semana	1	06 horas	R\$ 850,00	R\$ 850,00
dia 21				
Semana	1	07 horas	R\$ 992,00	R\$ 992,00
dia 22				
Final de Semana	2	12 horas	R\$ 1.800,00	R\$ 3.600,00
dias 12, 26				
Final de Semana	1	24 horas	R\$ 3.600,00	R\$ 3.600,00
dia 22				
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 31.142,00</b>

Romildo Fontaniello  
Provedor

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

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 29/05/2025 às 08:16:32

**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> 033/3892/00013000230-9	<b>CPF/CNPJ:</b> 32.769.909/0001-03
<b>Tipo Conta:</b> 01 - Conta Corrente	<b>Tipo Pessoa:</b> Jurídica
<b>Nome:</b> ANA HELENA MARTINS LTDA	<b>Valor:</b> R\$ 23.508,00
<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> 28/05/2025	<b>Código da Operação:</b> 92383196
<b>Data da Operação:</b> 28/05/2025	<b>Chave de Segurança:</b> R8GR582MJEVKANGN

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 Campinas  
Secretaria Municipal de Finanças



UF4VRbfb6

Nota Fiscal de Serviços eletrônica de Campinas  
NFSe Campinas - Prestador

DADOS DA NFSe Campinas

Data e hora de emissão 26/05/2025 16:24:09  
Competência 05/2025  
Número / Série 74 / 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  
32.769.909/0001-03  
Nome / Nome Empresarial  
ANA HELENA MARTINS - EIRELI  
Endereço  
AVENIDA JOSÉ BONIFÁCIO 474 JARDIM FLAMBOYANT

Inscrição Municipal 00.531.270-1  
Telefone (19) 3231-8688  
E-mail edmurjr@terra.com.br  
Município CAMPINAS / SP BRASIL  
CEP 13091-140

TOMADOR DO SERVIÇO

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

Inscrição Municipal 00.000.000-0  
Telefone -  
E-mail admempresasdaiane03@gmail.com  
Município MOGI GUACU / SP BRASIL  
CEP 13840-005

SERVIÇO PRESTADO

CNAE / CBO  
8610-1/02-00 - ATIVIDADES DE ATENDIMENTO EM PRONTO-SOCORRO E UNIDADES HOSPITALARES PARA ATENDIMENTO A URGÊNCIAS  
Serviço  
04.03 - HOSPITAIS, CLÍNICAS, LABORATÓRIOS, SANATÓRIOS, MANICÔMIOS, CASAS DE SAÚDE, PRONTOS-SOCORROS, AMBULATÓRIOS E CONGÊNERES.  
Local da prestação do serviço MOGI GUACU / 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 realizados no mês de abril/2025 na Pediatria da Santa Casa de Mogi Guaçu, SP, no valor de R\$ 23.508,00, referente aos plantões no período.

Esta nota será liquidada com recursos do CONVÊNIO 05/SS/2024

CONFERE COM  
O ORIGINAL

*Ammandev*

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

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\$)	Aliq. (%)	Valor do ISSQN (R\$)
23.508,00	0,00	0,00	23.508,00	****	****

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\$)
23.508,00	0,00	0,00	0,00	23.508,00

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

PGTO PARCIAL  
CONVÊNIO Nº 05/SS / 2024  
VALOR PGTO: R\$ 23508,00



**DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS**

Endereço: **Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu**  
CNPJ: **52.739.950/0001-36**  
Pessoa Jurídica: **ANA HELENA MARTINS EIRELI**  
Pessoa Física: **Ana Helena Martins**  
CPF: **32.769.909/0001-03**  
Especialidade: **Pediatra**

**Convênio: PLANTÕES**

Período: **04/2025**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
Semana	4	12 horas	R\$ 1.700,00	R\$ 6.800,00
dias 13, 15, 22, 29				
Semana	1	05 horas	R\$ 708,00	R\$ 708,00
dia 22				
Final de Semana	3	12 horas	R\$ 1.800,00	R\$ 5.400,00
dias 13, 19, 25				
Final de Semana	1	24 horas	R\$ 3.600,00	R\$ 3.600,00
dia 26				
Coordenação mensal			R\$ 7.000,00	R\$ 7.000,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 23.508,00</b>

Romildo Fontaniello  
Provedor

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

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 29/05/2025 às 08:16:32

**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> 341/5953/00000001572-3	<b>CPF/CNPJ:</b> 25.422.818/0001-23
<b>Tipo Conta:</b> 01 - Conta Corrente	<b>Tipo Pessoa:</b> Jurídica
<b>Nome:</b> EDUARDO A. SEABRA SCHLITTLER SERVICOS ME	<b>Valor:</b> R\$ 8.800,00
<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> 28/05/2025	<b>Código da Operação:</b> 92383279
<b>Data da Operação:</b> 28/05/2025	<b>Chave de Segurança:</b> ZU311VGQ92L7P37P

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> <small>20250528025422818000123</small>	Número da Nota <b>0000237</b>			
	Data e Hora de Emissão <b>28/05/2025 08:16:51</b> Código de Verificação <b>CRSK-WPBV</b>			
<b>PRESTADOR DE SERVIÇOS</b>				
CPF/CNPJ: <b>25.422.818/0001-23</b> Nome/Razão Social: <b>EDUARDO A. SEABRA SCHLITTLER SERVICOS MEDICOS LTDA - ME</b> Endereço: <b>R DOUTOR LAERTE SETUBAL 610, CONJ 1201 - VILA SUZANA - CEP: 05665-010</b> Município: <b>São Paulo</b>	Inscrição Municipal: <b>5.563.292-0</b> UF: <b>SP</b>			
<b>TOMADOR DE SERVIÇOS</b>				
Nome/Razão Social: <b>IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MOGI GUACU</b> CPF/CNPJ: <b>52.739.950/0001-36</b> Endereço: <b>Rua CHICO DE PAULA 608 - CENTRO - CEP: 13840-005</b> Município: <b>Mogi Guaçu</b>	Inscrição Municipal: <b>----</b> UF: <b>SP</b> E-mail: <b>----</b>			
<b>INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS</b>				
CPF/CNPJ: <b>----</b> Nome/Razão Social: <b>----</b>				
<b>DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS</b>				
Prestação de Serviços Médicos Esta nota será liquidada com recursos do CONVÊNIO 05/SS/2024				
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 40%;"> <p style="text-align: center;">PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUACU</p> <p style="text-align: center;">TERMO DE CONVÊNIO Nº <u>05/SS/2024</u></p> <p style="text-align: center;">FONTES DE RECURSO</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> MUNICIPAL R\$ _____ ( ) FMDCA R\$ _____</p> <p>( ) ESTADUAL R\$ _____ ( ) PRÓPRIOS R\$ _____</p> <p>( ) FEDERAL R\$ _____ ( ) OUTROS R\$ _____</p> </div> <div style="text-align: right; width: 50%;"> <p style="font-size: 24px; font-weight: bold;">CONFERE COM O ORIGINAL</p> <p style="font-size: 24px; font-weight: bold;">Assinatura</p> <p style="font-size: 24px; font-weight: bold;">ASSINATURA</p> </div> </div>				
<b>VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 8.800,00</b>				
INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)
Código do Serviço	<b>04030 - Medicina e biomedicina.</b>			
Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor da ISS (R\$)	Crédito (R\$)
0,00	8.800,00	2,00%	176,00	0,00
Município da Prestação do Serviço	Número Inscrição da Obra	Valor Aproximado dos Tributos / Fonte		
-	-	R\$ 1.183,60 (13,45%) / FONTE 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: 10/06/2025;				

FGTO PARCIAL

CONVÊNIO nº \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

VALOR PCTO: R\$ \_\_\_\_\_





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

Número da Nota - Série  
**00000000051 - E**

Autenticidade  
**DNPD-9LHI**

Data de Emissão  
**28/05/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** AMF FRANCO SERVICOS MEDICOS LTDA  
**CPF/CNPJ:** 53.521.173/0001-11 **IM:** 328707 **IE:** **Fone:** 19 3861-6772  
**Endereço:** RUA DOMINGOS SINICO,241,JD GUAÇU-MIRIM II - CEP : 13843320  
**Município:** Mogi Guaçu **UF:** SP **E-mail:** franco.aynaram@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**

Plantões de pediatria realizados na Santa Casa de Mogi Guacu  
Esta nota sera liquidada com recursos do CONVENIO 05/SS/2024

FAVOR DEPOSITAR **PGTO PARCIAL**  
BANCO SICREDI  
AG: 0718 **CONVENIO Nº** \_\_\_\_\_  
C/C: 54223-9 **MAIOR PGTO: R\$** \_\_\_\_\_  
CHAVE PIX: 53.521.173/0001

Valor Liquido R\$ 18.736,32

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

**CONFERE COM  
O ORIGINAL**

*Amemedeu*  
**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 <b>0,00</b>	Base de Cálculo (R\$) <b>19.200,00</b>	Aliquota (%) <b>2,4200%</b>	Vr do ISS (R\$) <b>464,64</b>
--------------------------------------	---	--------------------------------	----------------------------------

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 19.200,00**



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU**  
**SECRETARIA DA FAZENDA**

Nº da Nota - Serie  
**0000000051 - E**

Autenticidade  
**DNPD-9LHI**

**Carta Nº 21750 anexada em 2025-05-29 10:42:30**

Data de Emissão .....: **28/05/2025 08:23:42** Competência (Serv.): **05/2025**



**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** AMF FRANCO SERVICOS MEDICOS LTDA  
**CPF/CNPJ:** 53.521.173/0001-11 **IM:** 328707 **IE:** **Fone:** 19 3861-6772  
**Endereço:** RUA DOMINGOS SINICO,241,JD GUAÇU-MIRIM II - CEP : 13843320  
**Município:** Mogi Guaçu **UF:** SP **E-mail:** franco.aynaram@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

**DESCRIÇÃO**

VALOR LÍQUIDO R\$ 18.735,36

**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**

Endereço: Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu

CNPJ: 52.739.950/0001-36

Nome Pessoa Jurídica:

AMF FRANCO SERVICOS MEDICOS

Nome Pessoa Física:

Aynara Moraes Franco

CNPJ/CPF.:

53.521.173/0001-11

Especialidade:

Pediatra

Evento: PLANTÕES

Competência: 04/2025

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
Semana	6	12 horas	R\$ 1.700,00	R\$ 10.200,00
dias 03, 04, 10, 17, 18, 24				
Final de Semana	4	12 horas	R\$ 1.800,00	R\$ 7.200,00
dias 05, 13, 20, 27				
Final de Semana	2	06 horas	R\$ 900,00	R\$ 1.800,00
dias 12, 19				
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 19.200,00</b>

Romildo Fontantiello

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 / 00000054223-9
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	AMF FRANCO SERVICOS MEDICOS
<b>CPF/CNPJ:</b>	53.521.173/0001-11
<b>Valor:</b>	R\$ 18.735,36
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 12,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF51
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	29/05/2025
<b>Data / Hora da operação:</b>	29/05/2025 16:32:03

<b>Código da operação:</b>	39693457
<b>Chave de segurança:</b>	1YEP825NU92F36UV

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

Aiô CAIXA: 0800 104 0104

	MUNICÍPIO DE JUNDIAÍ UNIDADE DE GESTÃO DE GOVERNO E FINANÇAS NOTA FISCAL DE SERVIÇO ELETRÔNICA - NFS-e		NFS-e 249	
			Código de Verificação H6P7KN6TC	
			Emissão da NFS-e 03/04/2025 08:50	
RPS	Série RPS	Tipo RPS	NFS-e Substituída 248	

Prestador de Serviço			
CPF/CNPJ: 14.517.225/0001-24	Inscrição	100818	
Nome/Razão Social: CIA DOS PEDIATRAS SERVIÇOS MÉDICOS LTDA	Número:	160	
Endereço: PROFESSORA MARIA MARGARIDA MIRANDA DUARTE	Bairro:	JARDIM BONFIGLIOLI	
Complemento: CASA 14	País:	UF: SP	
CEP: 13207-345 Município: JUNDIAÍ	Telefone:	(17)3305-9030	
E-mail: gestor.societario@rissicontabilidade.com.br			

Tomador de Serviço			
CPF/CNPJ: 52.739.950/0001-36	Inscrição Municipal:	NIF:	
Nome/Razão Social: Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Mogi Guacu		Número: 608	
Endereço: Rua Chico de Paula		Bairro: Centro	
Complemento:		País: Brasil	
CEP: 13840-005 Município: MOGI GUACU	UF: SP	Telefone:	
E-mail:			

Atividade Econômica	
4.03.00 / 4.03.00 - Hospitais, Clínicas, Laboratórios, Sanatórios, Manicômios, Casas De Saúde, Prontos-Socorros, Ambulatórios, Consultórios E	

Discriminação do Serviço	
Prestação de serviços médicos referente aos plantões realizados em fevereiro/2025 na pediatria da Santa Casa de Mogi Guaçu/SP.	
DECLARO PARA FINS DE DISPENSA DE RETENÇÕES DE CONTRIBUIÇÕES PREVIDENCIÁRIAS DE QUE TRATA O ARTIGO 115, INCISO III, DA INSTRUÇÃO NORMATIVA RFB 2.110, DE 17/10/2022, QUE OS SERVIÇOS SÃO PRESTADOS POR PROFISSÃO REGULAMENTADA POR LEGISLAÇÃO FEDERAL, SENDO PRESTADO PESSOALMENTE PELOS SÓCIOS DA EMPRESA, SEM O CONCURSO DE EMPREGADOS OU DE OUTROS CONTRIBUINTE INDIVIDUAIS	
VALOR APROXIMADO DOS TRIBUTOS CONFORME LEI 12.741 (16,70%) FONTE: IBPT	

Tributos Federais (R\$)					Valor Aproximado dos Tributos (%)			
PIS	COFINS	INSS	IR	CSLL	Federal	Estadual	Municipal	Fonte
11,70	54,00	0,00	27,00	18,00	0,00%	0,00%	0,00%	

Identificação Prestação de Serviços			Detalhamento de Valores (R\$)	
Código da Obra			Valor do Serviço	1.800,00
Código A.R.T.			Desconto Incondicionado	0,00
Exigibilidade ISSQN		1-Exigível	Desconto Condicionado	0,00
Regime Especial de Tributação		0-Nenhum	Retenções Federais	110,70
Simples Nacional		( ) Sim (X) Não	Outras Retenções	0,00
Incentivador Fiscal			Deduções Previstas em Lei	0,00
Competência		03/2025	Base de Cálculo	1.800,00
Município Prestação		JUNDIAÍ - SP	Alíquota	2,00
Município Incidência		JUNDIAÍ - SP	ISSQN	36,00
ISSQN a Reter		( ) Sim (X) Não	Valor Líquido	1.689,30

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUACU TERMO DE CONVÊNIO N° 05/SS/2025 FONTES DE RECURSO		Outras Informações CONFERE COM O ORIGINAL Amanda
( ) MUNICIPAL R\$	( ) FMDCA R\$	
( ) ESTADUAL R\$	( ) PRÓPRIOS R\$	

A

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

REF.: CONFERÊNCIA DE DOCUMENTO FISCAL E COMUNICAÇÃO DE INCORREÇÕES

NOSSA NOTA FISCAL N° 249 SÉRIE NFS-e 03/04/2025

Em face do que determina a legislação fiscal vigente, vimos pela presente comunicar-lhe(s) que a NOTA FISCAL em referência contém a(s) irregularidade(s) que abaixo apontamos, cuja correção solicitamos seja providenciada imediatamente.

Código	Especificação
01	Razão Social
02	Endereço
03	Município
04	Estado
05	Nº Inscr. no CNPJ
06	Nº Inscr. Estadual
07	Natureza Operação
08	Cód. Fiscal Operação
09	Via Transporte
10	Data Emissão
11	Data Salda
12	Unidade (produto)

Código	Especificação
13	Quantidade (produto)
X 14	Descrição dos Serviços
15	Valor Unitário
16	Valor Total
17	Valor Total Produtos
18	Alíquota IPI
19	Valor IPI
20	Base Cálculo IPI
21	Valor Total Nota
22	Alíquota ICMS
23	Valor ICMS
24	Base de Cálculo ICMS

Código	Especificação
25	Nome Transportador
26	Endereço Transportador
27	Termo Isenção IPI
28	Termo Isenção ICMS
29	Peso-Bruto / Líquido
30	Vol./Marca/Num/Quant.
31	Rasuras
32	Valor Duplicata
33	Condição Pagamento
34	Vencimento
35	Desconto
36	Outros

Códigos com irregularidades	RETIFICAÇÕES A SEREM CONSIDERADAS
14	<p><b>PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS REFERENTE AOS PLANTÕES REALIZADOS EM FEVEREIRO/2025 NA PEDIATRIA DA SANTA CASA DE MOGI GUAÇU/SP</b></p> <p>ESTA NOTA SERÁ LIQUIDADADA COM OS RECURSOS DO CONVÊNIO 05/SS/2024</p> <p>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</p> <p>VALOR APROXIMADO DOS TRIBUTOS CONFORME LEI 12.741 (16,70%) FONTE: IBPT</p>

Sem outro motivo para o momento, subscrevemo-nos.

Atenciosamente,

JOSE  
EDUARDO  
RISSI:30736931  
813

Assinado de forma digital por JOSE EDUARDO RISSI:30736931813  
Dados: 2025.05.02 10:44:42 -03'00'

CIA DOS PEDIATRAS SERVIÇOS MÉDICOS LTDA  
CNPJ: 14.517.225/0001-24 - I.M: 100818  
FESSORA MARIA MARGARIDA MIRANDA DUARTE, 160 - CASA 14 / JARDIM BONFIG  
CEP: 13207-345 - JUNDIAÍ/SP



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

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 29/05/2025 às 08:16:32

**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 Recbedor**

<b>Conta Destino:</b> 033/3744/00013007045-8	<b>CPF/CNPJ:</b> 14.517.225/0001-24
<b>Tipo Conta:</b> 01 - Conta Corrente	<b>Tipo Pessoa:</b> Jurídica
<b>Nome:</b> CIA DOS PEDIATRAS SERVICOS MEDICOS	<b>Valor:</b> R\$ 1.689,30
<b>Finalidade:</b> 10 - Crédito em Conta	<b>Valor Tarifa:</b> R\$ 12,00
<b>Histórico:</b> NF249	

**Informações do Pagamento**

<b>Data do Débito:</b> 28/05/2025	<b>Código da Operação:</b> 90321491
<b>Data da Operação:</b> 28/05/2025	<b>Chave de Segurança:</b> LHUGP42W9H4ZT38P

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

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

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/06/2025 às 07:49:39

**Dados do Pagador**

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

**Dados do Recebedor**

<b>Conta Destino:</b> 033/0181/00001035580-6	<b>CPF/CNPJ:</b> 120.599.738-56
<b>Tipo Conta:</b> 01 - Conta Corrente	<b>Tipo Pessoa:</b> Física
<b>Nome:</b> CLINICA MEDICA CAPE	<b>Valor:</b> R\$ 1.308,24
<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> 30/05/2025	<b>Código da Operação:</b> 96783982
<b>Data da Operação:</b> 30/05/2025	<b>Chave de Segurança:</b> GYZLPW9WEMTH0Q1W

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  
**000000001200 - E**

Autenticidade  
**TTVN-NBI1**

Data de Emissão  
**21/05/2025**

**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 GUAÇU **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:** nfa@santacasamogiguacu.org.br

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

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

PGTO PARCIAL

CONVÊNIO Nº 05/SS / 2024

VALOR PGTO: R\$ 1308,24

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

**CONFERE COM  
O ORIGINAL**

*Assinatura*  
**ASSINATURA**

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU	
TERMO DE CONVÊNIO Nº <u>05/SS/2024</u>	
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\$)  
**4.800,00**

Alíquota (%)  
**3,0000%**

Vr do ISS (R\$)  
**144,00**

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





## 2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/06/2025 às 07:49:39

### 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\$ 5.856,24
<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> 30/05/2025	<b>Código da Operação:</b> 96783987
<b>Data da Operação:</b> 30/05/2025	<b>Chave de Segurança:</b> YAEP501WWTMSR8HQ

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  
**00000001094 - E**

Autenticidade  
**V1KO-IANS**

Data de Emissão  
**16/05/2025**

**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\$: 20.800,00 - Vir R\$ 312,00 - Base PIS/Cofins/CSLL R\$ 20.800,00 - PIS R\$ 135,20 - Cofins R\$ 624,00  
- CSLL R\$ 208,00 - Valor Aprox Tributos: 2980,64 (14,33%) - Fonte: IBPT

Valor Líquido R\$ 19.520,80

PGTO PARCIAL

Vencimento: 20/05/2025

CONVÊNIO nº 05/SS / 2024

Convênio 05/SS/2024 -

VALOR PGTO: R\$ 5856,04

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.

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

Ammanda

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

401 - Medicina e biomedicina.

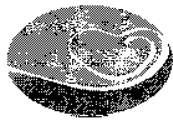
Deduções de Materiais  
0,00

Base de Cálculo (R\$)  
20.800,00

Alíquota (%)  
-

Vr do ISS (R\$)  
-

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 20.800,00**

**DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS**Entidade: **Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu**CNPJ: **52.739.950/0001-36**Nome Pessoa Jurídica: **SAO FRANCISCO AUDIOLOGIA SOCIEDADE SIMPLES**Nome Pessoa Física: **Jose Heitor Vallim Rua**CNPJ/CPF.: **01.706.690/0001-61**Especialidade: **Otorrinolaringologista**Convênio: **PLANTÕES**Competência: **04/2025**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
Semana/Final de semana dias 01 à 16 e 22 à 30	25	24 Horas	R\$ 800,00	R\$ 20.000,00
Semana/Final de semana dias 17 e 21	2	12 Horas	R\$ 400,00	R\$ 800,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 20.800,00</b>

Romildo Fontaniello  
Provedor



## 2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/06/2025 às 07:49:39

### 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\$ 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> 30/05/2025	<b>Código da Operação:</b> 96783984
<b>Data da Operação:</b> 30/05/2025	<b>Chave de Segurança:</b> WEK9MY4F5KGAKAAL

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  
**00000000280 - E**

Autenticidade  
**KQFX-P3DI**

Data de Emissão  
**16/05/2025**

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

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

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

SERVIÇO PRESTADO REF PLANTÕES  
- COMPETÊNCIA ABRIL/2025 - TERMO DE CONVÊNIO: NÚMERO: 05/SS/2024.  
SERVIÇO PRESTADO PELA DRº RENATO SARDINHA MANTOVANI – CRM 97169  
VALOR BRUTO: R\$ 24.000,00

RETENÇÕES  
IRRF = 1,5% = R\$ 360,00  
RETENÇÃO PIS/COFINS/CSLL - NOS TERMOS DA LEI 10.833/2003  
PIS = 0,65% = R\$ 156,00  
COFINS = 3% = R\$ 720,00  
CSLL = 1% = R\$ 240,00

VALOR LIQUIDO A RECEBER R\$ 22.524,00  
Serviço realizado em : MOGI GUAÇU

PGTO PARCIAL

CONVÊNIO nº 05/SS/2024

VALOR PGTO: R\$ 6757,00

CONFERE COM  
O ORIGINAL

*Amanda*

ASSINATURA

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU	
TERMO DE CONVÊNIO Nº <u>05/SS/2024</u>	
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\$)  
**24.000,00**

Aliquota (%)  
**-**

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

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





## 2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/06/2025 às 07:49:39

### 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> HEMOGLIANA SERVICOS MEDICOS SOCIEDADE SIM	<b>Valor:</b> R\$ 5.631,00
<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> 30/05/2025	<b>Código da Operação:</b> 96783985
<b>Data da Operação:</b> 30/05/2025	<b>Chave de Segurança:</b> 98V26T215A0RPC2M

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  
**000000002358 - E**

Autenticidade  
**P5F5-ZYPH**

Data de Emissão  
**16/05/2025**

**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,64,CENTRO - CEP : 13840062  
**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:** 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**

Valor referente serviços prestados Plantões 04/2025

Convênio numero 05/SS/2024

Dra. Carolina Urbini dos Santos CRM: 105767

Retenções:

IR R\$ 300,00 **PGTO PARCIAL**  
PIS R\$ 130,00  
Cofins R\$ 600,00 **CONVÊNIO nº 05/SS / 2024**  
CSSL R\$ 200,00 **VALOR PGTO: R\$ 5631,00**

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\$ _____

Líquido a Receber R\$ 18.770,00

**CONFERE COM  
O ORIGINAL**

*Assinatura*

**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**





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

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/06/2025 às 07:49:39

**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> 033/0181/00013006276-7	<b>CPF/CNPJ:</b> 50.234.595/0001-18
<b>Tipo Conta:</b> 01 - Conta Corrente	<b>Tipo Pessoa:</b> Jurídica
<b>Nome:</b> REBECCHI SERVICOS MEDICOS LTDA	<b>Valor:</b> R\$ 2.889,03
<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> 30/05/2025	<b>Código da Operação:</b> 96783986
<b>Data da Operação:</b> 30/05/2025	<b>Chave de Segurança:</b> 3K83X2AH3TJWSXNM

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  
**000000000104 - E**

Autenticidade  
**3GBZ-YKFH**

Data de Emissão  
**16/05/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

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

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

Referente serviços médicos prestados Plantões 04/2025  
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 Líquido a receber = R\$ 9.948,10

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 checked="" type="checkbox"/> FEDERAL R\$ _____	<input type="checkbox"/> 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)

PGTO PARCIAL

CONVÊNIO nº 05/SS / 2024  
VALOR PGTO: R\$ 2.889,03

**CONFERE COM  
O ORIGINAL**

*Amanda*  
**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.

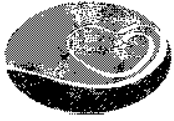
Deduções de Materiais  
0,00

Base de Cálculo (R\$)  
10.600,00

Alíquota (%)  
3,0000%

Vr do ISS (R\$)  
318,00

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

**DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS**Entidade: **Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu**CNPJ: **52.739.950/0001-36**Nome Pessoa Jurídica: **REBECCHI SERVICOS MEDICOS LTDA**Nome Pessoa Física: **Cassio Rebecchi**CNPJ/CPF.: **50.234.595/0001-18**Especialidade: **Ortopedista**Convênio: **PLANTÕES**Competência: **04/2025**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana</b> dia 04	1	24 Horas	R\$ 3.400,00	R\$ 3.400,00
<b>Final de semana</b> dias 05, 06	2	24 Horas	R\$ 3.600,00	R\$ 7.200,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				R\$ 10.600,00

Romildo Fontaniello  
Provedor

## 2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/06/2025 às 07:49:39

### 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 Receptor

<b>Conta Destino:</b> 033/3208/00013002306-4	<b>CPF/CNPJ:</b> 20.385.622/0001-92
<b>Tipo Conta:</b> 01 - Conta Corrente	<b>Tipo Pessoa:</b> Jurídica
<b>Nome:</b> TGG NEONATOLOGIA SERVICOS MEDICOS SOCIED	<b>Valor:</b> R\$ 2.627,71
<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> 30/05/2025	<b>Código da Operação:</b> 96783990
<b>Data da Operação:</b> 30/05/2025	<b>Chave de Segurança:</b> KXGTS8KLR2H2SF8K

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  
**00000003710 - E**

Autenticidade  
**PW5V-Y19Y**

Data de Emissão  
**16/05/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**



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

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

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

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

HONORÁRIOS MÉDICOS - LUIS FRANCISCO B GABRIOTTI

Base IRRF R\$: 9.333,00 - Vir R\$ 140,00 - Base PIS/Cofins/CSLL R\$ 9.333,00 - PIS R\$ 60,66 - Cofins R\$ 279,99 - CSLL R\$ 93,33 - Valor Aprox Tributos: 1057,42 (11,33%) - Fonte: IBPT

Valor Líquido R\$ 8.759,02

PGTO PARCIAL

Vencimento: 20/05/2025

CONVÊNIO nº 05/SS / 2024

Convênio 05/SS/2024 -

VALOR PGTO: R\$ 2627,71

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 CONTRIBUINTE INDIVIDUAIS. ISSQN ANUAL

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

Armanda  
 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\$) 9.333,00	Alíquota (%) 0,0000%	Vr do ISS (R\$) 0,00
-------------------------------	-----------------------------------	-------------------------	-------------------------

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 9.333,00**



### 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: 04/2025

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
Semana/Final de semana dias 08 à 20	13	24 Horas	R\$ 800,00	R\$ 10.400,00
			Ajuste 50%	
Conforme acordado entre os especialistas, pagar 50 % sobre valor total dos plantões, para os Drs. Bruno e Luis Francisco, fizemos o ajuste para o valor ficar igual				
<b>TOTAL A PAGAR</b>				R\$ 9.333,00

Romildo Fontaniello  
Provedor



## 2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/06/2025 às 07:49:39

### 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\$ 11.656,17
<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> 30/05/2025	<b>Código da Operação:</b> 96783992
<b>Data da Operação:</b> 30/05/2025	<b>Chave de Segurança:</b> SSSVQNVL0S59MKRL

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

Até 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  
**000000007197 - E**

Autenticidade  
**6DMD-P2B7**

Data de Emissão  
**16/05/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

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

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

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

SERVIÇO PRESTADO REF PLANTÕES  
 - COMPETÊNCIA ABRIL/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

PGTO PARCIAL

CONVÊNIO nº 05/SS/2024

Serviço realizado em : MOGI GUAÇU VALOR PGTO: R\$ 11656,17

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**

*Amanda*

**ASSINATURA**

Situação de Tributação  
 Tributada no Prestador

Processo executado por: 172.16.20.60

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

**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: **04/2025**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana (P1)</b>	5	24 Horas	R\$ 3.400,00	R\$ 17.000,00
dias 07, 11, 16, 24, 28				
<b>Final de semana (P1)</b>	1	24 Horas	R\$ 3.600,00	R\$ 3.600,00
dia 26				
<b>Semana (P2)</b>	4	24 Horas	R\$ 3.400,00	R\$ 13.600,00
dias 02, 03, 25, 30				
<b>Final de semana (P2)</b>	2	24 Horas	R\$ 3.600,00	R\$ 7.200,00
dias 20, 27				
<b>TOTAL A PAGAR</b>				R\$ 41.400,00

Romildo Fontaniello  
Provedor



## 2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/06/2025 às 07:49:39

### Dados do Pagador

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

### Dados do Recebedor

<b>Conta Destino:</b> 033/3208/00013002274-0	<b>CPF/CNPJ:</b> 19.715.759/0001-89
<b>Tipo Conta:</b> 01 - Conta Corrente	<b>Tipo Pessoa:</b> Jurídica
<b>Nome:</b> LACERDA & VEDOVATO - GINECOLOGIA E UROL	<b>Valor:</b> R\$ 3.481,93
<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> 30/05/2025	<b>Código da Operação:</b> 96783991
<b>Data da Operação:</b> 30/05/2025	<b>Chave de Segurança:</b> Y0254GEHF18ZRZCL

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  
**00000003251 - E**

Autenticidade  
**4IHY-O4QF**

Data de Emissão  
**17/05/2025**

**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 serviços médicos prestados Plantões em Urologia - 04/2025.

Convênio numero 05/SS/2024

Dr. Bruno Vedovato - CRMSP 135284

Bruto: 12367,00

IR: 185,50

CSLL, PIS, COFINS: 575,06

Líquido: 11606,44

PGTO PARCIAL

CONVÊNIO n.º 05/SS / 2024

VALOR PGTO: R\$ 3481,93

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

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

**CONFERE COM  
O ORIGINAL**

*Amanda*

**ASSINATURA**

Processo executado por: 172.16.20.60

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

Situação de Tributação  
Tributada no Prestador

Código do Serviço

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

Deduções de Materiais  
**0,00**

Base de Cálculo (R\$)  
**12.367,00**

Aliquota (%)  
**-**

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

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 12.367,00**

**DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS**



Entidade: Instituto de Medicina de Mis. Mogí Guaçu

NPJ: 52.739.950/0001-36

Nome Pessoa Jurídica:

LACERDA E VEDOVATO GINECOLOGIA E UROLOGIA SS LTDA

Nome Pessoa Física:

Bruno Cesar Vedovato

NPJ/CPF.:

19.715.759/0001-89

Especialidade:

Urologista

Convênio: PLANIOES

Competência: 04/2025

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, 03, 04, 05, 06, 07, 21, 22, 23				
<b>Semana/Final de semana</b>	1	08 Horas	R\$ 266,00	R\$ 266,00
dia 24				
<b>Semana/Final de semana</b>	3	12 Horas	R\$ 400,00	R\$ 1.200,00
dias 25, 26, 27 (Dra. Ana 12h e Dr. Leonardo 12h)	3	12 Horas	R\$ 400,00	R\$ 1.200,00
<b>Semana/Final de semana</b>	1	07 Horas	R\$ 234,00	R\$ 234,00
dia 30	1	12 Horas	R\$ 400,00	R\$ 400,00
Dra. Ana 7h / Dr. Leonardo 12h				
			Ajuste 50%	
Conforme acordado entre os especialistas, pagar 50 % sobre valor total dos plantões, para os Drs. Bruno Luis Francisco, fizemos o ajuste para o valor ficar igual				
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 12.367,00</b>

Romildo Fontaniello

Provedor

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

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/06/2025 às 07:49:39

**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\$ 1.914,54
<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> 30/05/2025	<b>Código da Operação:</b> 96793001
<b>Data da Operação:</b> 30/05/2025	<b>Chave de Segurança:</b> RQ6X43F0AT7F74QW

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  
**000000004590 - E**  
 Autenticidade  
**2HV2-YKS5**  
 Data de Emissão  
**16/05/2025**

**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

Base IRRF R\$: 6.800,00 - Vlr R\$ 102,00 - Base PIS/Cofins/CSLL R\$ 6.800,00 - PIS R\$ 44,20 - Cofins R\$ 204,00 - CSLL R\$ 68,00 - Valor Aprox Tributos: 770,44 (11,33%) - Fonte: IBPT

Valor Líquido R\$ 6.381,80

PGTO PARCIAL

Vencimento: 20/05/2025

CONVÊNIO n° 05/SS/2024

VALOR PGTO: R\$ 1914,54

Convênio 05/SS/2024 -

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

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

**CONFERE COM  
O ORIGINAL**

*Amanda*

**ASSINATURA**

Processo executado por: 172.16.20.80

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\$)  
6.800,00

Alíquota (%)  
-

Vr do ISS (R\$)  
-

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 6.800,00**



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

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/06/2025 às 07:49:39

**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> 033/3208/00013000567-3	<b>CPF/CNPJ:</b> 06.128.150/0001-61
<b>Tipo Conta:</b> 01 - Conta Corrente	<b>Tipo Pessoa:</b> Jurídica
<b>Nome:</b> UROCLINICAS SAO FRANCISCO S/S	<b>Valor:</b> R\$ 647,57
<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> 30/05/2025	<b>Código da Operação:</b> 96784000
<b>Data da Operação:</b> 30/05/2025	<b>Chave de Segurança:</b> L3UPJ14AGRFGK75S

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

A16 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  
**000000002543 - E**

Autenticidade  
**J6E3-GXP0**

Data de Emissão  
**16/05/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**



**Nome/Razão Social:** UROCLINICAS SAO FRANCISCO S/S  
**CPF/CNPJ:** 06.128.150/0001-61 **IM:** 177822 **IE:** **Fone:** 19 3851-8000  
**Endereço:** RUA JOSÉ RENATO MARTINI,240,DESMEMB. FURNO - CEP : 13845304  
**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 - ELZIO RAMOS MARIOTONI

Base IRRF R\$: 2.300,00 - Vlr R\$ 34,50 - Base PIS/Cofins/CSLL R\$ 2.300,00 - PIS R\$ 14,95 - Cofins R\$ 69,00 - CSLL R\$ 23,00 - Valor Aprox Tributos: 260,59 (11,33%) - Fonte: IBPT

Valor Líquido R\$ 2.158,55

Vencimento: 20/05/2025

Convênio 05/SS/2024 -

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

PGTO PARCIAL

CONVÊNIO n: 05/SS/2024

VALOR PGTO: R\$ 647,57

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

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

CONFERE COM  
O ORIGINAL ↓

Amanda  
SIGNATURA

Processo executado por: 172.16.20.60

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

Situação de Tributação  
Tributada no Prestador

Código do Serviço

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

Deduções de Materiais  
0,00

Base de Cálculo (R\$)  
2.300,00

Alíquota (%)  
-

Vr do ISS (R\$)  
-

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 2.300,00**



## DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

Entidade: Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu

CNPJ: 52.739.950/0001-36

Nome Pessoa Jurídica: UROCLINICAS SAO FRANCISCO SS

Nome Pessoa Física: Elzio Ramos Mariotoni

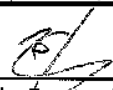
CNPJ/CPF.: 06.128.150/0001-61

Especialidade: Urologista

Convênio: PLANTOES

Competência: 04/2025

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
Semana/Final de semana dias 28, 29	2	24 Horas	R\$ 800,00	R\$ 1.600,00
Semana/Final de semana dia 24	1	16 Horas	R\$ 534,00	R\$ 534,00
Semana/Final de semana dia 30	1	05 Horas	R\$ 166,00	R\$ 166,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 2.300,00</b>

  
Romildo Foritaniello  
Provedor



## 2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/06/2025 às 07:49:39

### 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\$ 11.825,10
<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> 30/05/2025	<b>Código da Operação:</b> 96783993
<b>Data da Operação:</b> 30/05/2025	<b>Chave de Segurança:</b> CKMZ08S7QE8F2R78

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  
**000000007198 - E**

Autenticidade  
**TUAM-4NLY**

Data de Emissão  
**16/05/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

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

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS  
 SERVIÇO PRESTADO NÃO SUJEITO A RETENÇÃO DA SEGURIDADE SOCIAL, CONFORME ART. 31 LEI 8212/1991 – IN 971/2009 – SERVIÇOS ACIMA DESCRITOS FORAM PRESTADOS PESSOALMENTE PELO SÓCIO SEM O CONCURSO DE EMPREGADOS OU OUTROS CONTRIBUINTES INDIVIDUAIS  
 ISSQN – ANUAL  
 SERVIÇO PRESTADO REF PLANTÕES  
 - COMPETÊNCIA ABRIL/2025 - TERMO DE CONVÊNIO: NÚMERO: 05/SS/2024.  
 SERVIÇO PRESTADO PELA DRA CRISTIANE FRANCO FLORESI DE OLIVEIRA – CRM 94955  
 VALOR BRUTO: R\$ 42.000,00

RETENÇÕES  
 IRRF = 1,5% = R\$ 630,00  
 RETENÇÃO PIS/COFINS/CSLL - NOS TERMOS DA LEI 10.833/2003  
 PIS = 0,65% = R\$ 273,00  
 COFINS = 3% = R\$ 1.260,00  
 CSLL = 1% = R\$ 420,00  
 VALOR LIQUIDO A RECEBER R\$ 39.417,00 **PGTO PARCIAL**  
 DADOS BANCARIOS  
 BANCO: SANTANDER – 033 **CONVÊNIO nº 05/SS / 2024**  
 AGENCIA: 3208 **VALOR PGTO: R\$ 11825,10**  
 CONTA: 13.001487-7  
 Serviço realizado em : MOGI GUAÇU

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

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

**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>**

*Amadeu*  
 Situação de Tributação  
 Tributada no Prestador

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

Deduções de Materiais <b>0,00</b>	Base de Cálculo (R\$) <b>42.000,00</b>	Aliquota (%) <b>-</b>	Vr do ISS (R\$) <b>-</b>
--------------------------------------	---	--------------------------	-----------------------------

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 42.000,00**



## 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: **PLANTOES**

Competência: **04/2025**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana (P1)</b> dias 03, 10, 17, 22,	4	24 Horas	R\$ 3.400,00	R\$ 13.600,00
<b>Final de semana (P1)</b> dias 13, 20	2	24 Horas	R\$ 3.600,00	R\$ 7.200,00
<b>Semana (P2)</b> dias 08, 24	2	24 Horas	R\$ 3.400,00	R\$ 6.800,00
<b>Final de semana (P2)</b> dias 09, 12, 19, 21	4	24 Horas	R\$ 3.600,00	R\$ 14.400,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				R\$ 42.000,00

Romildo Fontaniello  
Provedor

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

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/06/2025 às 07:49:39

**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\$ 11.599,86
<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> 30/05/2025	<b>Código da Operação:</b> 96793003
<b>Data da Operação:</b> 30/05/2025	<b>Chave de Segurança:</b> NMXUAHR5SZANM3YM

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

**000000007199 - E**

Autenticidade

**A2XM-37TM**

Data de Emissão

**16/05/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

Nome/Razão Social: RCJC SERVICIO 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 ABRIL/2025 - TERMO DE CONVÊNIO: NÚMERO: 05/SS/2024.

SERVIÇO PRESTADO PELA DR JOÃO RICARDO FLORESI – CRM 104688

VALOR BRUTO: R\$ 41.200,00

RETENÇÕES

IRRF = 1,5% = R\$ 618,00

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

PIS = 0,65% = R\$ 267,80

COFINS = 3% = R\$ 1.236,00

CSLL = 1% = R\$ 412,00

VALOR LIQUIDO A RECEBER R\$ 38.666,20

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/2024  
FONTES DE RECURSO  
 MUNICIPAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) FMDCA R\$ \_\_\_\_\_  
 ESTADUAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) PRÓPRIOS R\$ \_\_\_\_\_  
 FEDERAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) OUTROS R\$ \_\_\_\_\_

PGTO PARCIAL

CONVÊNIO nº 05/SS 12024

VALOR PGTO: R\$ 11599,86

CONFERE COM  
O ORIGINAL

Amanda  
**ASSINATURA**  
Situação de Tributação:  
Tributada no Prestador

Processo executado por: 172.16.20.60

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

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\$)  
**41.200,00**

Alíquota (%)

-

Vr do ISS (R\$)

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 41.200,00**

**DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS**

Entidade: Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu

CNPJ: 52.739.950/0001-36

Nome Pessoa Jurídica: RCJC SERVICOS DE ANESTESIOLOGIA SS LTDA

Nome Pessoa Física: João Ricardo Flores

CNPJ/CPF.: 11.330.542/0001-49

Especialidade: Anestesiologista

Convênio: PLANTÕES

Competência: 04/2025

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana (P1)</b>	5	24 Horas	R\$ 3.400,00	R\$ 17.000,00
dias 01, 08, 15, 25, 29				
<b>Final de semana (P1)</b>	1	24 Horas	R\$ 3.600,00	R\$ 3.600,00
dia 27				
<b>Semana (P2)</b>	5	24 Horas	R\$ 3.400,00	R\$ 17.000,00
dias 04, 17, 22, 23, 28				
<b>Final de semana (P2)</b>	1	24 Horas	R\$ 3.600,00	R\$ 3.600,00
dia 18				
<b>TOTAL A PAGAR</b>				R\$ 41.200,00

  
Romildo Fontaniello  
Provedor



## 2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/06/2025 às 07:49:39

### 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\$ 1.308,24
<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> 30/05/2025	<b>Código da Operação:</b> 96793005
<b>Data da Operação:</b> 30/05/2025	<b>Chave de Segurança:</b> 88QLU962E4MRSUQJ

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  
**000000001541 - E**

Autenticidade  
**WY58-G0Z9**

Data de Emissão  
**16/05/2025**

**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 GUAÇU **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 Plantões 04/2025  
Convênio número 05/SS/2024

Dr. (a) Reynaldo Luis Lucon CRM: 85.434

IRRF 1,5% R\$ 72,00  
C.S.L.L 1% R\$ 48,00  
COFINS 3% R\$ 144,00  
PIS/PASEP 0,65% R\$ 31,20  
ISSQN 3% R\$ 144,00  
Valor Líquido: R\$ 4.360,80

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

PGTO PARCIAL  
CONVÊNIO n° 05/SS / 2024  
VALOR PGTO: R\$ 1308,24

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

**CONFERE COM  
O ORIGINAL**

*Amandas*  
**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\$ 144,00 - 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\$)  
**4.800,00**

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

Vr do ISS (R\$)  
**144,00**

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



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

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/06/2025 às 07:49:39

**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> Juridica
<b>Nome:</b> F. PINHEIRO DE LIMA S/S LTDA	<b>Valor:</b> R\$ 7.102,17
<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> 30/05/2025	<b>Código da Operação:</b> 96783996
<b>Data da Operação:</b> 30/05/2025	<b>Chave de Segurança:</b> 3XMLWULRF1EG5S77

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  
**00000000286 - E**

Autenticidade  
**RI03-1T4M**

Data de Emissão  
**16/05/2025**

**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 GUAÇU **UF:** SP **E-mail:** fredplima@gmail.com

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

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

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

Serviços Médicos Prestados.  
Liquidação efetuada pelo convênio numero: 05/SS/2024.  
Período: Abril de 2025

Valor Total Bruto: R\$ 24.400,00  
Retenções: ISSQN (R\$ 726,10)  
Valor Total Líquido: R\$ 23.673,90

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

PGTO PARCIAL

CONVÊNIO nº 05/SS / 2024

VALOR PGTO: R\$ 7102,17

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.

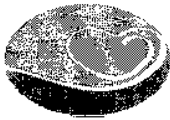
Processo executado por: 172.16.20.60  
**Consulte a autenticidade desta Nota Fiscal através do site: <http://www.mogiguacu.sp.gov.br>**

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	Base de Cálculo (R\$)	Aliquota (%)	Vr do ISS (R\$)
0,00	24.400,00	2,9758%	726,10

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 24.400,00**



## DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

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

CNPJ: **52.739.950/0001-36**

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

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

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

Especialidade: **Ortopedista**

Convênio: **PLANTÕES**

Competência: **04/2025**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana</b> dias 03, 10, 17, 24	4	24 Horas	R\$ 3.400,00	R\$ 13.600,00
<b>Final de semana</b> dias 13, 20	2	24 Horas	R\$ 3.600,00	R\$ 7.200,00
<b>Final de semana</b> dias 12, 19	2	12 Horas	R\$ 1.800,00	R\$ 3.600,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				R\$ 24.400,00

Romildo Fontaniello  
Provedor

## 2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/06/2025 às 07:49:39

### 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\$ 1.801,92
<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> 30/05/2025	<b>Código da Operação:</b> 96783997
<b>Data da Operação:</b> 30/05/2025	<b>Chave de Segurança:</b> NK6HJC8G9AEWG3S7

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  
**000000004733 - E**  
Autenticidade  
**H5N8-NQKI**  
Data de Emissão  
**16/05/2025**

**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\$: 6.400,00 - Vir R\$ 96,00 - Base PIS/Cofins/CSLL R\$ 6.400,00 - PIS R\$ 41,60 - Cofins R\$ 192,00 - CSLL R\$ 64,00 - Valor Aprox Tributos: 725,12 (11,33%) - Fonte: IBPT

Valor Líquido R\$ 6.006,40

PGTO PARCIAL

Vencimento: 20/05/2025

CONVÊNIO n° 05/SS / 2024  
VALOR PGTO: R\$ 1801,921

Convênio 05/SS/2024 -

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

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

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\$)  
6.400,00

Aliquota (%)  
-

Vr do ISS (R\$)  
-

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 6.400,00**

**DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS**



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

**NPJ: 52.739.950/0001-36**

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

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

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

**Especialidade: Endoscopista**

**Convênio: PLANTÕES**

**Competência: 04/2025**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana/Final de semana</b>	<b>9</b>	<b>24 Horas</b>	<b>R\$ 800,00</b>	<b>R\$ 7.200,00</b>
dias 01, 02, 03, 25				
26, 27, 28, 29, 30				
			Ajuste 50%	R\$ 800,00
Conforme acordado entre os especialistas, pagar 50 % sobre valor total dos plantões, para os Drs. João Conrado Wanderlei, fizemos o ajuste para o valor ficar igual				
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 6.400,00</b>

\_\_\_\_\_  
Romildo Fontaniello

Provedor

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

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/06/2025 às 07:49:39

**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\$ 2.365,02
<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> 30/05/2025	<b>Código da Operação:</b> 96793142
<b>Data da Operação:</b> 30/05/2025	<b>Chave de Segurança:</b> S29WM9AK2K820SS9

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

Até 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  
**00000004924 - E**

Autenticidade  
**UJC1-ZO56**

Data de Emissão  
**16/05/2025**

**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\$: 8.400,00 - Vlr R\$ 126,00 - Base PIS/Cofins/CSLL R\$ 8.400,00 - PIS R\$ 54,60 - Cofins R\$ 252,00 - CSLL R\$ 84,00 - Valor Aprox Tributos: 951,72 (11,33%) - Fonte: IBPT

Valor Líquido R\$ 7.883,40

Vencimento: 20/05/2025

Convênio 05/SS/2024 -

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

PGTO PARCIAL

CONVÊNIO nº 05/SS/2024  
 VALOR PGTO: R\$ 2.365,02

**CONFERE COM  
 O ORIGINAL**

*Amanda*  
**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\$)  
 8.400,00

Aliquota (%)

Vr do ISS (R\$)

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 8.400,00**



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

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/06/2025 às 07:49:39

**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\$ 4.730,04
<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> 30/05/2025	<b>Código da Operação:</b> 96793007
<b>Data da Operação:</b> 30/05/2025	<b>Chave de Segurança:</b> EP8GWESJLKPTSUAV

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  
**00000005045 - E**

Autenticidade  
**LPRR-FP1C**

Data de Emissão  
**16/05/2025**

**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\$: 16.800,00 - Vir R\$ 252,00 - Base PIS/Cofins/CSLL R\$ 16.800,00 - PIS R\$ 109,20 - Cofins R\$ 504,00  
- CSLL R\$ 168,00 - Valor Aprox Tributos: 1903,44 (11,33%) - Fonte: IBPT

Valor Líquido R\$ 15.766,80

Vencimento: 20/05/2025

Convênio 05/SS/2024 -

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

PGTO PARCIAL

CONVÊNIO nº 05/SS/2024  
VALOR PGTO: R\$ 4730,04

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

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

**CONFERE COM  
O ORIGINAL**

*Amender*

**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\$)  
**16.800,00**

Aliquota (%)  
**-**

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

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





## 2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/06/2025 às 07:49:39

### 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\$ 872,16
<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> 30/05/2025	<b>Código da Operação:</b> 96793045
<b>Data da Operação:</b> 30/05/2025	<b>Chave de Segurança:</b> L68R6C6R805RZYVT

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  
**00000001189 - E**  
Autenticidade  
**UB0T-Q6F4**  
Data de Emissão  
**16/05/2025**

**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 04/2025

DR. ANDRÉ BRUNHEROTO - CRM 169033/SP

PGTO PARCIAL

RETENÇÕES:

-CSRF 4,65% R\$ 148,80

-IRRF 1,50% R\$ 48,00

-ISSQN 3,00%

-INSS não sujeito a retenção

Contrato não sujeito a retenção a Seguridade Social conforme ARTIGO 31 da LEI 8.212/91, OS/INSS-209/99, IN/INSS-DC-100/03 E IN/MPS-SRP-03/2005.

Os serviços acima descritos foram prestados pessoalmente pelo(s) sócio(s) e sem o concurso de empregados ou outros contribuintes individuais.

Valor aproximado dos tributos: Federal 13,45% / Municipal 3,30%

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

CONVÊNIO nº 05/SS / 2024  
VALOR PGTO: R\$ 872,16

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

CONFERE COM  
O ORIGINAL

Amanda  
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

402 - Análises clínicas, patologia, eletricidade médica, radioterapia, quimioterapia, ultra-sonografia, ressonância magnética, radiologia, tomografia e congêneres.

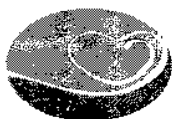
Deduções de Materiais  
0,00

Base de Cálculo (R\$)  
3.200,00

Alíquota (%)  
3,0000%

Vr do ISS (R\$)  
96,00

**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: **AB RADIOLOGIA E DIAGNOSTICOS POR IMAGEM EIRELI**

Nome Pessoa Física: **Andre Brunheroto**


CNPJ/CPF.: **33.877.632/0001-97**

Especialidade: **Radiologista**

Convênio: **PLANTÕES**

Competência: **04/2025**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana/Final de semana</b> dias 04, 11, 25	3	24 Horas	R\$ 800,00	R\$ 2.400,00
<b>Semana/Final de semana</b> dias 05, 06	2	12 Horas	R\$ 400,00	R\$ 800,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				R\$ 3.200,00

  
Romildo Fontaniello  
Provedor

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

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/06/2025 às 07:49:39

**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\$ 1.126,20
<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> 30/05/2025	<b>Código da Operação:</b> 96793006
<b>Data da Operação:</b> 30/05/2025	<b>Chave de Segurança:</b> UTTM6NHJ53660UYP

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

Aiô 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  
**000000048577 - E**  
Autenticidade  
**CAZO-19AK**  
Data de Emissão  
**16/05/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**



**Nome/Razão Social:** S. D. R. SERVICOS E DIAGNOSTICOS RADIOLOGICOS GUACUANO S/S  
**CPF/CNPJ:** 15.379.135/0001-87 **IM:** 247707 **IE:** **Fone:** 19 3851-8000  
**Endereço:** RUA INÁCIO FRANCO ALVES,561 SALA 18,PQ CIDADE NOVA - CEP : 13845420  
**Município:** Mogi Guaçu **UF:** SP **E-mail:** elia.bonfim@empmed.com.br

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

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

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

HONORÁRIOS MÉDICOS - FABIANO A. B. GODINHO

Base IRRF R\$: 4.000,00 - Vlr R\$ 60,00 - Base PIS/Cofins/CSLL R\$ 4.000,00 - PIS R\$ 26,00 - Cofins R\$ 120,00 - CSLL R\$ 40,00 - Valor Aprox Tributos: 453,20 (11,33%) - Fonte: IBPT

Valor Líquido R\$ 3.754,00

Vencimento: 20/05/2025

Convênio 05/SS/2024 -

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

PGTO PARCIAL

CONVÊNIO nº 05/SS / 2024

VALOR PGTO: R\$ 1126,20

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU  
TERMO DE CONVÊNIO Nº 05 15512024  
FONTES DE RECURSO  
 MUNICIPAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) FMDCA R\$ \_\_\_\_\_  
 ESTADUAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) PRÓPRIOS R\$ \_\_\_\_\_  
 FEDERAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) OUTROS R\$ \_\_\_\_\_

**CONFERE COM  
O ORIGINAL**

*Amundee*  
**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\$)  
**4.000,00**

Alíquota (%)  
**0,0000%**

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

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 4.000,00**





## 2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/06/2025 às 07:49:39

### 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> 033/3208/00013002780-0	<b>CPF/CNPJ:</b> 24.093.971/0001-91
<b>Tipo Conta:</b> 01 - Conta Corrente	<b>Tipo Pessoa:</b> Jurídica
<b>Nome:</b> LM SERVICOS MEDICOS S/S LTDA	<b>Valor:</b> R\$ 1.576,68
<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> 30/05/2025	<b>Código da Operação:</b> 96793008
<b>Data da Operação:</b> 30/05/2025	<b>Chave de Segurança:</b> UWEWQEHS7WFPQPPU

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  
**000000000887 - E**  
Autenticidade  
**RW14-23WE**  
Data de Emissão  
**16/05/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** LM SERVICOS MEDICOS S/S LTDA  
**CPF/CNPJ:** 24.093.971/0001-91 **IM:** 302988 **IE:** **Fone:** 19 99921-5217  
**Endereço:** RUA ACURCIO ALVES RAMOS,264 SALA 1,PARQUE CIDADE NOVA - CEP : 13845418  
**Município:** Mogi Guaçu **UF:** SP **E-mail:** lmservico@outlook.com

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MOGI GU  
**CPF/CNPJ:** 52.739.950/0001-36 **IM:** 10286 **IE:** 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**

NOTA REFERENTE SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS PLANTÕES 04/2025.

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

PGTO PARCIAL  
CONVÊNIO n° 05/SS 120004  
VALOR PGTO: R\$ 1576,68

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

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

CONFERE COM  
O ORIGINAL

*Amarade*

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\$)  
5.600,00

Alíquota (%)  
-

Vr do ISS (R\$)  
-

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 5.600,00**



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

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/06/2025 às 07:49:39

**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\$ 11.712,48
<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> 30/05/2025	<b>Código da Operação:</b> 96793015
<b>Data da Operação:</b> 30/05/2025	<b>Chave de Segurança:</b> Q5UEC1XV09JYGLW9



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> Serviço prestado em 16/05/2025 <small>20250516u17941198843</small>	Número da Nota <b>00002455</b> Data e Hora de Emissão <b>16/05/2025 15:56:55</b> Código de Verificação <b>16BI-W6XP</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> SERVIÇOS MEDICOS PRESTADOS PELO DR. BRUNO ANHESINI BENETTI - CRM 163166 Convênio numero 05/SS/2024 <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">                     PGTO PARCIAL                      CONVÊNIO nº <u>05/SS / 2024</u>                      VALOR PGTO: R\$ <u>117120,48</u> </div> <div style="margin-top: 20px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">                             PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUACU                              TERMO DE CONVÊNIO Nº <u>05/SS/2024</u>                              FONTES DE RECURSO                         </td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> MUNICIPAL R\$ _____</td> <td><input type="checkbox"/> FMDCA R\$ _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ESTADUAL R\$ _____</td> <td><input type="checkbox"/> PRÓPRIOS R\$ _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> FEDERAL R\$ _____</td> <td><input type="checkbox"/> OUTROS R\$ _____</td> </tr> </table> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">                             CONFERE COM                              O ORIGINAL                                  ASSINATURA                         </div> </div>		PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUACU TERMO DE CONVÊNIO Nº <u>05/SS/2024</u> 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\$ _____
PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUACU TERMO DE CONVÊNIO Nº <u>05/SS/2024</u> 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\$ _____								
<b>VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 41.600,00</b>									
INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)					
-	624,00	416,00	1.248,00	270,40					
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	41.600,00	2,00%	832,00	0,00					
Município da Prestação do Serviço		Número inscrição da Obra	Valor Aproximado dos Tributos / Fonte						
-		-	R\$ 3.298,88 (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: 10/06/2025; (3) Esta NFS-e substitui a NFS-e nº 2454;									



## 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: 04/2025

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana (P1)</b>	4	24 Horas	R\$ 3.400,00	R\$ 13.600,00
dias 02, 14, 23, 30				
<b>Final de semana (P1)</b>	2	24 Horas	R\$ 3.600,00	R\$ 7.200,00
dia 12, 18				
<b>Semana (P2)</b>	4	24 Horas	R\$ 3.400,00	R\$ 13.600,00
dias 01, 11, 14, 29				
<b>Final de semana (P2)</b>	2	24 Horas	R\$ 3.600,00	R\$ 7.200,00
dias 05, 13				
<b>TOTAL A PAGAR</b>				R\$ 41.600,00

Romildo Fontaniello

Provedor



## 2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/06/2025 às 07:49:39

### 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\$ 1.526,28
<b>Finalidade:</b> 10 - Crédito em Conta	<b>Valor Tarifa:</b> R\$ 12,00
<b>Histórico:</b>	

### Informações do Pagamento

<b>Data do Débito:</b> 30/05/2025	<b>Código da Operação:</b> 96793046
<b>Data da Operação:</b> 30/05/2025	<b>Chave de Segurança:</b> F60TRHE72UHFMWVJ

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  
**000000001245 - E**

Autenticidade  
**GBEG-MUB6**

Data de Emissão  
**16/05/2025**

**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\$ 168,00  
IR (1,5%): R\$ 84,00  
CSRF (4,65%) - R\$ 260,40

CONVÊNIO nº 05/SS/2024  
VALOR PGTO: R\$ 1526,28

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

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**

*Amenda*  
**ASSINATURA**

Processo executado por: 172.16.20,60

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

Situação de Tributação  
Tributado no Tomador

Código do Serviço  
401 - Medicina e biomedicina.

Deduções de Materiais  
0,00

Base de Cálculo (R\$)  
5.600,00

Alíquota (%)  
3,0000%

Vr do ISS (R\$)  
168,00

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 5.600,00**



### 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: 04/2025

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
Semana/Final de semana dias 01, 08, 09, 15, 22, 29	6	24 Horas	R\$ 800,00	R\$ 4.800,00
Semana/Final de semana dias 05, 06	2	12 Horas	R\$ 400,00	R\$ 800,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 5.600,00</b>

  
Romildo Fontaniello  
Provedor

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

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/06/2025 às 07:49:39

**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\$ 4.955,28
<b>Finalidade:</b> 10 - Crédito em Conta	<b>Valor Tarifa:</b> R\$ 12,00
<b>Histórico:</b>	

**Informações do Pagamento**

<b>Data do Débito:</b> 30/05/2025	<b>Código da Operação:</b> 96793047
<b>Data da Operação:</b> 30/05/2025	<b>Chave de Segurança:</b> YLQ8RT4XFF0KKZUZ

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

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

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492



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

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

Autenticidade  
**YBAP-OILB**

Data de Emissão  
**16/05/2025**

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

Base IRRF R\$: 17.600,00 - Vir R\$ 264,00 - Base PIS/Cofins/CSLL R\$ 17.600,00 - PIS R\$ 114,40 - Cofins R\$ 528,00  
- CSLL R\$ 176,00 - Valor Aprox Tributos: 2522,08 (14,33%) - Fonte: IBPT

Valor Líquido R\$ 16.517,60

PGTO PARCIAL

Vencimento: 20/05/2025

CONVÊNIO nº 05/SS/2024  
VALOR PGTO: R\$ 4955,08

Convênio 05/SS/2024 -

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

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**

*Amarela*

**ASSINATURA**

Situação de Tributação  
Tributada no Prestador

Processo executado por: 172.16.20.60

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

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\$)  
**17.600,00**

Alíquota (%)  
-

Vr do ISS (R\$)  
-

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 17.600,00**

**DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS**



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

NPJ: **52.739.950/0001-36**

Nome Pessoa Jurídica: **JOAO CONRADO SERVICOS MEDICOS-EIRELI**

Nome Pessoa Física: **João Conrado Bueno dos Reis**


NPJ/CPF.: **33.015.323/0001-08**

Especialidade: **Endoscopista**

Convênio: **PLANTÕES**

Competência: **04/2025**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana/Final de semana</b>	<b>7</b>	<b>24 Horas</b>	<b>R\$ 800,00</b>	<b>R\$ 5.600,00</b>
<b>dias 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17</b>				
			<b>Ajuste 50%</b>	<b>800,00</b>
<p>Conforme acordado entre os especialistas, pagar 50 % sobre valor total dos plantões, para os Drs. João Conrado Wanderlei, fizemos o ajuste para o valor ficar igual</p>				
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 6.400,00</b>

  
 Romildo Fentaniello  
 Provedor



## 2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/06/2025 às 07:49:39

### 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\$ 1.196,59
<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> 30/05/2025	<b>Código da Operação:</b> 96793048
<b>Data da Operação:</b> 30/05/2025	<b>Chave de Segurança:</b> 64JKRVNVFJK9723Q

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  
**000000002908 - E**

Autenticidade  
**P51E-CEJA**

Data de Emissão  
**16/05/2025**

**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 - Vir 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

PGTO PARCIAL

Vencimento: 20/05/2025

CONVÊNIO n° 05165 12024

VALOR PGTO: R\$ 1196,59

Convênio 05/SS/2024 -

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

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU  
 TERMO DE CONVÊNIO N° 05155/2024  
 FONTES DE RECURSO

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

CONFERE COM  
O ORIGINAL

*Amanda*  
 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.

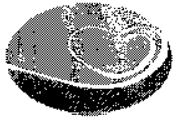
Deduções de Materiais  
0,00

Base de Cálculo (R\$)  
4.250,00

Alíquota (%)  
-

Vr do ISS (R\$)  
-

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



### DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

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

CNPJ: **52.739.950/0001-36**

Nome Pessoa Jurídica: **GODOI FILETI E BUENO SERVICOS MEDICOS SS EPP**

Nome Pessoa Física: **Luís Antonio Franco de Godoi**

CNPJ/CPF.: **06.182.358/0001-69**

Especialidade: **Pediatra/Neonatologista**

Convênio: **PLANTÕES**

Competência: **04/2025**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
Semana/Final de semana dias 11, 18	2	12 Horas	R\$ 1.700,00	R\$ 3.400,00
Semana/Final de semana dia 15	1	6 Horas	R\$ 850,00	R\$ 850,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 4.250,00</b>

Romildo Fontaniello  
Provedor

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

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/06/2025 às 07:49:39

**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> 748/0718/00000088446-2	<b>CPF/CNPJ:</b> 17.574.066/0001-98
<b>Tipo Conta:</b> 01 - Conta Corrente	<b>Tipo Pessoa:</b> Jurídica
<b>Nome:</b> NEURO GUACU SOCIEDADE SIMPLES	<b>Valor:</b> R\$ 2.702,88
<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> 30/05/2025	<b>Código da Operação:</b> 96793137
<b>Data da Operação:</b> 30/05/2025	<b>Chave de Segurança:</b> 0U8H5J7TV75KUGXS

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  
**000000006438 - E**  
Autenticidade  
**JK4R-UW3G**  
Data de Emissão  
**16/05/2025**

**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

**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. Plantões 04/2025.

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

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

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

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

PGTO PARCIAL

CONVÊNIO nº 05/SS/2024  
VALOR PGTO: R\$ 2700,88

O ORIGINAL

*Amadeu*

ASSINATURA

Situação de Tributação  
Tributada no Prestador

Processo executado por: 172.16.20.60

Consulte a autenticidade desta Nota Fiscal através do site: <http://www.mogiguacu.sp.gov.br>  
Valor aprox. dos tributos (Lei nº 12.741/2012):  
R\$ 1.087,68 - Aliq: 11,33%

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	9.600,00	-	-

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



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

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/06/2025 às 07:49:39

**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> 748/0718/00000088446-2	<b>CPF/CNPJ:</b> 17.574.066/0001-98
<b>Tipo Conta:</b> 01 - Conta Corrente	<b>Tipo Pessoa:</b> Jurídica
<b>Nome:</b> NEURO GUACU SOCIEDADE SIMPLES	<b>Valor:</b> R\$ 1.238,82
<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> 30/05/2025	<b>Código da Operação:</b> 96793139
<b>Data da Operação:</b> 30/05/2025	<b>Chave de Segurança:</b> 4NRYFKF6GR7368XT

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  
**00000006437 - E**

Autenticidade  
**F00Y-VG1W**

Data de Emissão  
**16/05/2025**

**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**

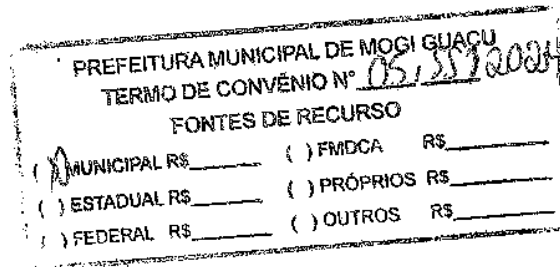
**Nome/Razão Social:** IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MOGI GU  
**CPF/CNPJ:** 52.739.950/0001-36 **IM:** 10286 **IE:** ISENTO **Fone:** 1938611313  
**Endereço:** RUA CHICO DE PAULA,608,CENTRO - CEP : 13840005  
**Município:** MOGI GUAÇU **UF:** SP **E-mail:** nfe@santacasamogiguacu.org.br

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

Honorários médicos prestados pelo DR. JOSE EUGENIO COLOMBO, CRM 80718. ESSA NOTA SERÁ LIQUIDADA NO TERMO DE CONVÊNIO N° 05/SS/2024. Plantões 04/2025.

Valor Bruto.....4.400,00  
 IR.....66,00  
 PIS.....28,60  
 COFINS.....132,00  
 CSLL.....44,00  
 Valor Líquido.....4.129,40

Conta para depósito  
 SICREDI  
 Agência 0718  
 Conta Corrente 88446-2



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

PGTO PARCIAL  
 CONVÊNIO n° 05/SS/2024  
 VALOR PGTO: R\$ 1238,80

CONFERE COM  
 O ORIGINAL

*Amendes*

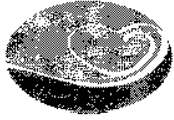
**ASSINATURA**  
 Situação de Tributação  
 Tributada no Prestador

Processo executado por: 172.16.20.60  
**Consulte a autenticidade desta Nota Fiscal através do site: <http://www.mogiguacu.sp.gov.br>**  
**Valor aprox. dos tributos (Lei nº 12.741/2012):**  
**R\$ 498,52 - Aliq: 11,33%**

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

Deduções de Materiais 0,00	Base de Cálculo (R\$) 4.400,00	Alíquota (%) -	Vr do ISS (R\$) -
-------------------------------	-----------------------------------	-------------------	----------------------

**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: NEURO GUACU SOCIEDADE SIMPLES

Nome Pessoa Física: Jose Eugenio Colombo

CNPJ/CPF.: 17.574.066/0001-98

Especialidade: Neurologista

Convênio: PLANTOES

Competência: 04/2025

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
Semana/Final de semana dias 22, 25, 26, 27, 29	5	24 Horas	R\$ 800,00	R\$ 4.000,00
Semana/Final de semana dias 23, 30	2	06 Horas	R\$ 200,00	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: 02/06/2025 às 07:49:39

**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> 033/3208/00013002147-1	<b>CPF/CNPJ:</b> 12.843.826/0001-00
<b>Tipo Conta:</b> 01 - Conta Corrente	<b>Tipo Pessoa:</b> Jurídica
<b>Nome:</b> RPM SERVICOS MEDICOS SOCIEDADE SIMPLES	<b>Valor:</b> R\$ 2.365,02
<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> 30/05/2025	<b>Código da Operação:</b> 96783995
<b>Data da Operação:</b> 30/05/2025	<b>Chave de Segurança:</b> 7RL9E618WZ11HQHH

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  
**00000009482 - E**

Autenticidade  
**RUR8-7Z37**

Data de Emissão  
**16/05/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**



**Nome/Razão Social:** RPM SERVICOS MEDICOS SOCIEDADE SIMPLES  
**CPF/CNPJ:** 12.843.826/0001-00 **IM:** 231541 **IE:** **Fone:** 19 3851-8000  
**Endereço:** RUA MANOEL DE PAULA,173,CAPELA - CEP : 13840085  
**Município:** Mogi Guaçu **UF:** SP **E-mail:** elia.bonfim@empmed.com.br

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

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

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

HONORÁRIOS MÉDICOS - RICARDO SUAREZ CASTEDO

Base IRRF R\$: 8.400,00 - Vir R\$ 126,00 - Base PIS/Cofins/CSLL R\$ 8.400,00 - PIS R\$ 54,60 - Cofins R\$ 252,00 - CSLL R\$ 84,00 - Valor Aprox Tributos: 951,72 (11,33%) - Fonte: IBPT

Valor Líquido R\$ 7.883,40

PGTO PARCIAL

Vencimento: 20/05/2025

CONVÊNIO Nº 05/SS/2024

VALOR PGTO: R\$ 2365,02

Convênio 05/SS/2024 -

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

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

*Amanda*

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\$)  
**8.400,00**

Alíquota (%)  
-

Vr do ISS (R\$)  
-

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 8.400,00**

**DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS**



Instituição: **Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu**  
 CNPJ: **52.739.950/0001-36**  
 Nome Pessoa Jurídica: **RPMI SERVICOS MEDICOS SOCIEDADE SIMPLES**  
 Nome Pessoa Física: **Ricardo Suarez Castedo**  
 CNPJ/CPF.: **12.843.826/0001-00**  
 Especialidade: **Vascular**

**Convênio: PLANTÕES**

**Competência: 04/2025**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
Semana/Final de semana dias 14 à 20	7	24 Horas	R\$ 800,00	R\$ 5.600,00
Semana/Final de semana dias 14 à 20	7	24 Horas	R\$ 400,00	R\$ 2.800,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 8.400,00</b>

Romilda Fontaniello  
 Provedor



## 2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/06/2025 às 07:49:39

### 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> 748/0718/00000088446-2	<b>CPF/CNPJ:</b> 17.574.066/0001-98
<b>Tipo Conta:</b> 01 - Conta Corrente	<b>Tipo Pessoa:</b> Jurídica
<b>Nome:</b> NEURO GUACU SOCIEDADE SIMPLES	<b>Valor:</b> R\$ 2.815,50
<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> 30/05/2025	<b>Código da Operação:</b> 96793140
<b>Data da Operação:</b> 30/05/2025	<b>Chave de Segurança:</b> JYTH51AQZZWN8H1L

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  
**000000006436 - E**

Autenticidade  
**YDIN-PC1Z**

Data de Emissão  
**16/05/2025**

**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

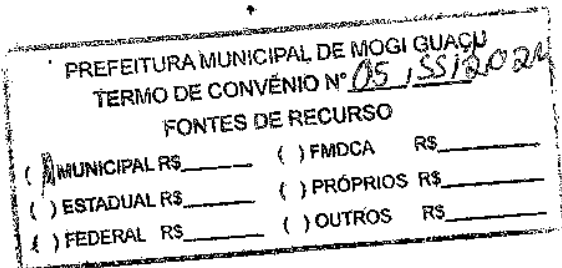
**TOMADOR DE SERVIÇOS**

**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. Plantões 04/2025.

Valor Bruto.....10.000,00  
 IR.....150,00  
 PIS.....65,00  
 COFINS.....300,00  
 CSLL.....100,00  
 Valor Líquido.....9.385,00



Conta para depósito  
 SICREDI  
 Agência 0718  
 Conta Corrente 88446-2

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

Serviço realizado em: MOGI GUAÇU  
 PGTO PARCIAL

CONVÊNIO nº 05/SS / 2024  
 VALOR PGTO: R\$ 2815,50

**CONFERE COM  
 O ORIGINAL**

Processo executado por: 172.16.20.60

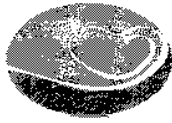
Consulte a autenticidade desta Nota Fiscal através do site: <http://www.mogiguacu.sp.gov.br>  
 Valor aprox. dos tributos (Lei nº 12.741/2012):  
 R\$ 1.133,00 - Aliq: 11,33%

**ASSINATURA**  
 de Tributaçã  
 Tributada no Prestador

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

Deduções de Materiais <b>0,00</b>	Base de Cálculo (R\$) <b>10.000,00</b>	Aliquota (%) <b>-</b>	Vr do ISS (R\$) <b>-</b>
--------------------------------------	---	--------------------------	-----------------------------

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 10.000,00**



## DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

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

CNPJ: **52.739.950/0001-36**

Nome Pessoa Jurídica: **NEURO GUACU SOCIEDADE SIMPLES**

Nome Pessoa Física: **Gleidson Campos Rodrigues**

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

Especialidade: **Neurologista**

Convênio: **PLANTÕES**

Competência: **04/2025**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana/Final de semana</b> dias 01, 02, 08, 09 15, 16, 18, 19, 20	9	24 Horas	R\$ 800,00	R\$ 7.200,00
<b>Semana/Final de semana</b> dias 23, 30	2	18 Horas	R\$ 600,00	R\$ 1.200,00
<b>Semana/Final de semana</b> dias 03, 10, 17, 24	4	12 Horas	R\$ 400,00	R\$ 1.600,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				R\$ 10.000,00

Romildo Fontaniello  
Provedor

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

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/06/2025 às 07:49:39

**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\$ 1.261,34
<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> 30/05/2025	<b>Código da Operação:</b> 96793141
<b>Data da Operação:</b> 30/05/2025	<b>Chave de Segurança:</b> 2S4NSYH0PH52MC4W

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  
**000000004925 - E**

Autenticidade  
**LUGB-E29Z**

Data de Emissão  
**16/05/2025**

**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:** 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 - MARCELO MITSUO FUNAI

Base IRRF R\$: 4.480,00 - Vir R\$ 67,20 - Base PIS/Cofins/CSLL R\$ 4.480,00 - PIS R\$ 29,12 - Cofins R\$ 134,40 - CSLL R\$ 44,80 - Valor Aprox Tributos: 507,58 (11,33%) - Fonte: IBPT

Valor Líquido R\$ 4.204,48

Vencimento: 20/05/2025

CONVÊNIO Nº 05/SS/2024

VALOR FGTO: R\$ 1061,34

Convênio 05/SS/2024 -

NÃO SUJEITO A RETENÇÃO A SEGURIDADE SOCIAL, CONFORME ART-31 DA LEI-8.212/91, 05/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/SS/2024  
 FONTES DE RECURSO

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

**CONFERE COM  
O ORIGINAL**

*Amorinde*

**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\$) 4.480,00	Aliquota (%) -	Vr do ISS (R\$) -
-------------------------------	-----------------------------------	-------------------	----------------------

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 4.480,00**

**DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS**



Entidade: Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu

NPJ: 52.739.950/0001-36

Nome Pessoa Jurídica: ATIVA IDADE SERVIÇOS MEDICOS

Nome Pessoa Física: Marcelo Mitsuo Funai

NPJ/CPF.: 09.590.354/0001-08

Especialidade: Torácico

Convênio: PLANTÕES

Competência: 04/2025

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
Semana/Final de semana	7	24 Horas	R\$ 800,00	
Dias 01, 08, 11, 12, 13, 22, 29				
Devido a falta de especialistas médicos torácicos na entidade, foi solicitado aos médicos cirurgiões para pror esta necessidade (1/4).			R\$ 4.480,00	
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 4.480,00</b>

Romiléo Fontaniello  
Provedor



## 2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/06/2025 às 07:49:39

### Dados do Pagador

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

### Dados do Recebedor

<b>Conta Destino:</b> 748/0718/00000054107-3	<b>CPF/CNPJ:</b> 53.111.978/0001-97
<b>Tipo Conta:</b> 01 - Conta Corrente	<b>Tipo Pessoa:</b> Jurídica
<b>Nome:</b> MOM MEDICAL LTDA	<b>Valor:</b> R\$ 2.415,00
<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> 30/05/2025	<b>Código da Operação:</b> 96793143
<b>Data da Operação:</b> 30/05/2025	<b>Chave de Segurança:</b> V5XCSN8GGH1TQF88

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



**Número da NFS-e**  
**96**  
**Código de Verificação de Autenticidade**  
**2GJLW3RJC**  
**Data e Hora de Emissão da NFS-e**  
**16/05/2025 às 17:11:01**  
**Chave de Acesso**  
 1435788G8UYJX1ZEAZZIF3LZ44WN0G0

**Informações Fiscais**

Exigibilidade do ISS Exigível	Número do Processo	Município de Incidência do ISS NOVA CANAA DO NORTE-MT	Local da Prestação MOGI GUACU - SP
Número do RPS	Série do RPS	Tipo do RPS	Data do RPS 16/05/2025
Optante Simples Nacional 1 - Sim	Incentivo Fiscal 2 - Não	Regime Especial Tributação Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP) 03 - Sobre Faturamento	Tipo ISS

Para certificação da autenticidade acesse <http://201.25.112.184:8661/nfsweb/>, menu consultas e informe os dados desta NFS-e.

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

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

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

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

**Discriminação dos Serviços**

Qtde.	Un. Medida	Descrição	Vir. Unitário	Total
1,00	UN	Serviços médicos prestados pelo DR. MATHEUS DE OLIVEIRA MUNHOES, referente serviços médicos prestados Plantões 04/2025. Convênio numero 05/SS/2024	8.050,00	R\$ 8.050,00

**CONFERE COM O ORIGINAL**

*Amador*  
**SIGNATURA**

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

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

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

LC 116/2003: 04.01	Alíquota	Atividade Município	Código CNAE	Código da Obra	Código ART
Medicina e biomedicina	2,00%	0000040000001			
Valor Total dos Serviços	Desconto Incondicionado	Deduções Base Cálculo	Base de Cálculo	Total do ISS	ISS Retido
R\$ 8.050,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 8.050,00	R\$ 161,00	2 - Não
					Desconto Condicionado
					R\$ 0,00

**Retenções de Impostos**

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

Valor Líquido da NFS-e: R\$ 8.050,00

Val. Aprox. Tributos:

**Informações Complementares**

**PGTO PARCIAL**  
**CONVÊNIO Nº 05/SS 1.200/24**  
**VALOR PGTO: R\$ 2015,00**

RECEBI(EMOS) DE **MOM MEDICAL LTDA** O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO **96** E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO **2GJLW3RJC**.

Data

CPF/RG

Assinatura



## DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

Entidade: Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu

CNPJ: 52.739.950/0001-36

Nome Pessoa Jurídica: MOM MEDICAL LTDA

Nome Pessoa Física: Matheus de Oliveira Munhoes

CNPJ/CPF.: 53.111.978/0001-97

Especialidade: Clínico

Convênio: PLANTÕES

Competência: 04/2024

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
Final de semana dias 06, 12, 19, 25	4	12 Horas	R\$ 1.800,00	R\$ 7.200,00
Semana dia 24	1	06 Horas	R\$ 850,00	R\$ 850,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 8.050,00</b>

Romildo Fontaniello  
Provedor



## 2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/06/2025 às 07:49:39

### 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> 260/0001/00059701205-1	<b>CPF/CNPJ:</b> 49.363.861/0001-23
<b>Tipo Conta:</b> 01 - Conta Corrente	<b>Tipo Pessoa:</b> Jurídica
<b>Nome:</b> BORDINHAO RADIOLOGIA SS LTDA	<b>Valor:</b> R\$ 1.744,32
<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> 30/05/2025	<b>Código da Operação:</b> 96793207
<b>Data da Operação:</b> 30/05/2025	<b>Chave de Segurança:</b> 3YPJ0YYZ3H05F6FE

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  
**000000000199 - E**

Autenticidade  
**HSFX-C83K**

Data de Emissão  
**16/05/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** BORDINHAO RADIOLOGIA S/S LTDA  
**CPF/CNPJ:** 49.363.861/0001-23 **IM:** 327135 **IE:** **Fone:** 17 3305-9030  
**Endereço:** RUA PRES. JOHN FRITZGERALD KENNEDY, 281, JD CENTENÁRIO - CEP : 13845232  
**Município:** Mogi Guaçu **UF:** SP **E-mail:** adrianobordinhao@yahoo.com.br

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

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

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS referente serviços prestados Plantões 04/2025  
Convênio numero 05/SS/2024

PIS (0,65%): R\$ 41,60  
COFINS (3%): R\$ 192,00  
CSLL (1%): R\$ 64,00  
IR (1,5): R\$ 96,00  
ISS (3%): R\$ 192,00  
VALOR LÍQUIDO: R\$ 5.814,40

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

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

PGTO PARCIAL

CONVÊNIO nº 05/SS / 2024

VALOR PGTO: R\$ 1744,32

*Amanda*

**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\$ 1.068,80 - Aliq: 16,70%

Situação de Tributação  
Tributado no Tomador

Código do Serviço

402 - Análises clínicas, patologia, eletricidade médica, radioterapia, quimioterapia, ultra-sonografia, ressonância magnética, radiologia, tomografia e congêneres.

Deduções de Materiais  
0,00

Base de Cálculo (R\$)  
6.400,00

Aliquota (%)  
3,0000%

Vr do ISS (R\$)  
192,00

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 6.400,00**





## 2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/06/2025 às 07:49:39

### 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\$ 1.013,58
<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> 30/05/2025	<b>Código da Operação:</b> 96793210
<b>Data da Operação:</b> 30/05/2025	<b>Chave de Segurança:</b> 5JJ6ES8V94NL583S


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> <small>20250516057173357000199</small>	Número da Nota	<b>00000041</b>		
	Data e Hora de Emissão	<b>16/05/2025 09:17:43</b>		
		Código de Verificação	<b>NGLA-PIYU</b>	
<b>PRESTADOR DE SERVIÇOS</b>				
CPF/CNPJ: <b>57.173.357/0001-99</b>	Inscrição Municipal: <b>1.491.306-2</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>	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>	Inscrição Municipal: <b>----</b>			
Endereço: <b>Rua R CHICO DE PAULA, 608 - CENTRO - CEP: 13940-005</b>				
Município: <b>Mogi Guaçu</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 MÉDICOS PRESTADOS REFERENTES AOS PLANTÕES DE ABRIL/2025 CONVÊNIO Nº 05/SS/2024				
DRA. RAISSA SARAIVA CARUSSO CRM 215707				
VALOR LÍQUIDO: R\$ 3.378,60				
<p style="margin: 0;">FOTO PARCIAL</p> <p style="margin: 0;">CONVÊNIO nº <u>05/SS 1.8004</u></p> <p style="margin: 0;">VALOR PGTO: R\$ <u>1013,58</u></p>				
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;"> <p style="margin: 0;">PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUACU</p> <p style="margin: 0;">TERMO DE CONVÊNIO Nº <u>05/SS/2024</u></p> <p style="margin: 0;">FONTES DE RECURSO</p> <p style="margin: 0;"><input checked="" type="checkbox"/> MUNICIPAL R\$ _____ ( ) FMDCA R\$ _____</p> <p style="margin: 0;"><input type="checkbox"/> ESTADUAL R\$ _____ ( ) PRÓPRIOS R\$ _____</p> <p style="margin: 0;"><input type="checkbox"/> FEDERAL R\$ _____ ( ) OUTROS R\$ _____</p> </div>		<p style="font-size: 2em; margin: 0;">CONFERE COM O ORIGINAL</p> <p style="font-size: 1.5em; margin: 0;"><i>Amanda</i></p> <p style="font-size: 1.2em; margin: 0;">ASSINATURA</p>		
<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: 10/06/2025;				

