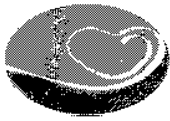


NFS-e - NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA			
<b>Nº: 2025/66</b>	<b>Emitida em:</b> 07/07/2025 às 07:21:37	<b>Competência:</b> 07/07/2025	<b>Código de Verificação:</b> 1a0585bb
<b>RENNUM CLINICA MEDICA LTDA</b> CPF/CNPJ: 18.449.924/0001-35 RUA CAPELINHA, 136, APT: 02;, Serra - Cep: 30220-300 Belo Horizonte Telefone:		<b>Inscrição Municipal: 0493229/001-1</b> MG 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 Telefone: Não Informado			
Mogi Guacu		SP	
Email: Não Informado		Email: Não Informado	
<b>Discriminação do(s) Serviço(s)</b>			
Serviços médicos prestados Planilhas 05/2025. Convênio numero 03/SS/2024.			
Tânia Andrade Paulo - CRMSP 168588 - CPF 012.285.326-80			
*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> 3106200 / Belo Horizonte		<b>Natureza da Operação:</b> Tributação no município	
<b>Regime Especial de Tributação: Sociedade de Profissionais</b>			
<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>	R\$ 2.252,40	(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: 3106200121844992400013525000000006625076930471923.			
 <b>Prefeitura de Belo Horizonte - Secretaria Municipal de Fazenda</b> Rua Espírito Santo, 605 - 3º andar - Centro - CEP: 30160-919 - Belo Horizonte MG. Dúvidas: SIGESP			 <b>BH NOTA 10</b>

CONFERE COM  
O ORIGINAL

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

*Assinatura*  
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: **05/2025**

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>	<b>R\$ 2.400,00</b>
dias 28, 30, 31				
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 2.400,00</b>

  
Romildo Fontaniello  
Provedor

## Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

### Detalhes do pagamento

**ID da transação:** E003603052025070718502ba4ffce3ba

**Descrição:** SUS - NF 66

**Situação:** EFETIVADO **Data e Hora:** 07/07/2025 às 15:57:08

**Valor:** R\$ 2.252,40

### Origem

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

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

**Instituição:** CAIXA ECONOMICA FEDERAL

### Destino

**Nome:** RENUM CLJNICA MEDICA LTDA

**CPF/CNPJ:** 18.449.924/0001-35

**Instituição:** CECM MEDICOS E PROFISSIONAIS AREA SAUDE DO BRASIL

**Código da operação:** 49340207524

**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  
**00000003055 - E**

Autenticidade  
**JIGW-1KB6**

Data de Emissão  
**16/07/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**



**Nome/Razão Social:** MUDENUTI E RODRIGUES SERVICOS MEDICOS S/S  
**CPF/CNPJ:** 15.131.463/0001-60 **IM:** 246328 **IE:** **Fone:** 19 3851-8000  
**Endereço:** RUA MARCOS VEDOVELLO,89,CHÁCARA SÃO JOÃO - CEP : 13840221  
**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 - MARCIA R. M. RODRIGUES

Base IRRF R\$: 24.000,00 - Vr R\$ 360,00 - Base PIS/Cofins/CSLL R\$ 24.000,00 - PIS R\$ 156,00 - Cofins R\$ 720,00  
- CSLL R\$ 240,00 - Valor Aprox Tributos: 2719,20 (11,33%) - Fonte: IBPT

Valor Líquido R\$ 22.524,00

Vencimento: 22/07/2025

Referente prestação de serviços UTI A/B - 06/2025  
Convênio 05/SS/2024 -

NÃO SUJEITO A RETENÇÃO A SEGURIDADE SOCIAL, CONFORME ART. 61 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\$ _____	( ) FUNDCA R\$ _____
( ) ESTADUAL R\$ _____	( ) PRÓPRIOS R\$ _____
( ) FEDERAL R\$ _____	( ) OUTROS R\$ _____

CONFERE COM  
O PC-QR ORIGINAL

*[Assinatura]*  
SECRETARIA

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\$)  
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: 17/07/2025 às 10:37:35

### 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> 748/0718/00000063407-8	<b>CPF/CNPJ:</b> 15.131.463/0001-60
<b>Tipo Conta:</b> 01 - Conta Corrente	<b>Tipo Pessoa:</b> Jurídica
<b>Nome:</b> MUDENUTI E RODRIGUES SERV. MEDICOS	<b>Valor:</b> R\$ 22.524,00
<b>Finalidade:</b> 10 - Crédito em Conta	<b>Valor Tarifa:</b> R\$ 12,00
<b>Histórico:</b> NF 3055	

### Informações do Pagamento

<b>Data do Débito:</b> 17/07/2025	<b>Código da Operação:</b> 66224572
<b>Data da Operação:</b> 17/07/2025	<b>Chave de Segurança:</b> R91XWA779LQJ4R59

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  
**000000000906 - E**  
Autenticidade  
**BTFX-TW56**  
Data de Emissão  
**16/07/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** ST - SERVIÇOS MEDICOS S/S LTDA  
**CPF/CNPJ:** 19.047.154/0001-67 **IM:** 268780 **IE:** **Fone:**  
**Endereço:** RUA ÁLVARO ANDRADE, 21, JARDIM ALMIRA - CEP: 13847054  
**Município:** Mogi Guaçu **UF:** SP **E-mail:** thyagomarconi@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 prestação de serviços UTI B - 06/2025

PGTO PARCIAL

Convênio 05/SS/2024

CONVÊNIO nº 05/SS/2024

Dr. Thyago Emilio Marconi CRM: 121615

VALOR PGTO: R\$ 3.270,60

Retenções:

IR R\$ 255,00  
PIS R\$ 110,50  
Cofins R\$ 510,00  
CSSL R\$ 170,00  
ISSQN R\$ 510,00

Liquido a Receber R\$ 15.444,50

CONFERE COM  
O ORIGINAL

ASSINATURA

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

Processo executado por: 172.16.20.60

Consulte a autenticidade desta Nota Fiscal através  
do site: <http://www.mogiguacu.sp.gov.br>  
Valor aprox. dos tributos (Lei nº 12.741/2012):  
R\$ 2.436,10 - 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	Base de Cálculo (R\$)	Aliquota (%)	Vr do ISS (R\$)
0,00	17.000,00	3,0000%	510,00

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 17.000,00**



### DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

Entidade: Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu

CNPJ: 52.739.950/0001-36

Nome Pessoa Jurídica:

ST SERVICOS MEDICOS SS LTDA

Nome Pessoa Física:

Thyago Emílio Marconi

CNPJ/CPF.:

19.047.154/0001-67


Especialidade:

Intensivista

Convênio: UFI - B

Competência: 06/2025

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
Semana	5	24 Horas	R\$ 3.400,00	R\$ 17.000,00
Dia 02, 09, 16, 23				
30				
Final de Semana		24 horas	R\$ 3.600,00	R\$ -
<b>TOTAL A PAGAR</b>			<b>R\$</b>	<b>17.000,00</b>

  
Romildo Fontanelli  
Provedor

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

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 17/07/2025 às 10:37:35

**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> 033/3208/00013002193-8	<b>CPF/CNPJ:</b> 19.047.154/0001-67
<b>Tipo Conta:</b> 01 - Conta Corrente	<b>Tipo Pessoa:</b> Jurídica
<b>Nome:</b> ST SERVICOS MEDICOS	<b>Valor:</b> R\$ 3.270,60
<b>Finalidade:</b> 10 - Crédito em Conta	<b>Valor Tarifa:</b> R\$ 12,00
<b>Histórico:</b> NF 905	

**Informações do Pagamento**

<b>Data do Débito:</b> 17/07/2025	<b>Código da Operação:</b> 66292901
<b>Data da Operação:</b> 17/07/2025	<b>Chave de Segurança:</b> 9456AH8HXH6SMHAY

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 MOGI MIRIM**  
**SECRETARIA DE FINANÇAS**

Nº da Nota - Serie  
**0000000400 - E**

Autenticidade  
**H0FK-F2K8**

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

Data de Emissão ..... **16/07/2025 13:55:47**  
Competência (Serv.): **07/2025**



**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

Razão Social.: **RAMOS & IEMINI SAUDE LTOA ME**  
Nome Fantasia: **RAMOS & IEMINI SAUDE LTDA ME.**  
CPF/CNPJ.....: **15.523.532/0001-80** IM: **26478** IE: Fone:**Não Informado**  
Endereço.....: **ALAMEDA RIO JARI,237 - CEP:13807803**  
Município.....: **Mogi Mirim** UF: **SP** Email: **dr\_fabioramos@yahoo.com.br**

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

Razão Social.: **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MOGI GUAÇU**  
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 MÉDICOS INTENSIVISTAS - UTI A - 06/2025  
DR. FÁBIO LUIZ RAMOS DA SILVA - CRM: 90093

CHAVE PIX: GNPJ 15.523.532/0001-80  
Convênio número 05/SS/2024

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

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

**CONFERE COM O ORIGINAL**  
CPC Nº 320/2015  
SITUAÇÃO DE TRIBUTAÇÃO  
**Não Tributada em Mogi Mirim - Retido**  
Tributada em Mogi Guaçu

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\$ 1.113,66 - Aliq: 16,14%**

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

I.N.S.S. (R\$)	I.RENDA (R\$)	PIS (R\$)	COFINS (R\$)	CSLL (R\$)	OUTRAS DEDUÇÕES (R\$)
0,00	103,50	44,85	207,00	69,00	0,00

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

VALOR TOTAL	DEDUÇÕES	BASE DE CALCULO	ALÍQUOTA	VALOR DO ISS	VALOR LÍQUIDO
6.900,00	0,00	6.900,00	3,0000%	207,00	6.268,65



### DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

Entidade: Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu

CNPJ: 52.739.950/0001-36

Nome Pessoa Jurídica:

RAMOS E IEMINI SAUDE LTDA ME

Nome Pessoa Física:

Fabio Luis Ramos da Silva

CNPJ/CPF: :

15.523.532/0001-80

Especialidade:

Intensivista

Convênio: UTI - A

Competência: 06/2025

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
Semana	3	12 Horas	R\$ 1.700,00	R\$ 5.100,00
Dia 05, 12, 26				
Final de Semana	1	12 Horas	R\$ 1.800,00	R\$ 1.800,00
Dia 19				
<b>TOTAL A PAGAR</b>			R\$	<b>6.900,00</b>

Romildo Fontanello

Provedor



## 2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 17/07/2025 às 10:37:35

### 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> 001/6652/00000007685-6	<b>CPF/CNPJ:</b> 15.523.532/0001-80
<b>Tipo Conta:</b> 01 - Conta Corrente	<b>Tipo Pessoa:</b> Jurídica
<b>Nome:</b> RAMOS E IEMINI	<b>Valor:</b> R\$ 6.268,65
<b>Finalidade:</b> 10 - Crédito em Conta	<b>Valor Tarifa:</b> R\$ 12,00
<b>Histórico:</b> NF 400	

### Informações do Pagamento

<b>Data do Débito:</b> 17/07/2025	<b>Código da Operação:</b> 66355642
<b>Data da Operação:</b> 17/07/2025	<b>Chave de Segurança:</b> LZEHTWLC1JJAEF4

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 MOGI MIRIM**  
**SECRETARIA DE FINANÇAS**

Nº da Nota - Serie  
**0000000276 - E**

Autenticidade  
**IH68-SBC7**

**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFSe**

Data de Emissão .....: **16/07/2025 13:53:33**  
Competência (Serv.): **07/2025**



**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

Razão Social.: **PRONTMED DO BRASIL ASSISTENCIA MEDICA LTDA**  
Nome Fantasia: **PRONTMED DO BRASIL ASSISTENCIA MEDICA LTDA**  
CPF/CNPJ.....: **06.145.252/0001-95** IM: **8289** IE: Fone:**19 3862-0560**  
Endereço.....: **RUA MAESTRO AZEVEDO,23 SALA 03 - CEP:13800200**  
Município.....: **Mogi Mirim** UF: **SP** Email: **re\_seksenian@hotmail.com**

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

Razão Social.: **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MOGI GUAÇU**  
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**

SERVIÇOS MÉDICO PRESTADOS NA UTI A - JUNHO/2025

DR. VALDIR SEKSENIAN - CRM/SP Nº 57.633

VALOR .....R\$ **8.500,00**

(-) IR-FONTE - 1,5%.....R\$ **127,50**

(-) ISSQN = 3% .....R\$ **255,00**

(-) CSLL/PIS/COFINS = 4,65%.....R\$ **395,25**

(=) Valor Líquido .....R\$ **7.722,25**

CONVÊNIO 05/SS/2024

Dispensa de retenção para Seguridade Social, conforme artigo 115, inciso III, parágrafo 3º - IN Nº 2.110/2022

Pix: 06.145.252/0001-95 PARA A MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU

TERMO DE CONVÊNIO Nº 05/69/2024

FONTES DE RECURSO

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

**CONFERE COM  
O ORIGINAL**

*[Assinatura]*  
**ASSINATURA**

Processo executado por: 172.16.20.60

Consulte a autenticidade desta Nota Fiscal através do site:  
[mogimirim.sigfss.com.br](http://mogimirim.sigfss.com.br)

Situação de Tributação

**Não Tributada em Mogi Mirim - Retido**

Tributada em Mogi Guaçu

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

I.N.S.S. (R\$)	I.RENDA (R\$)	PIS (R\$)	COFINS (R\$)	CSLL (R\$)	OUTRAS DEDUÇÕES (R\$)
<b>0,00</b>	<b>127,50</b>	<b>55,25</b>	<b>255,00</b>	<b>85,00</b>	<b>0,00</b>

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

VALOR TOTAL	DEDUÇÕES	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR DO ISS	VALOR LÍQUIDO
<b>8.500,00</b>	<b>0,00</b>	<b>8.500,00</b>	<b>3,0000%</b>	<b>255,00</b>	<b>7.722,25</b>



### DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

Entidade: Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu

CNPJ: 52.739.950/0001-36

Nome Pessoa Jurídica:

PRONTMED DO BRASIL ASSITENCIA MEDICA SS

Nome Pessoa Física:

Valdir Seksenian

CNPJ/CPF: :

06.145.252/0001-95


Especialidade:

Intensivista

Convênio: UTI - A

Competência: 06/2025

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
Semana	2	24 Horas	R\$ 3.400,00	R\$ 6.800,00
Dia 03, 06,				
Semana	1	12 Horas	R\$ 1.700,00	R\$ 1.700,00
Dia 05				
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 8.500,00</b>

  
Romildo Fontanello  
Provedor

17/07/2025

GERENCIADOR  
**CAIXA**



## Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

### Detalhes do pagamento

**ID da transação:** E0036030520250717122302c0d030c12  
**Situação:** EFETIVADA    **Data e Hora:** 17/07/2025 às 10:29:40  
**Valor Original:** R\$ 7.722,25    **Valor Atualizado:** R\$ 7.722,25    **Tarifa:** R\$ 8,50  
**Detalhes:** NF 276

### Origem

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

### Destino

**Nome:** PRONTMED DO BRASIL ASSISTENCIA MEDICA LTDA  
**CNPJ:** 06.145.252/0001-95  
**Instituição:** CC POUP E INV UNIÃO PARANÁ/SÃO PAULO  
**Chave Pix:** 06145252000195

**Código da operação:** 49791696719  
**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 LIMEIRA - SP  
SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA

NÚMERO DA NOTA  
00159  
DATA DA EMISSÃO  
16/07/2025 12:51:54  
CÓDIGO VERIFICAÇÃO  
57F8BC537

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA

SÉRIE: NFS      COMPETÊNCIA: 16/07/2025      LOCAL DO SERVIÇO: MOGI GUAÇU - SP      NFS SUBSTITUÍDA:      RPS:

PRESTADOR DO SERVIÇO



NOME/RAZÃO SOCIAL:  
WS BRANDAO SERVICOS MEDICOS LTDA  
NOME FANTASIA:  
WS BRANDAO SERVICOS MEDICOS  
ENDEREÇO:  
RUA ALONSO VALENTIM CARDOSO TAVARES, 70  
DESMEMBAMENTO OSCAR ANTONIO BREDA  
COMPLEMENTO:  
-ap. 44, torre 02 (venezia)

CPF/CNPJ:  
50.918.436/0001-32  
MUNICÍPIO:  
LIMEIRA - SP - BRASIL  
TELEFONE:  
(19) 3702-3734

INSC.MUNICIPAL:  
85716  
CEP:  
13480-460  
E-MAIL:  
contato@rossimed.com.br

SIMPLES NACIONAL  
( x ) SIM ( ) NÃO  
INSC.ESTADUAL:  
REGIME ESPECIAL:  
NENHUM  
SITE:

TOMADOR DO SERVIÇO

NOME/RAZÃO SOCIAL:  
IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MOGI GUAÇU  
ENDEREÇO:  
RUA CHICO DE PAULA, 608 - CENTRO  
COMPLEMENTO:

CPF/CNPJ:  
52.739.950/0001-36  
MUNICÍPIO:  
MOGI GUAÇU - SP  
TELEFONE:

CEP:  
13840-005  
E-MAIL:  
elionora@santacasamogiguacu.org.br

PAÍS:  
BRASIL

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

4.01 | Medicina e biomedicina.

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

REFERENTE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS UTI A ? 06/2025  
CONVÊNIO 05/55/2024

FIM

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

CONFERE COM  
O ORIGINAL

*[Assinatura]*  
ASSINATURA

DETALHAMENTO DE VALORES

IMPOSTOS FEDERAIS	DEDUÇÕES / DESCONTOS	VALOR DO SERVIÇO.....	R\$ 8.900,00
PIS..... R\$ 0,00	Alíquota do ISS ..... 3,43 %	Base de Cálculo.....	R\$ 8.900,00
COFINS..... R\$ 0,00	Desconto Incondicionado..... R\$ 0,00	Total Deduções/Descontos.....	R\$ 0,00
IR..... R\$ 0,00	Desconto Condicionado..... R\$ 0,00	Total de Imp. Federais.....	R\$ 0,00
INSS..... R\$ 0,00	Outras Retenções..... R\$ 0,00	Valor do ISS.....	R\$ 305,27
CSLL..... R\$ 0,00	Outras Deduções..... R\$ 0,00	<b>VALOR LÍQUIDO.....</b>	<b>R\$ 8.900,00</b>

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Trib aprox R\$: 67,25 Federal e 16,25 Municipal      Fonte: IBPT/empresometro.com.br      CAF/7DD

OUTRAS INFORMAÇÕES



- 1 - Responsável Tributário: ( X ) Prestador ( ) Tomador.
- 2 - O ISS desta Nota Fiscal é devido DENTRO do município de LIMEIRA - SP.
- 3 - Uma via desta Nota Fiscal foi enviada para o e-mail do Tomador do Serviço.
- 4 - A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site <https://www.limeira.sp.gov.br> com a utilização do Código de Verificação.

Desenvolvido por: II-BRASIL INTELIGÊNCIA E INFORMAÇÃO LTDA®



PREFEITURA MUNICIPAL DE LIMEIRA - SP  
Série | Número NFS-e  
NFS | 00159  
Data da Emissão  
16/07/2025 12:51:54  
Código de Verificação  
57F8BC537

Recebi a NFS-e emitida pelo prestador: WS BRANDAO SERVICOS MEDICOS LTDA

Identificação do recebedor

Data do recebimento



**DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS**

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

CNPJ: **52.739.950/0001-36**

Nome Pessoa Jurídica:

**WS BRANDAO SERVICOS MEDICOS LTDA**

Nome Pessoa Física:

**Windson da Silveira Brandão Filho**

CNPJ/CPF:

**50.918.436/0001-32**

Especialidade:

**Intensivista**

Convênio: **UTI - B**

Competência: **06/2025**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor:	Valor Total
Semana	2	24 horas	R\$ 3.400,00	R\$ 6.800,00
Dia 18, 25				
Semana		18 Horas	R\$ 2.550,00	R\$ -
Semana		01 Horas	R\$ 141,66	R\$ -
Semana	2	12 Horas	R\$ 1.700,00	R\$ 3.400,00
Dia 11, 26				
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 10.200,00</b>

Romildo Fontaniello

Provedor

17/07/2025

GERENCIADOR  
**CAIXA**



## Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

### Detalhes do pagamento

**ID da transação:** E00360305202507171224b25dfc24fa3  
**Situação:** EFETIVADA      **Data e Hora:** 17/07/2025 às 10:30:09  
**Valor Original:** R\$ 8.900,00      **Valor Atualizado:** R\$ 8.900,00      **Tarifa:** R\$ 8,50  
**Detalhes:** NF 159

### Origem

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

### Destino

**Nome:** WS BRANDAO SERVICOS MEDICOS LTDA  
**CNPJ:** 50.918.436/0001-32  
**Instituição:** BCO C6 S.A.  
**Chave Pix:** 50918436000132

**Código da operação:** 49791673382  
**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  
**00000000916 - E**

Autenticidade  
**CO97-IWO5**

Data de Emissão  
**17/07/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

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

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

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

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

Serviços médicos prestados pelo Dr. Eleandro M Spricigo, CRM 118781 - UTI A. Mês 06/2025  
Convenio 05/SS/2024

Valor Bruto..... 36.100,00  
IR..... 541,50  
Pis..... 234,65  
Cofins..... 1.083,00  
Csl..... 361,00  
Valor Líquido..... 33.879,85

Conta para depósito  
Banco CEF  
Agencia 4900

Conta corrente 00858-1

\* Não sujeitos à Seguridade Social, conforme Art. 31 da Lei 8.212/91, OS/INSS 209/99, IN/INSS- DC 100/03 e IN 971/09, Artigo 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

Serviço realizado em : RUA CHICO DE PAULA Nº 608 - Centro Mogi  
Guaçu SP CEP 13.840.001

RECONHECER COM  
O ORIGINAL

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

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\$)  
36.100,00

Alíquota (%)  
-

Vr do ISS (R\$)  
-

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 36.100,00**



**DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS**

Entidade: Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu

CNPJ: 52.739.950/0001-36

Nome Pessoa Jurídica:

SPRIGIGO MEDICOS ASSOCIADOS SS

Nome Pessoa Física:

Eleandro mendonça Spriglio

CNPJ/CPF: 08.665.669/0001-04

Especialidade:

Intensivista

Convênio: UTI - A

Competência: 06/2025

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
Semana	8	24 Horas	R\$ 3.400,00	R\$ 27.200,00
Dias 02, 04, 11, 16, 18, 23, 25, 30				
Final de Semana	2	24 horas	R\$ 3.600,00	R\$ 7.200,00
Dias 08, 28				
Semana	1	12 Horas	R\$ 1.700,00	R\$ 1.700,00
Dia 9				
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 36.100,00</b>

Romildo Fontaniello

Provedor

17/07/2025

GERENCIADOR  
**CAIXA**



## Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

### Detalhes do pagamento

**ID da transação:** E0036030520250717122700301c51c23

**Situação:** EFETIVADA      **Data e Hora:** 17/07/2025 às 10:30:36

**Valor Original:** R\$ 33.879,85      **Valor Atualizado:** R\$ 33.879,85      **Tarifa:** R\$ 8,50

**Detalhes:** 916

### Origem

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

**CNPJ:** 52.739.950/0001-36

**Instituição:** CAIXA ECONOMICA FEDERAL

### Destino

**Nome:** SPRICIGO MEDICOS ASSOCIADOS SS LTDA

**CNPJ:** 08.665.669/0001-04

**Instituição:** CAIXA ECONOMICA FEDERAL

**Chave Pix:** 447b8782-be88-44cc-8db1-384673e9d75f

**Código da operação:** 49791733656

**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)

<p><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</p>		Número da NFS-e <h2 style="text-align: center;">202500000000172</h2>
CNPJ / CPF 49.976.692/0001-05	Inscrição Estadual ****	Inscrição Municipal 541264
		<div style="width: 45%;">                 Data do Serviço  <h3 style="text-align: center;">16/07/2025</h3> </div> <div style="width: 45%;">                 Código Ve  <h3 style="text-align: center;">09353</h3> </div>

 <p><b>Prefeitura Municipal da Estância Hidromineral de Monte Alegre do Sul/SP</b>                  Fiscalização                  Fone: (19) 3899-9120 -  <a href="https://montealegredosul.govbr.cloud/NFSe.Portal">https://montealegredosul.govbr.cloud/NFSe.Portal</a></p>	Dt. de Emissão <h3 style="text-align: center;">16/07/2025</h3>	Exigibilidade ISS Exigível	Tributado no Muni Monte Alegre do Sul/
--	---	-------------------------------	---

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

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

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	VALOR TOTAL	ALIQ.	VALOR IMPOSTO	R
Serviços Prestados - UTI A - Dr. Marcelo Dos S Oliveira - CRM 240847  Dados para recebimento BANCO SICOOB AG: 3122 C.C: 853652-0	8.600,00	2,00	172,00	Não

Código do Serviço 04.01 - Medicina e biomedicina.		Código NBS *****					
CIDE 0,00	COFINS 258,00	COFINS Importação 0,00	ICMS 0,00	IOF 0,00	IPI 0,00	PIS/PASEP 55,90	PIS/PASEP Im 0,00
Base Cálculo ISSQN Próprio 8.600,00	Valor do ISSQN Próprio 172,00	Base Cálculo ISSQN Retido 0,00	Valor do ISSQN Retido 0,00	Valor Total do ISSQN 172,00	Valor Dedução/Descontos 0,00		

Informações Adicionais Lei 12741/2012: Mun: R\$279,50; Est: R\$0,00; Fed: R\$1156,70; Total Aprox: R\$1436,20. Fonte: FUNDOS DE RECURSO IR Retido: R\$129,00 Retenções: COFINS R\$ 258,00;PIS R\$ 55,90;CSLL R\$ 86,00;	TERMO DE CONVÊNIO Nº 05/ISS/2024 <input checked="" type="checkbox"/> MUNICIPAL R\$ _____ ( ) FMDCA R\$ _____ <input type="checkbox"/> ESTADUAL R\$ _____ ( ) PRÓPRIOS R\$ _____ <input type="checkbox"/> FEDERAL R\$ _____ ( ) OUTROS R\$ _____
--	--

Consulta realizada em 16/07/2025 às 13:16:37.

Para consultar a autenticidade acesse: <https://montealegredosul.govbr.cloud/NFSe.Portal>



2 0 2 5 0 0 0 0 0 0 0 0 1 7 2 0 9 3 5 3 9 6 4 1 4 9 9 7 6 6 9 2 0 0 0 1 0 5

Recebi(emos) de SANTOS OLIVEIRA CLINICA MEDICA LTDA  os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado.  ____/____/____ Data	Número da NFS-e 202500000000172  Competência 16/07/2025  NFS-e 09353964f	Número de Controle do Municí
_____ Identificação e assinatura do receptor		



### 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:

Intensivista

Convênio: UTL - A

Competência: 06/2025

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
Semana	1	24 horas	R\$ 3.400,00	R\$ 3.400,00
Dia 24				
Final de Semana		24 horas	R\$ 3.600,00	R\$ -
Semana	2	12 horas	R\$ 1.700,00	R\$ 3.400,00
Dia 12, 26				
Final de Semana	1	12 horas	R\$ 1.800,00	R\$ 1.800,00
Dia 19				
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 8.600,00</b>

  
Romildo Fontanello  
Provedor

17/07/2025

GERENCIADOR  
**CAIXA**



### Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

#### Detalhes do pagamento

**ID da transação:** E0036030520250717122531ce805ee85

**Situação:** EFETIVADA      **Data e Hora:** 17/07/2025 às 10:31:06

**Valor Original:** R\$ 8.071,10      **Valor Atualizado:** R\$ 8.071,10      **Tarifa:** R\$ 8,50

**Detalhes:** NF 172

#### Origem

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

**CNPJ:** 52.739.950/0001-36

**Instituição:** CAIXA ECONOMICA FEDERAL

#### Destino

**Nome:** SANTOS OLIVEIRA CLINICA MEDICA LTDA

**CNPJ:** 49.976.692/0001-05

**Instituição:** CC CREDINTER

**Chave Pix:** 49976692000105

**Código da operação:** 49791752925

**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 LIMEIRA - SP  
SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA

NÚMERO DA NOTA  
00160  
DATA DA EMISSÃO  
16/07/2025 12:53:06  
CÓDIGO VERIFICAÇÃO  
C7E7BC436

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA

SÉRIE: NFS      COMPETÊNCIA: 16/07/2025      LOCAL DO SERVIÇO: MOGI GUAÇU - SP      NFS SUBSTITUÍDA:      RPS:

PRESTADOR DO SERVIÇO

**NOME/RAZÃO SOCIAL:** WS BRANDAO SERVICOS MEDICOS LTDA  
**NOME FANTASIA:** WS BRANDAO SERVICOS MEDICOS  
**ENDEREÇO:** RUA ALONSO VALENTIM CARDOSO TAVARES, 70  
DESMEMBRAMENTO OSCAR ANTONIO BREA  
**COMPLEMENTO:** -ap. 44, torre 02 (vенеza)  
**CPF/CNPJ:** 50.918.436/0001-32  
**MUNICÍPIO:** LIMEIRA - SP - BRASIL  
**TELEFONE:** (19) 3702-3734  
**INSC. MUNICIPAL:** 85716  
**CEP:** 13480-460  
**E-MAIL:** contato@rossimed.com.br  
**SIMPLES NACIONAL:** ( x ) SIM ( ) NÃO  
**INSC. ESTADUAL:**  
**REGIME ESPECIAL:** NENHUM  
**SITE:**

TOMADOR DO SERVIÇO

**NOME/RAZÃO SOCIAL:** IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MOGI GUAÇU  
**ENDEREÇO:** RUA CHICO DE PAULA, 608 - CENTRO  
**COMPLEMENTO:**  
**CPF/CNPJ:** 52.739.950/0001-36  
**MUNICÍPIO:** MOGI GUAÇU - SP  
**TELEFONE:**  
**CEP:** 13840-005  
**E-MAIL:** elionora@santacasamogiguacu.org.br  
**PAÍS:** BRASIL

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

4.01 | Medicina e biomedicina.

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

REFERENTE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS UTI B - 06/2025  
CONVÊNIO 05/SS/2024

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

CONFERE COM O ORIGINAL  
  
ASSINATURA

DETALHAMENTO DE VALORES

IMPOSTOS FEDERAIS	DEDUÇÕES / DESCONTOS	VALOR DO SERVIÇO.....	R\$ 10.200,00
PIS..... R\$ 0,00	Alíquota do ISS ..... 3,43 %	Base de Cálculo.....	R\$ 10.200,00
COFINS..... R\$ 0,00	Desconto Incondicionado..... R\$ 0,00	Total Deduções/Descontos.....	R\$ 0,00
IR..... R\$ 0,00	Desconto Condicionado..... R\$ 0,00	Total de Imp. Federais.....	R\$ 0,00
INSS..... R\$ 0,00	Outras Retenções..... R\$ 0,00	Valor do ISS.....	R\$ 349,86
CSLL..... R\$ 0,00	Outras Deduções..... R\$ 0,00	<b>VALOR LÍQUIDO.....</b>	<b>R\$ 10.200,00</b>

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Trib aprox R\$: 67,25 Federal e 16,25 Municipal      Fonte: IBPT/empresometro.com.br      CAF7DD

OUTRAS INFORMAÇÕES



- 1 - Responsável Tributário: ( X )Prestador ( )Tomador.
- 2 - O ISS desta Nota Fiscal é devido DENTRO do município de LIMEIRA - SP.
- 3 - Uma via desta Nota Fiscal foi enviada para o e-mail do Tomador do Serviço.
- 4 - A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site <https://www.limeira.sp.gov.br> com a utilização do Código de Verificação.

Desenvolvido por: II-BRASIL INTELIGÊNCIA E INFORMAÇÃO LTDA®



PREFEITURA MUNICIPAL DE LIMEIRA - SP  
Série | Número NFS-e  
NFS | 00160  
Data da Emissão  
16/07/2025 12:53:06  
Código de Verificação  
C7E7BC436

Recebi a NFS-e emitida pelo prestador: **WS BRANDAO SERVICOS MEDICOS LTDA**

Identificação do receptor      Data do recebimento



**DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS**

Entidade: Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu

CNPJ: 52.739.950/0001-36

Nome Pessoa Jurídica:

WWS BRANDAO SERVICOS MEDICOS LTDA

Nome Pessoa Física:

Windson da Silveira Brandão Filho

CNPJ/CPF:

50.918.436/0001-32

Especialidade:

Intensivista

Convênio: LTI - A

Competência: 06/2025

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
Semana	1	12 Horas	R\$ 1.700,00	R\$ 1.700,00
Dia 09				
Final de Semana	2	24 horas	R\$ 3.600,00	R\$ 7.200,00
Dia 07, 21,				
<b>TOTAL A PAGAR</b>			R\$	<b>8.900,00</b>

Romildo Fontaniello  
Provedor

17/07/2025

GERENCIADOR  
**CAIXA**



### Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

#### Detalhes do pagamento

**ID da transação:** E00360305202507171235be5b45c02b7  
**Situação:** EFETIVADA    **Data e Hora:** 17/07/2025 às 10:31:30  
**Valor Original:** R\$ 10.200,00    **Valor Atualizado:** R\$ 10.200,00    **Tarifa:** R\$ 8,50  
**Detalhes:** NF 160

#### Origem

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

#### Destino

**Nome:** WS BRANDAO SERVICOS MEDICOS LTDA  
**CNPJ:** 50.918.436/0001-32  
**Instituição:** BCO C6 S.A.  
**Chave Pix:** 50918436000132

**Código da operação:** 49791773013  
**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  
**00000000915 - E**

Autenticidade  
**72CM-9SB3**

Data de Emissão  
**17/07/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

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

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

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

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

Serviços Médicos prestados pelo DR ELEANDRO M SPRICIGO, CRM 118.781.CONVÊNIO NUMERO 05/SS/2024.  
 UTI B mês 06/2025

Valor Bruto..... 5.200,00  
 IR..... 78,00  
 Pis..... 33,80  
 Cofins..... 156,00  
 Cstl..... 52,00  
 Valor Líquido..... 4.880,20

Conta para depósito  
 Banco CEF  
 Agência:4900

Conta Corrente:00858-1

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

Serviço realizado em : RUA CHICO DE PAULA Nº 608 - Centro Mogi Guaçu - SP CEP: 13.840.001

*RECIBO ORIGINAL*  
*Jaiyfe*

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

FONTES DE RECURSO

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

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

Situação de Tributação  
**Tributada no Prestador**

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

Deduções de Materiais 0,00	Base de Cálculo (R\$) 5.200,00	Alíquota (%) -	Vr do ISS (R\$) -
-------------------------------	-----------------------------------	-------------------	----------------------

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 5.200,00**



**DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS**

Entidade: Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu

CNPJ: 52.739.950/0001-36

Nome Pessoa Jurídica:

SPRIGIO MEDICOS ASSOCIADOS SS

Nome Pessoa Física:

Eleandro mendonça Spriglio

CNPJ/CPF.:

08.665.669/0001-04

Especialidade:

Intensivista

Convênio: UFI - B

Competência: 06/2025

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
Semana		24 Horas	R\$ 3.400,00	R\$ -
Semana	2	12 Horas	R\$ 1.700,00	R\$ 3.400,00
Dia 05, 26,				
Final de Semana	1	12 Horas	R\$ 1.800,00	R\$ 1.800,00
Dia 19				
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 5.200,00</b>

Romildo Fontaniello

Provedor

17/07/2025

GERENCIADOR  
**CAIXA**



### Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

#### Detalhes do pagamento

**ID da transação:** E003603052025071712368686f6627f3  
**Situação:** EFETIVADA      **Data e Hora:** 17/07/2025 às 10:31:50  
**Valor Original:** R\$ 4.880,20      **Valor Atualizado:** R\$ 4.880,20      **Tarifa:** R\$ 8,50  
**Detalhes:** NF 915

#### Origem

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

#### Destino

**Nome:** SPRICIGO MEDICOS ASSOCIADOS SS LTDA  
**CNPJ:** 08.665.669/0001-04  
**Instituição:** CAIXA ECONOMICA FEDERAL  
**Chave Pix:** 447b8782-be88-44cc-8db1-384673e9d75f

**Código da operação:** 49791789782  
**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

	<b>PREFEITURA MUNICIPAL DE AGUAI</b>				Número da NFS-e 125
	<b>SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS</b>				
<b>NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e</b>					
Data e Hora da Emissão:	16/07/2025 15:14:55	Competência:	Julho/2025	Código de Verificação:	H9X8V5FCY
Número do RPS / Lote:		N.º da NFS-e Substituída:		Local da Prestação:	Mogi Guaçu

**Dados do Prestador de Serviço**

Razão Social/Nome:	IGOR DANIEL ROCHA DE LIMA				
Nome Fantasia:					
CNPJ/CNP:	40.830.930/0001-97	Inscrição Municipal:	11381	Município:	Aguai - SP
Endereço:	R AMELIA SELBER MILANEZ, 398, PARQUE ECOLÓGICO CENTENÁRIO				
Cep:	13860-604	Telefone:		Email:	IGORDANIELMED@GMAIL.COM
Complemento:					

**Dados do Tomador de Serviço**

Razão Social/Nome:	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MOGI GUAÇU				
Nome Fantasia:					
CNPJ/CNP:	52.739.950/0001-36	Inscrição Municipal:		Município:	Mogi Guaçu - SP
Endereço:	Rua Chico de Paula, 608, Centro				
Cep:	13840-005	Telefone:		Email:	
Complemento:					

**Descrição dos Serviços**

Código	Descrição	Valor Unitário	Qtd	Valor do Serviço	Base de Cálculo (%)	ISS
04.01	SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS NA UTI II PELO DR IGOR CONVÊNIO 05/SS/2024 .	45.574,0000	1,0000	45.574,0000	45.574,00x2,17	988,96

**Código do serviço**

04.01 - Medicina e biomedicina.

TERMO DE CONVENIO Nº 05/ISS/2024

FONTES DE RECURSO

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

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

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

**Tributos Federais**

PIS/PASEP:	R\$ 0,00	COFINS:	R\$ 0,00	INSS:	R\$ 0,00	IR:	R\$ 0,00	CSLL:	R\$ 0,00	Outras retenções:	R\$ 0,00
------------	----------	---------	----------	-------	----------	-----	----------	-------	----------	-------------------	----------

**Forma de Pagamento**

Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)
1	À vista		45.574,00				
Valor dos Serviços R\$			45.574,00	Natureza Operacional			Valor dos Serviços R\$
(-) Desconto Condicionado			0,00	2 - Tributação fora do município			(+) Dedução Permitida em Lei
(-) Retenções Federais			0,00	Regime Especial de Tributação			(-) Desconto Condicionado
Outras Retenções			0,00	ME - Microempresa			
(-) ISS Retido / Substituído				Optante do Simples Nacional			
(-) Valor Líquido R\$			45.574,00	Sim			ISS
				Incentivo à Cultura			
				Não			

**Outras Informações**

Natureza da operação: Tributação fora do município  
 Situação tributária do ISSQN: Normal  
 Local da prestação do serviço: Mogi Guaçu

Esta NFS-e foi emitida com respaldo no Decreto 2.439/2011.  
 O ISS desta NFS-e é devido fora deste município.  
 Prestador de serviços optante pelo Simples Nacional. Aliquota do ISS 2.17%  
 Situação desta NFS-e: Normal  
 Documento emitido por ME ou EPP optante pelo simples Nacional.

Valor aproximado do tributo federal - R\$ 6.129,70 (13,45%), estadual - R\$ 0,00 (0,00%), municipal - R\$ 1.481,16 (3,25%), com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - Fonte: IRPT



Verificar autenticidade.

O ORIGINAL

*Assinatura*  
 ASSINATURA



**DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS**

Entidade: Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu

CNPJ: 52.739.950/0001-36

Nome Pessoa Jurídica:

IGOR DANIEL ROCHA DE LIMA

Nome Pessoa Física:

Igor Daniel Rocha de Lima

CNPJ/CPF:

40.830.930/0001-97

Especialidade:

Intensivista

Convênio: UTI - B

Competência: 06/2025

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
Final de Semana	9	24 horas	R\$ 3.600,00	R\$ 32.400,00
Dias 1, 07, 08, 14, 15 21, 22, 28, 29				
Semana	1	24 horas	R\$ 3.400,00	R\$ 3.400,00
Dia 27				
Semana	3	23 Horas	R\$ 3.258,00	R\$ 9.774,00
Dia 06, 13, 20				
Final de semana		23 Horas	R\$ 3.450,00	R\$ -
Semana		12 Horas	R\$ 1.700,00	R\$ -
TOTAL A PAGAR			R\$	R\$ 45.574,00

Romildo Fortantello  
Provedor

17/07/2025

GERENCIADOR  
**CAIXA**



### Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

#### Detalhes do pagamento

**ID da transação:** E00360305202507171237b18454843da  
**Situação:** EFETIVADA      **Data e Hora:** 17/07/2025 às 10:32:19  
**Valor Original:** R\$ 45.574,00      **Valor Atualizado:** R\$ 45.574,00      **Tarifa:** R\$ 8,50  
**Detalhes:** NF 125

#### Origem

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

#### Destino


**Nome:** IGOR DANIEL ROCHA DE LIMA  
**CNPJ:** 40.830.930/0001-97  
**Instituição:** BANCO INTER  
**Chave Pix:** 40830930000197


**Código da operação:** 49791763752  
**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 <h2 style="text-align: center;">20250000000171</h2>
<b>CNPJ / CPF</b> <b>Inscrição Estadual</b> <b>Inscrição Municipal</b> 49.976.692/0001-05      ****      541264	Data do Serviço <h2 style="text-align: center;">16/07/2025</h2>	Código Veri <h2 style="text-align: center;">39eaa7</h2>

 <b>Prefeitura Municipal da Estância Hidromineral de Monte Alegre do Sul/SP</b> Fiscalização Fone: (19) 3899-9120 - <a href="https://montealegredosul.govbr.cloud/NFSe.Portal">https://montealegredosul.govbr.cloud/NFSe.Portal</a>	Dt. de Emissão	Exigibilidade ISS	Tributado no Munic
	16/07/2025	Exigível	Monte Alegre do Sul/

Município de Prestação do Serviço		Monte Alegre do Sul/SP
Nome / Razão Social		PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU TERMO DE CONVÊNIO Nº 05/2024 FONTES DE RECURSO MUNICIPAL R\$ ( ) FMDCA R\$ ESTADUAL R\$ VERBICHO R\$
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MOGI GUACU		
Endereço		
CHICO DE PAULA, 608		
Cidade	UF	Fone
Mogi Guaçu	SP	(19) 3861-1313
Bairro	CEP	
CENTRO	13840-005	
CNPJ / CPF / NIF	Inscrição Municipal	Inscrição Estadual
52.739.950/0001-36		
E-mail	*****	

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

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	VALOR TOTAL	ALIQ.	VALOR IMPOSTO	R
Serviços Prestados - UTI B - Dr. Marcelo Dos S Oliveira - CRM 240847  Dados para recebimento BANCO SICOOB AG: 3122 C.C: 853652-0	1.700,00	2,00	34,00	Não

Código do Serviço		Código NBS	
04.01 - Medicina e biomedicina.		*****	
CIDE	COFINS	COFINS Importação	ICMS
0,00	51,00	0,00	0,00
Base Cálculo ISSQN Próprio	Valor do ISSQN Próprio	Base Cálculo ISSQN Retido	Valor do ISSQN Retido
1.700,00	34,00	0,00	0,00
Valor Total do ISSQN		Valor Total do ISSQN	
1.700,00		34,00	
Valor Total da NFS-e		Valor Total da NFS-e	
1.700,00		1.595,45	

Informações Adicionais

Lei 12741/2012: Mun: R\$55,25; Est: R\$0,00; Fed: R\$228,65; Total Aprox: R\$283,90. Fonte: IBPT.  
 IR Retido: R\$25,50  
 Retenções: COFINS R\$ 51,00; PIS R\$ 11,05; CSLL R\$ 17,00;

Consulta realizada em 16/07/2025 às 13:14:44.

Para consultar a autenticidade acesse: <https://montealegredosul.govbr.cloud/NFSe.Portal>



2025000000017139eaa7da749976692000105

Recebi(emos) de <b>SANTOS OLIVEIRA CLINICA MEDICA LTDA</b>  os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado.	Número da NFS-e 20250000000171  Competência 16/07/2025  NFS-e 39eaa7da7	Número de Controle do Muni
---	--	----------------------------



**DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS**

Entidade: Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guacu  
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: Intensivista

Convênio: UTI - B

Competência: 06/2025

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
Semana		06 Horas	R\$ 850,00	R\$ -
Semana	1	12 Horas	R\$ 1.700,00	R\$ 1.700,00
Dia 12				
<b>TOTAL A PAGAR</b>			R\$	R\$ 1.700,00

  
Romildo Fontaniello  
Provedor

17/07/2025

GERENCIADOR  
**CAIXA**



## Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

### Detalhes do pagamento

**ID da transação:** E00360305202507171238c01c2bc0126  
**Situação:** EFETIVADA    **Data e Hora:** 17/07/2025 às 10:32:38  
**Valor Original:** R\$ 1.595,45    **Valor Atualizado:** R\$ 1.595,45    **Tarifa:** R\$ 8,50  
**Detalhes:** NF 171

### Origem

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

### Destino

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

**Código da operação:** 49791815876  
**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  
**00000000905 - E**

Autenticidade  
**9BGM-R2WH**

Data de Emissão  
**16/07/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

Nome/Razão Social: ST - SERVIÇOS MEDICOS S/S LTDA  
CPF/CNPJ: 19.047.154/0001-67 IM: 268780 IE: Fone:  
Endereço: RUA ÁLVARO ANDRADE, 21, JARDIM ALMIRA - CEP: 13847054  
Município: Mogi Guaçu UF: SP E-mail: thyagomarconi@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**

Valor referente serviços médicos prestados UTI A - 06/2025.

Convênio 05/SS/2024

Dr. Thyago Emilio Marconi CRM: 121615

Retenções:

IR R\$ 54,00  
PIS R\$ 23,40  
Cofins R\$ 108,00  
CSSL R\$ 36,00  
ISSQN R\$ 108,00

Liquido a Receber R\$ 3.270,60

Impostos R\$ 515,88

PECOMISSÃO.COM  
O ORIGINAL  
*Thyago*

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

Processo executado por: 172.16.20.60

Consulte a autenticidade desta Nota Fiscal através  
do site: <http://www.mogiguacu.sp.gov.br>  
Valor aprox. dos tributos (Lei nº 12.741/2012):  
R\$ 515,88 - 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\$)  
3.600,00

Aliquota (%)  
3,0000%

Vr do ISS (R\$)  
108,00

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



## 2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 17/07/2025 às 10:37:35

### 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>CPE/CNPJ:</b> 52.739.950/0001-36
<b>Conta Origem:</b> 04281/1292.000577217219-7	

### Dados do Recebedor

<b>Conta Destino:</b> 033/3208/00013002193-8	<b>CPE/CNPJ:</b> 19.047.154/0001-67
<b>Tipo Conta:</b> 01 - Conta Corrente	<b>Tipo Pessoa:</b> Jurídica
<b>Nome:</b> ST SERVICOS MEDICOS	<b>Valor:</b> R\$ 15.444,50
<b>Finalidade:</b> 10 - Crédito em Conta	<b>Valor Tarifa:</b> R\$ 12,00
<b>Histórico:</b> NF 906	

### Informações do Pagamento

<b>Data do Débito:</b> 17/07/2025	<b>Código da Operação:</b> 69497798
<b>Data da Operação:</b> 17/07/2025	<b>Chave de Segurança:</b> QPCT5KS57L91ZH31

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 MOGI MIRIM**  
**SECRETARIA DE FINANÇAS**

Nº da Nota - Serie  
**000000401 - E**

Autenticidade  
**0FK3-G7LJ**

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

Data de Emissão .....: **16/07/2025 14:09:24**  
Competência (Serv.): **07/2025**



**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

Razão Social.: **RAMOS & IEMINI SAUDE LTDA ME**  
Nome Fantasia: **RAMOS & IEMINI SAUDE LTDA ME.**  
CPF/CNPJ.....: **15.523.532/0001-80** IM: **26478** IE: Fone: **Não Informado**  
Endereço.....: **ALAMEDA RIO JARI,237 - CEP:13807803**  
Município.....: **Mogi Mirim** UF: **SP** Email: **dr\_fabioramos@yahoo.com.br**

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

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

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

REFERENTE A SERVIÇOS MÉDICOS INTENSIVISTAS - UTI B - 08/2025  
DR. FÁBIO LUIZ RAMOS DA SILVA - CRM: 90093

CHAVE PIX: CNPJ 15.523.532/0001-80  
Convênio número 05/SS/2024

TERMO DE EMISSÃO: **05/08/2024**

**FONTES DE RECURSO**

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

**CONTÉM O ORIGINAL**  
CNPJ: 15.523.532/0001-80  
*[Handwritten signature]*

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\$ 2.195,04 - Aliq: 16,14%**

Situação de Tributação

**Não Tributada em Mogi Mirim - Retido**

Tributada em Mogi Guaçu

Código do Serviço

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

I.N.S.S. (R\$)	I.RENDA (R\$)	PIS (R\$)	COFINS (R\$)	CSLL (R\$)	OUTRAS DEDUÇÕES (R\$)
0,00	204,00	88,40	408,00	136,00	0,00

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

VALOR TOTAL	DEDUÇÕES	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR DO ISS	VALOR LÍQUIDO
13.600,00	0,00	13.600,00	3,0000%	408,00	12.355,60



**DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS**

Entidade: Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu

CNPJ: 52.739.950/0001-36

Nome Pessoa Jurídica:

RAMOS E IEMINI SAUDE LTDA ME

Nome Pessoa Física:

Fabio Luis Ramos da Silva

CNPJ/CPF:

15.523.532/0001-80


Especialidade:

Intensivista

Convênio: UTI - B

Competência: 06/2025

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
Semana	4	24 Horas	R\$ 3.400,00	R\$ 13.600,00
Dia 03, 10, 17, 24				
Semana		12 Horas	R\$ 1.700,00	R\$ -
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 13.600,00</b>

  
Romildo Fontanello  
Provedor

17/07/2025

GERENCIADOR  
**CAIXA**

Via Gerenciador CAIXA

**Detalhes da Transação**

**Número do Documento:** 171029

**Data:** 17/07/2025

**Valor:** R\$ 12.355,60

**Origem**

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

**Banco:** 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL - 00360305

**Agência:** 4281

**Conta:** 5772172197

**Destino**

**Nome:** RAMOS E IEMINI

**Banco:** 001 - BANCO DO BRASIL S/A - 00000000

**Agência:** 6652

**Conta:** 589047

**Informações Adicionais**

**Finalidade:** Credito em Conta

**Tipo TED:** STR0008

**Valor da Tarifa:** 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



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

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

Número da Nota - Série  
**000000000165 - 1**

Autenticidade  
**A94S-MXE4**

Data de Emissão  
**17/07/2025**

**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 FE  
Município: Itapira UF: SP E-mail: fiscal@escritoriojuvenal.com.br

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

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

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

Referente serviços médicos prestados UTI A - em junho de 2025, pelo Dr. Cesar de Magalhães Rocha Leonello.  
Convênio 03/SS/2025.

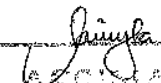
Valor: R\$7.200,00

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° 03/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\$ _____

CONFIRMAR COM  
O ORIGINAL

  
ASSINATURA

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

Processo executado por: 172.16.20.60

Consulte a autenticidade desta Nota Fiscal através  
do site: <http://www.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	7.200,00	3,610%	259,92	

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



**DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS**

Entidade: Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu

CNPJ: 52.739.950/0001-36

Nome Pessoa Jurídica:

MAGALHAES RL MEDICAL LTDA

Nome Pessoa Física:

Cesar De Magalhães R Leonello

CNPJ/CPF.:

50.317.987/0001-40


Especialidade:

Intensivista

Convênio: UTI - A

Competência: 06/2025

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
final de Semana	2	24 Horas	R\$ 3.600,00	R\$ 7.200,00
Dias 01, 15				
Semana		12 Horas	R\$ 1.700,00	-
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 7.200,00</b>

  
 Romildo Fontanello  
 Provedor

18/07/2025

GERENCIADOR  
**CAIXA**



### Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

#### Detalhes do pagamento

**ID da transação:** E003603052025071813225b23e02a94b

**Situação:** EFETIVADA      **Data e Hora:** 18/07/2025 às 14:35:00

**Valor Original:** R\$ 7.200,00      **Valor Atualizado:** R\$ 7.200,00      **Tarifa:** R\$ 8,50

**Detalhes:** NF 165

#### Origem

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

**CNPJ:** 52.739.950/0001-36

**Instituição:** CAIXA ECONOMICA FEDERAL

#### Destino

**Nome:** MAGALHAES RL MEDICAL LTDA

**CNPJ:** 50.317.987/0001-40

**Instituição:** BANCO DO BRASIL S.A.

**Chave Pix:** 50317987000140

**Código da operação:** 49850677284

**Chave de segurança:** 1F4NV0ENM517UJKA

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

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

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492



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

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

Número da Nota - Série  
**000000000166 - 1**

Autenticidade  
**M7SF-ZSW0**

Data de Emissão  
**17/07/2025**

**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 serviços médicos prestados UTI B - em junho de 2025, pelo Dr. Cesar de Magalhães Rocha Leonello.  
Convênio 03/SS/2025.

Valor: R\$7.324,98.

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 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\$ _____		

*Assinatura*  
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	7.324,98	3,610%	264,43

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 7.324,98**



**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 R Leonello

CNPJ/CPF:

50.317.987/0001-40

Especialidade:

Intensivista

Convênio: UTI - B

Competência: 06/2025

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor:	Valor Total
Semana	3	12 Horas	R\$ 1.700,00	R\$ 5.100,00
Dia 05, 11, 12,				
Semana	3	01 horas	R\$ 141,66	R\$ 424,98
Dia 06, 13, 20,				
Final de Semana	1	12 Horas	R\$ 1.800,00	R\$ 1.800,00
Dia 19				
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 7.324,98</b>

Romildo Fontaniello

Provedor

18/07/2025

GERENCIADOR  
**CAIXA**



## Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

### Detalhes do pagamento

**ID da transação:** E0036030520250718132260285c7d97d

**Situação:** EFETIVADA      **Data e Hora:** 18/07/2025 às 14:35:25

**Valor Original:** R\$ 7.324,98      **Valor Atualizado:** R\$ 7.324,98      **Tarifa:** R\$ 8,50

**Detalhes:** NF 166

### Origem

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

**CNPJ:** 52.739.950/0001-36

**Instituição:** CAIXA ECONOMICA FEDERAL

### Destino

**Nome:** MAGALHAES RL MEDICAL LTDA

**CNPJ:** 50.317.987/0001-40

**Instituição:** BANCO DO BRASIL S.A.

**Chave Pix:** 50317987000140

**Código da operação:** 49850686141

**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 POÇOS DE CALDAS

100001694/NF-e



## Nota Fiscal Eletrônica de Serviços

Número / Série: 100001694 NF-e Emissão: 18/07/2025 13:39:10 Incidência: Poços de Caldas (MG) ISS a reter: Não  
 Prest. do Serviço: 18/07/2025 Código de verificação: 1PTU.E5U2.E2MV.ONU6 Exigibilidade: Exigível RPS

### Prestador de Serviços

Nome/Razão Social: PRATES MIRANDA SOCIEDADE SIMPLES LTDA  
 CPF / CNPJ: 12.474.253/0001-86 Reg.: Faturamento  
 Endereço: R. PARAIBA, 49 SALA 403 - Bairro: CENTRO - Cep: 37701726  
 Telefone: 0000000000 Município: Poços de Caldas - MG País: Brasil  
 Insc. Mun.: 00031620 Cod. Mob.: 084414 Insc. Est.:  
 Email:  
 Nome Fant.: \*\*\*\*\*

### Tomador de Serviços

Nome/Razão Social: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MOGI GUAÇU  
 CPF / CNPJ: 52.739.950/0001-36 Reg.: Faturamento  
 Endereço: R. Chico de Paula - Bairro: Centro - Cep: 13840-005  
 Telefone: Município: Mogi Guaçu - SP País: Brasil  
 Insc. Mun.: Insc. Est.: 00000000000000  
 Email:

### Código do Serviço/Atividade

4.01 - MEDICINA E BIOMEDICINA ( 5,00 %)

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

### Discriminação dos Serviços

Descrição	Unitário	Qtd.	Total
SERVIÇOS MEDICOS PRESTADOS UTI - A (REF. 06.25) Convênio 05/SS/2024	R\$ 24.200,00	1,00	R\$ 24.200,00

### Tributos Federais

PIS	INSS	CSLL	IRRF	COFINS
157,30	0,00	242,00	363,00	726,00

### Detalhamento de Valores

Valor Total da Nota(R\$)	ISS(R\$)	Desconto Condicional(R\$)	Base de Cálculo(R\$)	Alíquota (%)
24.200,00	1.210,00	0,00	24.200,00	5,00 %
Outras Retenções(R\$)	Desconto Incondicional(R\$)	Valor Líquido:	R\$ 22.711,70	
0,00	0,00			

ESTA NOTA FISCAL NÃO ACOBERTA O TRANSITO DE MERCADORIAS. Gerado por: PRATES MIRANDA SOCIEDADE SIMPLES LTDA

Recebi(emos) de PRATES MIRANDA SOCIEDADE SIMPLES LTDA, os serviços constantes da nota fiscal nº 100001694, série ELETRONICA, conforme verificável pelo endereço eletrônico:

<http://www.nfe-cidades.com.br/documento/1PTU.E5U2.E2MV.ONU6>

Data: / /

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

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:

PRATES E MIRANDA SS LTDA

Nome Pessoa Física:

Mariana Missano Florido

CNPJ/CPF.:

12.474.253/0001-86

Especialidade:

Intensivista

Convênio: UTI - A

Competência: 06/2025

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana</b>	5	24 Horas	R\$ 3.400,00	R\$ 17.000,00
Dia 10, 13, 17, 20,				
<b>27</b>				
<b>Final de Semana</b>	2	24 horas	R\$ 3.600,00	R\$ 7.200,00
Dia 22, 29				
<b>TOTAL A PAGAR</b>			R\$	<b>24.200,00</b>

*(Signature)*  
Romildo Fontaniello  
Provedor

18/07/2025

GERENCIADOR  
**CAIXA**



## Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

### Detalhes do pagamento

**ID da transação:** E003603052025071819393a706d4c2ec  
**Situação:** EFETIVADA    **Data e Hora:** 18/07/2025 às 16:42:58  
**Valor Original:** R\$ 22.711,70    **Valor Atualizado:** R\$ 22.711,70    **Tarifa:** R\$ 8,50  
**Detalhes:** NF 100001694

### Origem

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

### Destino

**Nome:** PRATES MIRANDA SOCIEDADE SIMPLES LTDA  
**CNPJ:** 12.474.253/0001-86  
**Instituição:** ITAÚ UNIBANCO S.A.  
**Chave Pix:** 12474253000186

**Código da operação:** 49857707107  
**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 POÇOS DE CALDAS

100001695/NF-e



## Nota Fiscal Eletrônica de Serviços

Número / Série 100001695 NF-e Emissão 18/07/2025 16:56:37 Incidência Poços de Caldas (MG) ISS a reter Não  
 Prest. do Serviço 18/07/2025 Código de verificação 33IJ.J876.9B4I.JX3C Exigibilidade Exigível RPS

### Prestador de Serviços

Nome/Razão Social: PRATES MIRANDA SOCIEDADE SIMPLES LTDA  
 CPF / CNPJ: 12.474.253/0001-86 Reg.: Faturamento  
 Endereço: R. PARAIBA, 49 SALA 403 - Bairro: CENTRO - Cep: 37701726  
 Telefone: 0000000000 Município: Poços de Caldas - MG País: Brasil  
 Insc. Mun.: 00031620 Cod. Mob.: 084414 Insc. Est.:  
 Email:  
 Nome Fant.: \*\*\*\*\*

### Tomador de Serviços

Nome/Razão Social: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MOGI GUAÇU  
 CPF / CNPJ: 52.739.950/0001-36 Reg.: Faturamento  
 Endereço: R. Chico de Paufa - Bairro: Centro - Cep: 13840-005  
 Telefone: Município: Mogi Guaçu - SP País: Brasil  
 Insc. Mun.: Insc. Est.: 00000000000000  
 Email:

### Código do Serviço/Atividade

4.01 - MEDICINA E BIOMEDICINA ( 5,00 %)

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

### Discriminação dos Serviços

Descrição	Unitário	Qtd.	Total
SERVIÇOS MEDICOS PRESTADOS UTI - B (REF. 06.25) CONVENIO 05/SS/2024	R\$ 3.400,00	1,00	R\$ 3.400,00

### Tributos Federais

PIS	INSS	CSLL	IRRF	COFINS
22,10	0,00	34,00	51,00	102,00

### Detalhamento de Valores

Valor Total da Nota(R\$)	ISS(R\$)	Desconto Condicional(R\$)	Base de Cálculo(R\$)	Alíquota (%)
3.400,00	170,00	0,00	3.400,00	5,00 %
Outras Retenções(R\$)	Desconto Incondicional(R\$)	Valor Líquido:	R\$ 3.190,90	
0,00	0,00			

ESTA NOTA FISCAL NÃO ACOBERTA O TRANSITO DE MERCADORIAS. Gerado por: PRATES MIRANDA SOCIEDADE SIMPLES LTDA

Recebi(emos) de PRATES MIRANDA SOCIEDADE SIMPLES LTDA, os serviços constantes da nota fiscal nº 100001695, série ELETRONICA, conforme verificável pelo endereço eletrônico:

<http://www.nfe-cidades.com.br/documento/33IJ.J876.9B4I.JX3C>


Data: / /

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

CONFERE COM  
O ORIGINAL

  
ASSINATURA



**DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MEDICOS**

Entidade: Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu

CNPJ: 52.739.950/0001-36

Nome Pessoa Jurídica:

PRATES E MIRANDA SS LTDA

Nome Pessoa Física:

Mariana Missano Florido

CNPJ/CPF:

12.474.253/0001-86

Especialidade:

Intensivista

Convênio: UTI - B

Competência: 06/2025

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
Semana	1	24 Horas	R\$ 3.400,00	R\$ 3.400,00
Dia 04				
Final de Semana		24 horas	R\$ 3.600,00	R\$ -
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 3.400,00</b>

*[Handwritten signature]*

Romildo Fontanelli  
Provedor

## Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

### Detalhes do pagamento

**ID da transação:** E003603052025072118089eade2640aa

**Situação:** EFETIVADO **Data e Hora:** 21/07/2025 às 15:15:51

**Valor:** R\$ 3.190,90

### Origem

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

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

**Instituição:** CAIXA ECONOMICA FEDERAL

### Destino

**Nome:** MARIANA MISSANO FLORIDO

**CPF/CNPJ:** \*\*\*248078\*\*

**Instituição:** BANCO DO BRASIL S.A.

**Código da operação:** 49979477375

**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  
**000000207 - E**

Autenticidade  
**7KU2-GVQH**

**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFSe**

Data de Emissão ....: **21/07/2025 07:53:52**  
Competência (Serv.): **07/2025**



**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

Razão Social.: **CRISTINO E CORTES SERVICOS MEDICOS LTDA**  
Nome Fantasia:  
CPF/CNPJ.....: **37.542.325/0001-06** IM: **40079** IE: Fone:(24) **9249-2304**  
Endereço.....: **RUA JOSÉ LOVO,170 SALA 01 - CEP:13808016**  
Município.....: **Mogi Mirim** UF: **SP** Email: **corte.pedro@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,808 - CEP : 13840005, CENTRO**  
Município.....: **Mogi Guaçu** UF: **SP**  
Email.....: **santacasamogiguacu@dginet.com.br**

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

Referente serviços prestados - Plantões - Ambulatório - 06/2025  
Convênio 05/SS/2024  
Dr. Pedro Cristino Cortes  
Dados Bancários:  
Agencia 0718  
Conta 15252-1  
Processo

**CONFERE COM  
O ORIGINAL**

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

**PGTO PARCIAL**

CONVÊNIO Nº 05/SS/2024

VALOR PGTO: R\$ 2.440,10

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	78,00	33,80	156,00	52,00	0,00

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

VALOR TOTAL	DEDUÇÕES	BASE DE CALCULO	ALÍQUOTA	VALOR DO ISS	VALOR LÍQUIDO
5.200,00	0,00	5.200,00	3,0000%	156,00	4.880,20



**DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS**

Entidade: Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu

CNPJ: 52.739.950/0001-36

Nome Pessoa Jurídica: CRISTINO E CORTES SERVICOS MEDICOS LTDA

Nome Pessoa Física: Pedro Cristino Cortes Osmar

CNPJ/CPF: 37.542.325/0001-06

Especialidade: Clínico

Convênio: AMBULATORIO

Competência: 06/2025

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
Semana	2	12 Horas	R\$ 1.700,00	R\$ 3.400,00
Dia 02, 13, 23				
Final de Semana	1	12 horas	R\$ 1.800,00	R\$ 1.800,00
13				
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 5.200,00</b>

  
 Ramildo Fontanelli  
 Provedor

## 2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 24/07/2025 às 10:54:04

### 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> 748/0718/00000015252-1	<b>CPF/CNPJ:</b> 37.542.325/0001-06
<b>Tipo Conta:</b> 01 - Conta Corrente	<b>Tipo Pessoa:</b> Jurídica
<b>Nome:</b> CRISTINO E CORTES	<b>Valor:</b> R\$ 2.440,10
<b>Finalidade:</b> 10 - Crédito em Conta	<b>Valor Tarifa:</b> R\$ 12,00
<b>Histórico:</b> NF 207	

### Informações do Pagamento

<b>Data do Débito:</b> 22/07/2025	<b>Código da Operação:</b> 49452835
<b>Data da Operação:</b> 22/07/2025	<b>Chave de Segurança:</b> 62ZJ15N16AF14571

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

Atô 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 AMPARO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA E ORÇAMENTO**  
**Nota Fiscal Eletrônica de Serviços**

125/NFS-e



**Número / Série** 125 / NFS-e **Emissão** 18/07/2025 12:21:51 **Incidência** Amparo (SP) **ISS a reter** Não  
**Prest. do Serviço** 18/07/2025 **Código de verificação** 128S.3SJ2.QAUW.P712 **Exigibilidade** Exigível **RPS**

**Prestador de Serviços**

**Nome/Razão Social:** OLIVEIRA E CASSAROTTI SERVIÇOS MEDICOS S/S  
**CPF / CNPJ:** 23.866.413/0001-59 **Reg.:** Sociedade  
**Endereço:** Av. DR CARLOS A A SOBRINHO, 206 SALA 04 - Bairro: JD SAO ROBERTO - Cep: 13900000  
**Telefone:** 38072796 **Município:** Amparo - SP **Pais:** Brasil  
**Insc. Mun.:** 021878 **Cod. Mob.:** 021878 **Insc. Est.:**  
**Email:**  
**Nome Fant.:** OLIVEIRA E CASSAROTTI SERVIÇOS MEDICOS S/S

**Tomador de Serviços**

**Nome/Razão Social:** IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MOGI GUACU  
**CPF / CNPJ:** 52.739.950/0001-36 **Reg.:**  
**Endereço:** R. CHICO DE PAULA, 608 - Bairro: CENTRO - Cep: 13840-005  
**Telefone:** **Município:** Amparo - SP **Pais:** Brasil  
**Insc. Mun.:** **Insc. Est.:**  
**Email:** SANTACASAMOGIGUACU@DGLNET.COM.BR

**Código do Serviço/Atividade**

4.01 - MEDICINA E BIOMEDICINA. ( 5,00 %)

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

**Discriminação dos Serviços**

Descrição	Total
Serviços médicos prestados no Ambulatório na competência 06/2025 Convênio 05/SS/2024	R\$ 14.100,00
Dr. João Paulo De Oliveira	

**Tributos Federais**

PIS	INSS	CSLL	IRRF	COFINS
91,65	---	141,00	211,50	423,00

**Detalhamento de Valores**

Valor Total da Nota(R\$)	ISS(R\$)	Desconto Condicional(R\$)	Base de Cálculo(R\$)	Aliquota (%)
14.100,00	---	0,00	---	---
<b>Outras Retenções(R\$)</b>				
0,00				
			<b>Valor Líquido:</b>	<b>R\$ 13.232,85</b>

ESTA NOTA FISCAL NÃO ACOBERTA O TRANSITO DE MERCADORIAS. Gerado por: ESCRITORIO CONTABIL LUCIANO MICAI S/S LTDA ME

Recebi(emos) de OLIVEIRA E CASSAROTTI SERVIÇOS MEDICOS S/S, os serviços constantes da nota fiscal nº 125, série NFS-e, conforme verificável pelo endereço eletrônico:

<http://www.nfe-cidades.com.br/documento/128S.3SJ2.QAUW.P712>

Data: / /

Assinatura:

CONFERE COM  
O ORIGINAL

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

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

PGTO PARCIAL

CONVÊNIO Nº 05/SS/2024



**DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS**

Entidade: Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu

CNPJ: 52.739.950/0001-36

Nome Pessoa Jurídica: OLIVEIRA E CASSAROTTI SERVICOS MEDICOS SS

Nome Pessoa Física: João Paulo de oliveira

CNPJ/CPF.: 23.866.413/0001-59

Especialidade: Clínico

Convênio: AMBULATORIO

Competência: 06/2025

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
Semana	3	12 Horas	R\$ 1.700,00	R\$ 5.100,00
Dia 13, 20, 27				
Final de Semana	2	24 horas	R\$ 3.600,00	R\$ 7.200,00
Dia 07, 21				
Final de Semana		06 horas	R\$ 900,00	R\$ -
Final de Semana	1	12 horas	R\$ 1.800,00	R\$ 1.800,00
Dia 15				
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 14.100,00</b>

  
Romildo Fontanelli  
Provedor

## 2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 24/07/2025 às 10:54:04

### 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> 341/8849/00000015288-2	<b>CPF/CNPJ:</b> 23.866.413/0001-59
<b>Tipo Conta:</b> 01 - Conta Corrente	<b>Tipo Pessoa:</b> Jurídica
<b>Nome:</b> OLIVEIRA E CASSAROTTI	<b>Valor:</b> R\$ 6.616,43
<b>Finalidade:</b> 10 - Crédito em Conta	<b>Valor Tarifa:</b> R\$ 12,00
<b>Histórico:</b> NF 125	

### Informações do Pagamento

<b>Data do Débito:</b> 22/07/2025	<b>Código da Operação:</b> 49532243
<b>Data da Operação:</b> 22/07/2025	<b>Chave de Segurança:</b> URMX55NK61FAXHQ4

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  
**00000005096 - E**

Autenticidade  
**7M53-0QIX**

Data de Emissão  
**18/07/2025**

**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\$: 18.699,70 - Vlr R\$ 280,50 - Base PIS/Cofins/CSLL R\$ 18.699,70 - PIS R\$ 121,55 - Cofins R\$ 560,99  
- CSLL R\$ 187,00 - Valor Aprox Tributos: 2118,67 (11,33%) - Fonte: IBPT

Valor Líquido R\$ 17.549,66

PGTO PARCIAL

Vencimento: 21/07/2025

CONVÊNIO Nº 05/SS/2024

VALOR PAGO: R\$ 8.334,84

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 N° 05/SS/2024  
FONTES DE RECURSO

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

CONFIRMAÇÃO  
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\$)  
18.699,70

Aliquota (%)  
-

Vr do ISS (R\$)  
-

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 18.699,70**



**DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS**

Entidade: Irm. Santa Casa de Mis. Mogí Guaçu

CNPJ: 52.739.950/0001-36

Nome Pessoa Jurídica: NF SERVIÇOS MÉDICOS SS

Nome Pessoa Física: Fabio Maximiano Martini

CNPJ/CPF: 06.183.408/0001-22

Especialidade: Vascular

Convênio: PLANTÕES

Competência: 06/2025

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
Semana/Final de semana	15	24 Horas	R\$ 800,00	R\$ 12.000,00
Dias 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08				
23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30				
Semana/Final de semana	15	24 Horas	R\$ 400,00	R\$ 6.000,00
Dias 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08				
23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30				
Semana/Final de semana	1	14 Horas	R\$ 466,70	R\$ 466,70
Dia 13				
Semana/Final de semana	1	14 Horas	R\$ 233,00	R\$ 233,00
Dia 13				
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 18.699,70</b>

  
Romildo Fontanello  
Provedor



## 2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 24/07/2025 às 10:54:04

### 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	<b>Valor:</b> R\$ 8.774,84
<b>Finalidade:</b> 10 - Crédito em Conta	<b>Valor Tarifa:</b> R\$ 12,00
<b>Histórico:</b> NF 5096	

### Informações do Pagamento

<b>Data do Débito:</b> 22/07/2025	<b>Código da Operação:</b> 49714562
<b>Data da Operação:</b> 22/07/2025	<b>Chave de Segurança:</b> 2G8SQSWTVXCW94G2

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  
**00000004627 - E**

Autenticidade  
**7D5I-YNMH**

Data de Emissão  
**18/07/2025**

**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\$: 13.600,00 - Vlr R\$ 204,00 - Base PIS/Cofins/CSLL R\$ 13.600,00 - PIS R\$ 88,40 - Cofins R\$ 408,00  
- CSLL R\$ 136,00 - Valor Aprox Tributos: 1540,88 (11,33%) - Fonte: IBPT

Valor Líquido R\$ 12.763,60

PCTO PARCIAL

Vencimento: 21/07/2025

CONVÊNIO Nº 05/SS/2024

Convênio 05/SS/2024 -

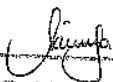
VALOR PGTO: R\$ 6.384,80

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

<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.

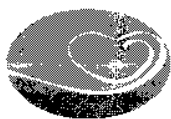
Deduções de Materiais  
0,00

Base de Cálculo (R\$)  
13.600,00

Aliquota (%)

Vr do ISS (R\$)

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 13.600,00**



## DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

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

CNPJ: **52.739.950/0001-36**

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

Nome Pessoa Física: **Carlos Lelis Zanco**

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

Especialidade: **Ortopedista**

**Convênio: PLANTÕES**

Competência: **06/2025**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana</b>	4	24 Horas	R\$ 3.400,00	R\$ 13.600,00
Dias 03, 10, 17, 24				
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 13.600,00</b>

Romildo Fontaniello  
Provedor



## 2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 24/07/2025 às 10:54:04

### 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	<b>Valor:</b> R\$ 6.381,80
<b>Finalidade:</b> 10 - Crédito em Conta	<b>Valor Tarifa:</b> R\$ 12,00
<b>Histórico:</b> NF 4627	

### Informações do Pagamento

<b>Data do Débito:</b> 22/07/2025	<b>Código da Operação:</b> 49763980
<b>Data da Operação:</b> 22/07/2025	<b>Chave de Segurança:</b> EFJVG5HWN8WMN2R

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  
**000000004869 - E**  
Autenticidade  
**6TN5-VE6W**  
Data de Emissão  
**18/07/2025**

**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:** 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 - WANDERLEI FRANCISCO M.DIAS

Base IRRF R\$: 8.000,00 - Vlr R\$ 120,00 - Base PIS/Cofins/CSLL R\$ 8.000,00 - PIS R\$ 52,00 - Cofins R\$ 240,00 - CSLL R\$ 80,00 - Valor Aprox Tributos: 906,40 (11,33%) - Fonte: IBPT

Valor Líquido R\$ 7.508,00

Vencimento: 21/07/2025

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

FGTO PARCIAL

CONVÊNIO nº 05/SS/2024

VALOR FGTO: R\$ 3.254,00

CONFERE COM

O ORIGINAL

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

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

ASSINATURA

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.

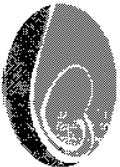
Deduções de Materiais  
0,00

Base de Cálculo (R\$)  
8.000,00

Alíquota (%)  
-

Vr do ISS (R\$)  
-

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 8.000,00**



DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

Entidade: Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu

CNPJ: 52.739.950/0001-36

Nome Pessoa Jurídica:

WFM SERVICOS MEDICOS SS

Nome Pessoa Física:

Wanderlei Francisco Morari dias

CNPJ/CPF: :

08.979.287/0001-55

Especialidade:

Endoscopista

Convênio: PLANTOES

Competência: 06/2025

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
Semana/Final de semana	13	24 Horas	R\$ 800,00	R\$ 10.400,00
Dias 06, 07, 08, 09, 10, 11, 12				
25, 26, 27, 28, 29, 30				
			Ajuste 50%	R\$ 2.400,00
Conforme acordado entre os especialistas, pagar 50 % sobre valor total dos plantões, para os Drs. João Conrado e Wanderlei, fizemos o ajuste para o valor ficar igual				
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 8.000,00</b>

Romildo Fortanelli

Provedor



## 2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 24/07/2025 às 10:54:04

### 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	<b>Valor:</b> R\$ 3.754,00
<b>Finalidade:</b> 10 - Crédito em Conta	<b>Valor Tarifa:</b> R\$ 12,00
<b>Histórico:</b> NF 4869	

### Informações do Pagamento

<b>Data do Débito:</b> 22/07/2025	<b>Código da Operação:</b> 49816138
<b>Data da Operação:</b> 22/07/2025	<b>Chave de Segurança:</b> 1T30X9E9T6SCE7ZT

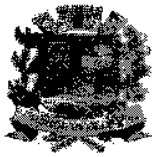
Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

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  
**00000009604 - E**

Autenticidade  
**LPAJ-VUNZ**

Data de Emissão  
**18/07/2025**

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

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

HONORÁRIOS MÉDICOS - RICARDO SUAREZ CASTEDO

Base IRRF R\$: 7.700,30 - Vlr R\$ 115,50 - Base PIS/Cofins/CSLL R\$ 7.700,30 - PIS R\$ 50,05 - Cofins R\$ 231,01 - CSLL R\$ 77,00 - Valor Aprox Tributos: 872,44 (11,33%) - Fonte: IBPT

Valor Líquido R\$ 7.226,74

PGTO PARCIAL

Vencimento: 21/07/2025

CONVÊNIO Nº 05/SS/2024

Convênio 05/SS/2024 -

VALOR PGTO: R\$ 3.613,37

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

CONFERE COM  
O ORIGINAL

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU

TERMO DE CONVÊNIO Nº 05/SS/2024

FONTES DE RECURSO

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

*Jámyla*  
ASSINATURA

Processo executado por: 172.16.20.60

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

Situação de Tributação  
Tributada no Prestador

Código do Serviço

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

Deduções de Materiais  
0,00

Base de Cálculo (R\$)  
7.700,30

Alíquota (%)  
-

Vr do ISS (R\$)  
-

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 7.700,30**



**DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS**

Entidade: Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu

CNPJ: 52.739.950/0001-36

Nome Pessoa Jurídica:

RPM SERVICOS MEDICOS SOCIEDADE SIMPLES

Nome Pessoa Física:

Ricardo Suarez Castedo

CNPJ/CPF.:

12.843.826/0001-00

Especialidade:

Vascular

Convênio: PLANTÕES

Competência: 06/2025

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
Semana/Final de semana	6	24 Horas	R\$ 800,00	R\$ 4.800,00
Dia 09, 10, 11, 12, 14, 15				
Semana/Final de semana	6	24 Horas	R\$ 400,00	R\$ 2.400,00
Dia 09, 10, 11, 12, 14, 15				
Semana/Final de semana	1	10 Horas	R\$ 333,70	R\$ 333,70
Dia 13				
Semana/Final de semana	1	10 Horas	R\$ 166,60	R\$ 166,60
Dia 13				
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 7.700,30</b>

  
Romildo Fontaniello

Provedor



## 2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 24/07/2025 às 10:54:04

### 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	<b>Valor:</b> R\$ 3.613,37
<b>Finalidade:</b> 10 - Crédito em Conta	<b>Valor Tarifa:</b> R\$ 12,00
<b>Histórico:</b> NF 9604	

### Informações do Pagamento

<b>Data do Débito:</b> 22/07/2025	<b>Código da Operação:</b> 49867556
<b>Data da Operação:</b> 22/07/2025	<b>Chave de Segurança:</b> 6T2X7Q3SRVXE1ZS1

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  
**000000049117 - E**

Autenticidade  
**BGUV-463M**

Data de Emissão  
**18/07/2025**

**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\$: 5.600,00 - Vr R\$ 84,00 - Base PIS/Cofins/CSLL R\$ 5.600,00 - PIS R\$ 36,40 - Cofins R\$ 168,00 - CSLL R\$ 56,00 - Valor Aprox Tributos: 634,48 (11,33%) - Fonte: IBPT

Valor Líquido R\$ 5.255,60

PGTO PARCIAL

Vencimento: 21/07/2025

CONVÊNIO Nº 05/SS/2024

Convênio 05/SS/2024 -

VALOR 2.627,80

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

**CONFERE COM  
O ORIGINAL**

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

*Júlia*  
ACQUISITORA

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.**

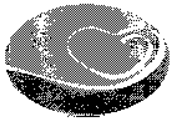
Deduções de Materiais  
**0,00**

Base de Cálculo (R\$)  
**5.600,00**

Alíquota (%)  
**0,0000%**

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

**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: **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: **06/2025**

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>
dias 02, 09, 16, 23, 28, 29, 30				
<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: 24/07/2025 às 10:54:04

### Dados do Pagador

**Tipo de TED:** Terceiros

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

**Conta Origem:** 04281/1292.000577217219-7

**Tipo Conta:** Tipo de conta não encontrada

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

### Dados do Recebedor

**Conta Destino:** 033/3208/00013001819-4

**Tipo Conta:** 01 - Conta Corrente

**Nome:** SDR

**Finalidade:** 10 - Crédito em Conta

**Histórico:** NF 49117

**CPF/CNPJ:** 15.379.135/0001-87

**Tipo Pessoa:** Jurídica

**Valor:** R\$ 2.627,80

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

### Informações do Pagamento

**Data do Débito:** 22/07/2025

**Data da Operação:** 22/07/2025

**Código da Operação:** 49917008

**Chave de Segurança:** ZWHQA03JG16X1Q3P

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  
**00000007226 - E**  
Autenticidade  
**ZXJN-5B6A**  
Data de Emissão  
**18/07/2025**

**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**

PGTO PARCIAL

CONVÊNIO Nº 05/SS/2024

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

VALOR PGTO: R\$ 19.426,95

ISSQN – ANUAL

SERVIÇO PRESTADO REF PLANTÕES

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

SERVIÇO PRESTADO PELA DR CARLOS AUGUSTO DOS SANTOS BORGES CRM 110149

VALOR BRUTO: R\$ 41.400,00

RETENÇÕES

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

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

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

COFINS = 3% = R\$ 1.242,00

CSLL = 1% = R\$ 414,00

VALOR LIQUIDO A RECEBER R\$ 38.853,90

DADOS BANCARIOS

BANCO: SANTANDER – 033

AGENCIA: 3208

CONTA: 13.001487-7

Serviço realizado em : MOGI GUAÇU

**CONFERE COM ORIGINAL**

*Assinatura*  
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\$)  
**41.400,00**

Aliquota (%)

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: 06/2025**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana (P1)</b>	4	24 Horas	R\$ 3.400,00	R\$ 13.600,00
Dia 02, 09, 16, 23,				
<b>Final de semana (P1)</b>	2	24 Horas	R\$ 3.600,00	R\$ 7.200,00
Dia 07, 14,				
<b>Semana (P2)</b>	5	24 Horas	R\$ 3.400,00	R\$ 17.000,00
Dia 05, 10, 13, 18, 30				
<b>Final de semana (P2)</b>	1	24 Horas	R\$ 3.600,00	R\$ 3.600,00
Dia 19				
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 41.400,00</b>

Romildo Fontaniello  
Provedor

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

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 24/07/2025 às 10:54:04

**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	<b>Valor:</b> R\$ 19.426,95
<b>Finalidade:</b> 10 - Crédito em Conta	<b>Valor Tarifa:</b> R\$ 12,00
<b>Histórico:</b> NF 7226	

**Informações do Pagamento**

<b>Data do Débito:</b> 22/07/2025	<b>Código da Operação:</b> 49972513
<b>Data da Operação:</b> 22/07/2025	<b>Chave de Segurança:</b> YLA2WS1YKHKTLW7

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  
**00000007227 - E**

Autenticidade  
**GOVX-7INT**

Data de Emissão  
**18/07/2025**

**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**

PGTO PARCIAL

CONVÊNIO Nº 05/SS/2024

VALOR PGTO: R\$ 49.644,65

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 JUNHO/2025 - TERMO DE CONVÊNIO: NÚMERO: 05/SS/2024

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

VALOR BRUTO: R\$ 41.800,00

RETENÇÕES

IRRF = 1,5% = R\$ 627,00

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

PIS = 0,65% = R\$ 271,70

COFINS = 3% = R\$ 1.254,00

CSLL = 1% = R\$ 418,00

VALOR LÍQUIDO A RECEBER R\$ 39.229,30

DADOS BANCÁRIOS

BANCO: SANTANDER – 033

AGÊNCIA: 3208

CONTA: 13.001487-7

Serviço realizado em : MOGI GUAÇU

**CONFERE COM ORIGINAL**

*[Assinatura]*  
 \_\_\_\_\_  
 RESPONSÁVEL

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\$ _____		

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\$) 41.800,00	Alíquota (%) -	Vr do ISS (R\$) -
-------------------------------	------------------------------------	-------------------	----------------------

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 41.800,00**



## DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

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

CNPJ: **52.739.950/0001-36**

Nome Pessoa Jurídica: **RCJC SERVICOS DE ANESTESIOLOGIA SS LTDA**

Nome Pessoa Física: **Cristiane Franco Flores de Oliveira**

CNPJ/CPF.: **11.330.542/0001-49**

Especialidade: **Anestesiologista**

Convênio: **PLANTÕES**

Competência: **06/2025**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana (P1)</b>	3	24 Horas	R\$ 3.400,00	R\$ 10.200,00
Dias 05, 12, 26,				
<b>Final de semana (P1)</b>	3	24 Horas	R\$ 3.600,00	R\$ 10.800,00
Dias 15, 19, 21,				
<b>Semana (P2)</b>	4	24 Horas	R\$ 3.400,00	R\$ 13.600,00
Dias 02, 11, 17, 27				
<b>Final de semana (P2)</b>	2	24 Horas	R\$ 3.600,00	R\$ 7.200,00
Dias 14, 28				
<b>TOTAL A PAGAR</b>				R\$ 41.800,00

Romildo Fontaniello  
Provedor



## 2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 24/07/2025 às 10:54:04

### 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	<b>Valor:</b> R\$ 19.614,65
<b>Finalidade:</b> 10 - Crédito em Conta	<b>Valor Tarifa:</b> R\$ 12,00
<b>Histórico:</b> NF 7227	

### Informações do Pagamento

<b>Data do Débito:</b> 22/07/2025	<b>Código da Operação:</b> 50020875
<b>Data da Operação:</b> 22/07/2025	<b>Chave de Segurança:</b> UEF2NKHFVSZ6RMS4

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  
**000000007228 - E**  
Autenticidade  
**Z1NH-LOZX**  
Data de Emissão  
**18/07/2025**

**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:** 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**

PGTO PARCIAL  
CONVÊNIO Nº 05/SS/2024  
19.520,80

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 JUNHO/2025 - TERMO DE CONVÊNIO: NÚMERO: 05/SS/2024.  
SERVIÇO PRESTADO PELA DR JOÃO RICARDO FLORESI – CRM 104688  
VALOR BRUTO: R\$ 41.600,00

RETENÇÕES  
IRRF = 1,5% = R\$ 624,00  
RETENÇÃO PIS/COFINS/CSLL - NOS TERMOS DA LEI 10.833/2003  
PIS = 0,65% = R\$ 270,40  
COFINS = 3% = R\$ 1.248,00  
CSLL = 1% = R\$ 416,00  
VALOR LIQUIDO A RECEBER R\$ 39.041,60  
DADOS BANCARIOS  
BANCO: SANTANDER – 033  
AGENCIA: 3208  
CONTA: 13.001487-7  
Serviço realizado em : MOGI GUAÇU

CONTINUA COM  
O ORIGINAL

*Assinatura*  
ASSINATURA

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

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

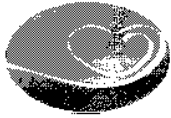
Processo executado por: 172.16.20.60  
**Consulte a autenticidade desta Nota Fiscal através do site: <http://www.mogiguacu.sp.gov.br>**

Situação de Tributação  
Tributada no Prestador

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

Deduções de Materiais <b>0,00</b>	Base de Cálculo (R\$) <b>41.600,00</b>	Aliquota (%) <b>-</b>	Vr do ISS (R\$) <b>-</b>
--------------------------------------	---	--------------------------	-----------------------------

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 41.600,00**



## DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

Entidade: Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu

CNPJ: 52.739.950/0001-36

Nome Pessoa Jurídica: RCJC SERVICOS DE ANESTESIOLOGIA SS LTDA

Nome Pessoa Física: João Ricardo Flores


CNPJ/CPF.: 11.330.542/0001-49

Especialidade: Anestesiologista

Convênio: PLANTÕES

Competência: 06/2025

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana (P1)</b>	5	24 Horas	R\$ 3.400,00	R\$ 17.000,00
Dia 03, 13, 17, 24, 27,				
<b>Final de semana (P1)</b>	1	24 Horas	R\$ 3.600,00	R\$ 3.600,00
Dias 29				
<b>Semana (P2)</b>	3	24 Horas	R\$ 3.400,00	R\$ 10.200,00
Dias 09, 20, 25,				
<b>Final de semana (P2)</b>	3	24 Horas	R\$ 3.600,00	R\$ 10.800,00
Dias 01, 07, 22,				
<b>TOTAL A PAGAR</b>				R\$ 41.600,00

  
Romildo Fontaniello  
Provedor

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

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 24/07/2025 às 10:54:04

**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	<b>Valor:</b> R\$ 19.520,80
<b>Finalidade:</b> 10 - Crédito em Conta	<b>Valor Tarifa:</b> R\$ 12,00
<b>Histórico:</b> NF 7228	

**Informações do Pagamento**

<b>Data do Débito:</b> 22/07/2025	<b>Código da Operação:</b> 50065393
<b>Data da Operação:</b> 22/07/2025	<b>Chave de Segurança:</b> 2KPG86426F4ZUPE7

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  
**00000000923 - E**  
Autenticidade  
**VHET-0WNU**  
Data de Emissão  
**18/07/2025**

**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@outflook.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 06/2025.

CONVÊNIO NUMERO 05/SS/2024

VALOR BRUTO: R\$ 6.400,00  
PIS: 0,65% = R\$ 41,60  
CONFINS: 3 % = R\$ 192,00  
CONTRIBUIÇÃO SOCIAL: 1%= R\$ 64,00  
IR: 1,5% = R\$ 96,00  
VALOR LÍQUIDO = R\$ 6.006,40

PGTO PARCIAL

CONVÊNIO nº 05/SS/2024

VALOR PGTO: R\$ 3.003,20

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

*Júlia*  
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**

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

CNPJ: **52.739.950/0001-36**

Nome Pessoa Jurídica: **LM SERVICOS MEDICOS SS LTDA**

Nome Pessoa Física: **Lavinia Martini**

CNPJ/CPF.: **24.093.971/0001-91**

Especialidade: **Oftalmologista**

**Convênio: PLANTÕES**

Competência: **06/2025**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
Semana/Final de semana	8	24 Horas	R\$ 800,00	R\$ 6.400,00
Dias 01				
<b>De 23 a 29/06/2025</b>				
<b>TOTAL A PAGAR</b>			<b>R\$</b>	<b>6.400,00</b>

  
 Romildo Fdntanillo  
 Provedor

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

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 24/07/2025 às 10:54:04

**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	<b>Valor:</b> R\$ 3.003,20
<b>Finalidade:</b> 10 - Crédito em Conta	<b>Valor Tarifa:</b> R\$ 12,00
<b>Histórico:</b> NF 923	

**Informações do Pagamento**

<b>Data do Débito:</b> 22/07/2025	<b>Código da Operação:</b> 50114061
<b>Data da Operação:</b> 22/07/2025	<b>Chave de Segurança:</b> 2GFRC9W0LWUX7RXM

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  
**00000003944 - E**  
Autenticidade  
**U1B7-B7IX**  
Data de Emissão  
**18/07/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**



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

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MOGI GU  
**CPF/CNPJ:** 52.739.950/0001-36 **IM:** 10286 **IE:** 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\$: 12.000,00 - Vlr R\$ 180,00 - Base PIS/Cofins/CSLL R\$ 12.000,00 - PIS R\$ 78,00 - Cofins R\$ 360,00 - CSLL R\$ 120,00 - Valor Aprox Tributos: 1359,60 (11,33%) - Fonte: IBPT

Valor Líquido R\$ 11.262,00

Vencimento: 21/07/2025

Convênio 05/SS/2024 -

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

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU			
TERMO DE CONVÊNIO 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\$ _____	

PGTO PARCIAL  
CONVÊNIO Nº 05/SS/2024  
VALOR PGTO: R\$ 5.634,00

CONFERE COM  
O ORIGINAL

ASSINATURA

Processo executado por: 172.16.20.60

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

Situação de Tributação  
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\$)  
12.000,00

Alíquota (%)  
0,0000%

Vr do ISS (R\$)  
0,00

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

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

Nome Pessoa Jurídica:

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: 06/2025

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana/Final de semana</b>	14	24 Horas	R\$ 800,00	R\$ 11.200,00
Dias de 09 à 15, 23 à 29				
			Ajuste 50%	R\$ 800,00
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\$ 12.000,00

  
Romildo Fontaniello  
Provedor



## 2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 24/07/2025 às 10:54:04

### Dados do Pagador

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

### Dados do Recebedor

<b>Conta Destino:</b> 033/3208/00013002306-4	<b>CPF/CNPJ:</b> 20.385.622/0001-92
<b>Tipo Conta:</b> 01 - Conta Corrente	<b>Tipo Pessoa:</b> Jurídica
<b>Nome:</b> TGG	<b>Valor:</b> R\$ 5.631,00
<b>Finalidade:</b> 10 - Crédito em Conta	<b>Valor Tarifa:</b> R\$ 12,00
<b>Histórico:</b> NF 3944	

### Informações do Pagamento

<b>Data do Débito:</b> 22/07/2025	<b>Código da Operação:</b> 50155588
<b>Data da Operação:</b> 22/07/2025	<b>Chave de Segurança:</b> VPJ4QLJPKTZAKKQ0

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  
**00000002397 - E**  
Autenticidade  
**KJS5-8UHT**  
Data de Emissão  
**18/07/2025**

**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:** 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 Plantões - 06/2025

Convênio 05/SS/2024

Dra. Carolina Urbini dos Santos CRM: 105767

Retenções:  
IR R\$ 204,00  
PIS R\$ 88,40  
Cofins R\$ 408,00  
CSSL R\$ 136,00

Liquido a Receber R\$ 12.763,60

CONFERE COM  
O ORIGINAL

ASSINATURA

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU			
TERMO DE CONVÊNIO Nº 05/SS/2024			
FONTES DE RECURSO			
<input checked="" type="checkbox"/> MUNICIPAL R\$ _____	<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\$ 6.381,80

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\$ 1.540,88 - 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.

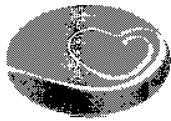
Deduções de Materiais  
0,00

Base de Cálculo (R\$)  
13.600,00

Aliquota (%)  
-

Vr do ISS (R\$)  
-

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 13.600,00**



**DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS**

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

CNPJ: **52.739.950/0001-36**

Nome Pessoa Jurídica: **HEMOGIANA SERVICOS MEDICOS SOCIEDADE SIMPLES**

Nome Pessoa Física: **Carolina Urbini dos Santos**

CNPJ/CPF.: **15.294.609/0001-98**

Especialidade: **Nefrologista**

Convênio: **PLANTÕES**

Competência: **06/2025**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana/Final de semana</b> dias 14 à 30	17	24 Horas	R\$ 800,00	R\$ 13.600,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 13.600,00</b>

  
 Romildo Fontaniello  
 Provedor



## 2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 24/07/2025 às 10:54:04

### Dados do Pagador

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

### Dados do Recebedor

<b>Conta Destino:</b> 033/0181/00013004020-0	<b>CPF/CNPJ:</b> 15.294.609/0001-98
<b>Tipo Conta:</b> 01 - Conta Corrente	<b>Tipo Pessoa:</b> Jurídica
<b>Nome:</b> HEMOGIANA	<b>Valor:</b> R\$ 6.381,80
<b>Finalidade:</b> 10 - Crédito em Conta	<b>Valor Tarifa:</b> R\$ 12,00
<b>Histórico:</b> NF 2397	

### Informações do Pagamento

<b>Data do Débito:</b> 22/07/2025	<b>Código da Operação:</b> 50203186
<b>Data da Operação:</b> 22/07/2025	<b>Chave de Segurança:</b> JMERU5J6U4W3L7RR

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  
**00000000315 - E**

Autenticidade  
**0A5H-8QZ8**

Data de Emissão  
**18/07/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

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

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

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

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

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

ISSQN – ANUAL

SERVIÇO PRESTADO REF PLANTÕES

- COMPETÊNCIA JUNHO/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\$ 11.262,00

CONFETE COM  
 O ORIGINAL

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

(X) 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**

Alíquota (%)  
 -

Vr do ISS (R\$)  
 -

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



**DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS**

Entidade: Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu

CNPJ: **52.739.950/0001-36**

Nome Pessoa Jurídica: RSM NEUROPEDIATRIA SS LTDA

Nome Pessoa Física: Renato Sardinha Mantovani

CNPJ/CPF.: 52.882.642/0001-65

Especialidade: Neuropediatra

**Convênio: PLANTÕES**

Competência: 06/2025

<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>30</b>	<b>24 Horas</b>	<b>R\$ 800,00</b>	<b>R\$ 24.000,00</b>
Dias 01 a 30/06/2025				
<b>TOTAL A PAGAR</b>			<b>R\$</b>	<b>24.000,00</b>

Romildo Fontahello  
Provedor



## 2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 24/07/2025 às 10:54:04

### 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	<b>Valor:</b> R\$ 11.262,00
<b>Finalidade:</b> 10 - Crédito em Conta	<b>Valor Tarifa:</b> R\$ 12,00
<b>Histórico:</b> NF 315	

### Informações do Pagamento

<b>Data do Débito:</b> 22/07/2025	<b>Código da Operação:</b> 50238759
<b>Data da Operação:</b> 22/07/2025	<b>Chave de Segurança:</b> 0T840JCSXEHQE3K

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  
**000000001100 - E**  
Autenticidade  
**XVJZ-8DSM**  
Data de Emissão  
**18/07/2025**

**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:** elfa.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\$: 14.000,00 - Vir R\$ 210,00 - Base PIS/Cofins/CSLL R\$ 14.000,00 - PIS R\$ 91,00 - Cofins R\$ 420,00  
- CSLL R\$ 140,00 - Valor Aprox Tributos: 2006,20 (14,33%) - Fonte: IBPT

Valor Líquido R\$ 13.139,00

Vencimento: 21/07/2025

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.

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\$ _____

PGTO PARCIAL  
CONVÊNIO Nº 05/SS/2024  
VALOR PGTO: R\$ 6.569,50

CONTEÚDO  
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  
401 - Medicina e biomedicina.

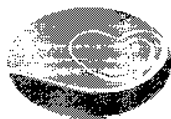
Deduções de Materiais  
0,00

Base de Cálculo (R\$)  
14.000,00


Alíquota (%)  
-

Vr do ISS (R\$)  
-

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 14.000,00**

**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: **06/2025**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
Semana/Final de semana de 01 à 18	18	24 Horas	R\$ 800,00	R\$ 14.400,00
Semana/Final de semana		12 Horas	R\$ 400,00	R\$ -
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 14.400,00</b>

  
Romildo Fontaniello  
Provedor

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

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 24/07/2025 às 10:54:04

**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	<b>Valor:</b> R\$ 6.569,50
<b>Finalidade:</b> 10 - Crédito em Conta	<b>Valor Tarifa:</b> R\$ 12,00
<b>Histórico:</b> NF 1100	

**Informações do Pagamento**

<b>Data do Débito:</b> 22/07/2025	<b>Código da Operação:</b> 50302330
<b>Data da Operação:</b> 22/07/2025	<b>Chave de Segurança:</b> 9LQHMY4XXM24EPFQ

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 do Município de Valinhos

Número da NFS-e e Série  
592 / NFD  
Número e Série do RPS  
-

Competência da NFS-e  
22/07/2025  
Chave de Acesso  
3556206122524382100018000000000059225070000005923

Data e Hora da Emissão da  
22/07/25 09:10



## Dados do Prestador

**Razão Social**  
ANA LIGIA RIBEIRO FEITOSA DE BRITO LTDA  
**Nome Fantasia**  
ANA LIGIA RIBEIRO FEITOSA LTDA  
**CNPJ / CPF**  
25.243.821/0001-80  
**Inscrição Municipal**  
3101000  
**Inscrição Estadual**  
Isento  
**Endereço**  
RUA CARMELINA PREVITALE PERA  
**Complemento**  
**Bairro**  
Jardim Ribeiro  
**CEP**  
13270-185  
**Município**  
Valinhos - SP  
**Email**  
draanaligia@gmail.com  
**Telefone**  
11981630242  
**Numero**  
157

## Dados do Tomador

**Razão Social**  
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MIS. DE MOGI-GUAÇU  
**CNPJ / CPF**  
52.739.950/0001-36  
**Inscrição Municipal**  
**Inscrição Estadual**  
**Endereço**  
RUA CHICO DE PAULA  
**Complemento**  
**Bairro**  
Centro  
**País**  
Brasil  
**Município**  
Mogi Guaçu/SP  
**Email**  
tesouraria@santacasamogiguacu.org.br  
**Telefone**  
**CEP**  
13840-005  
**Numero**  
608

## Dados do Intermediário

Não informado

## Obras & Eventos

## Serviço Prestado

**Classificação do Serviço**  
04.01.01 - Medicina.  
**Código NBS**  
1.2301.12.00 - Serviços ginecológicos e obstétricos  
**Local da Prestação**  
Valinhos-SP  
**Local da Incidência do ISSQN**  
Valinhos-SP

## Descrição do Serviço

SERVIÇOS PRESTAÇÃO REFERENTE SUS JUNHO/2025. **PARTE PARCIAL**  
CONVENIO NUMERO 05/SS/2024.  
DRA ANA LIGIA RIBEIRO FEITOSA - CRM 137669  
EMPRESA OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL  
VALOR APROXIMADOS DOS TRIBUTOS 15.60%  
CONVENIO Nº 05/SS/2024  
VALOR PARCIAL R\$ 8.300,00

## Tributação Federal

## Valor Total da NFS-E

<b>Valor da NFS-E</b> R\$ 17.400,00	<b>Deduções</b> R\$ 0,00	<b>Valor do Serviço</b> R\$ 17.400,00
<b>Retenção ISSQN</b> Não	<b>Aliquota</b> -	<b>Valor do ISSQN</b> Apuração PGDAS-D
<b>Valor Líquido</b>		<b>R\$ 17.400,00</b>

## Informações Complementares

Empresa Optante pelo Simples Nacional, conforme Lei Federal Complementar nº 123 de 14/12/2006.  
Nota Fiscal Eletrônica Autorizada pelo Decreto nº 9615/2017  
Conf. Lei Federal 12741/12 a Carga Tributária Aproximada desta NF é de 13,45% Federal (IBPT) e de 3,25% Municipal, perfazendo o valor de R\$ 2905,80  
Forma de Pagamento:

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU

TERMO DE CONVÊNIO Nº 05/SS/2024

FONTES DE RECURSO

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

CONFERE COM  
O ORIGINAL

*Luiz*  
ACERCA DA PREFEITURA



## DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

Entidade: Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu

CNPJ: 52.739.950/0001-36

Nome Pessoa Jurídica: ANA LIGIA RIBEIRO FEITOSA EIRELI

Nome Pessoa Física: Ana Ligia Ribeiro Feitosa


CNPJ/CPF.: 25.243.821/0001-80

Especialidade: Obstetra

Convênio: PLANTÕES

Competência: 06/2025

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana</b>	6	12 Horas	R\$ 1.700,00	R\$ 10.200,00
Dia 05, 12, 26, 05, 12, 25,				
<b>Final de Semana</b>	4	12 Horas	R\$ 1.800,00	R\$ 7.200,00
Dia 19, 21, 21, 19				
<b>TOTAL A PAGAR</b>				R\$ 17.400,00

  
Romildo Fontaniello  
Provedor



## 2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 24/07/2025 às 10:54:04

### Dados do Pagador

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

### Dados do Recebedor

<b>Conta Destino:</b> 033/0781/00013000576-4	<b>CPF/CNPJ:</b> 25.243.821/0001-80
<b>Tipo Conta:</b> 01 - Conta Corrente	<b>Tipo Pessoa:</b> Jurídica
<b>Nome:</b> ANA LIGIA RIBEIRO	<b>Valor:</b> R\$ 8.700,00
<b>Finalidade:</b> 10 - Crédito em Conta	<b>Valor Tarifa:</b> R\$ 12,00
<b>Histórico:</b> NF 592	

### Informações do Pagamento

<b>Data do Débito:</b> 22/07/2025	<b>Código da Operação:</b> 50374059
<b>Data da Operação:</b> 22/07/2025	<b>Chave de Segurança:</b> YNX2KGAQPM3XR7T0

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  
**000000005012 - E**  
Autenticidade  
**01WV-35MS**  
Data de Emissão  
**18/07/2025**

**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\$: 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: 21/07/2025

CONVÊNIO nº 05/SS/2024

Convênio 05/SS/2024 -

VALOR PGTO: R\$ 8.444,70

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

**CONFERE COM  
O ORIGINAL**

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

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

*[Assinatura]*  
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

Entidade: Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu

CNPJ: **52.739.950/0001-36**

Nome Pessoa Jurídica:

ATIVA IDADE SERVICOS MEDICOS SS

Nome Pessoa Física:

Marcelo Mitsuo Funai

CNPJ/CPF:

09.590.354/0001-08


Especialidade:

Cirurgião

Convênio: **PLANTOES**

Competência: 06/2025

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
Semana/Final de semana	7	24 Horas	R\$ 800,00	R\$ 5.600,00
Dia 03, 17, 19, 25, 27, 28, 29				
Semana/Final de semana	7	24 Horas	R\$ 400,00	R\$ 2.800,00
Dia 03, 17, 19, 25, 27, 28, 29				
<b>TOTAL A PAGAR</b>			R\$	<b>8.400,00</b>

  
Romildo Fontaniello  
Provedor



## 2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 24/07/2025 às 10:54:04

### 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	<b>Valor:</b> R\$ 3.941,70
<b>Finalidade:</b> 10 - Crédito em Conta	<b>Valor Tarifa:</b> R\$ 12,00
<b>Histórico:</b> NF 5012	

### Informações do Pagamento

<b>Data do Débito:</b> 22/07/2025	<b>Código da Operação:</b> 50448699
<b>Data da Operação:</b> 22/07/2025	<b>Chave de Segurança:</b> X3PMTG6LFVYQ6KQH

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  
**00000005013 - E**

Autenticidade  
**Q12S-V0N3**

Data de Emissão  
**18/07/2025**

**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\$: 4.200,00 - Vlr R\$ 63,00 - Base PIS/Cofins/CSLL R\$ 4.200,00 - PIS R\$ 27,30 - Cofins R\$ 126,00 - CSLL R\$ 42,00 - Valor Aprox Tributos: 475,86 (11,33%) - Fonte: IBPT

Valor Líquido R\$ 3.941,70

PGTO PARCIAL

Vencimento: 21/07/2025

CONVÊNIO Nº 05/SS/2024

VALOR FGTO: R\$ 1.940,85

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

O ORIGINAL

*Jaiyla*  
 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\$)  
**4.200,00**

Alíquota (%)  
 -

Vr do ISS (R\$)  
 -

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 4.200,00**



### DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

Entidade: Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu

CNPJ: 52.739.950/0001-36

Nome Pessoa Jurídica: ATIVIDADE SERVIÇOS MEDICOS

Nome Pessoa Física: Marcelo Mitsuo Funai

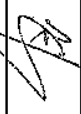
CNPJ/CPF: 09.590.354/0001-08

Especialidade: Torácico

Convênio: PLANTÕES

Competência: 06/2025

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
Semana/Final de semana	7	24 Horas	R\$ 800,00	R\$ -
Dias 03, 17, 19, 25, 27, 28, 29				
Devido a falta de especialistas médicos torácicos na entidade, foi solicitado aos médicos cirurgiões para suprir esta necessidade (1/4).				R\$ 4.200,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 4.200,00</b>

  
Romildo Fontaniello  
Provedor

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

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 24/07/2025 às 10:54:04

**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	<b>Valor:</b> R\$ 1.970,85
<b>Finalidade:</b> 10 - Crédito em Conta	<b>Valor Tarifa:</b> R\$ 12,00
<b>Histórico:</b> NF 5013	

**Informações do Pagamento**

<b>Data do Débito:</b> 22/07/2025	<b>Código da Operação:</b> 50497640
<b>Data da Operação:</b> 22/07/2025	<b>Chave de Segurança:</b> FS15C2PY4HVK7AU4

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  
**000000006623 - E**  
 Autenticidade  
**RFTG-QLKU**  
 Data de Emissão  
**18/07/2025**

**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 GLEIDSON CAMPOS RODRIGUES, CRM 129516. ESSA NOTA SERÁ LIQUIDADADA NO TERMO DE CONVÊNIO N° 05/SS/2024. Plantões 06/2025.

Valor Bruto.....6.000,00  
 IR.....90,00  
 PIS.....39,00  
 COFINS.....180,00  
 CSLL.....60,00  
 Valor Líquido.....5.631,00

Conta para depósito  
 SICREDI  
 Agência 0718  
 Conta Corrente 88446-2

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

**CONFERE COM**

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.

PGTO PARCIAL

CONVÊNIO n° 05/SS/2024

VALOR PGTO: R\$ 2.815,50

*[Handwritten Signature]*  
 ASSINATURA

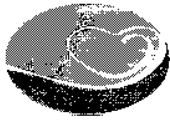
Processo executado por: 172.16.20.60  
 Consulte a autenticidade desta Nota Fiscal através do site: <http://www.mogiguacu.sp.gov.br>  
 Valor aprox. dos tributos (Lei nº 12.741/2012):  
 R\$ 679,80 - Aliq: 11,33%

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	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Vr do ISS (R\$)
0,00	6.000,00	-	-

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



## DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

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

CNPJ: **52.739.950/0001-36**

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

Nome Pessoa Física: **Gleudson Campos Rodrigues**

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

Especialidade: **Neurologista**

Convênio: **PLANTÕES**

Competência: **06/2025**

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>	<b>R\$ 2.400,00</b>
Dias 06, 07, 08				
<b>Semana/Final de semana</b>	<b>4</b>	<b>18 Horas</b>	<b>R\$ 600,00</b>	<b>R\$ 2.400,00</b>
Dia 04, 11, 18, 25				
<b>Semana/Final de semana</b>	<b>3</b>	<b>12 Horas</b>	<b>R\$ 400,00</b>	<b>R\$ 1.200,00</b>
Dias 05, 12, 26				
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 6.000,00</b>

  
Romildo Fontaniello  
Provedor

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

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 24/07/2025 às 10:54:04

**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	<b>Valor:</b> R\$ 2.815,50
<b>Finalidade:</b> 10 - Crédito em Conta	<b>Valor Tarifa:</b> R\$ 12,00
<b>Histórico:</b> NF 6623	

**Informações do Pagamento**

<b>Data do Débito:</b> 22/07/2025	<b>Código da Operação:</b> 50568653
<b>Data da Operação:</b> 22/07/2025	<b>Chave de Segurança:</b> G4T5Z7KGL149R7G7

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  
**000000006624 - E**  
 Autenticidade  
**OLKE-GR6C**  
 Data de Emissão  
**18/07/2025**

**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. JOSÉ EUGENIO COLOMBO, CRM 80718. ESSA NOTA SERÁ LIQUIDADA NO TERMO DE CONVÊNIO Nº 05/SS/2024. Plantões 06/2025.

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

Conta para depósito  
 SICREDI  
 Agência 0718  
 Conta Corrente 88446-2

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

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 CONTRIBUINTE INDIVIDUAIS.

PGTO PARCIAL

CONVÊNIO nº 05/SS/2024

VALOR PAGO R\$ 3.378,60

Processo executado por: 172.16.20.60

Consulte a autenticidade desta Nota Fiscal através do site: <http://www.mogiguacu.sp.gov.br>  
 Valor aprox. dos tributos (Lei nº 12.741/2012):  
 R\$ 815,76 - Aliq: 11,33%

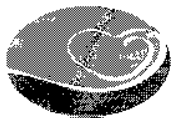
Situação de Tributação  
 Tributada no Prestador

Código do Serviço

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

Deduções de Materiais	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Vr do ISS (R\$)
0,00	7.200,00	-	-

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



### DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

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

CNPJ: **52.739.950/0001-36**

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

Nome Pessoa Física: **Jose Eugenio Colombo**

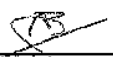
CNPJ/CPF.: **17.574.066/0001-98**

Especialidade: **Neurologista**

Convênio: **PLANTÕES**

Competência: **06/2025**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana/Final de semana</b>	8	24 Horas	R\$ 800,00	R\$ 6.400,00
Dia 03, 10, 17, 19, 20, 21, 22 24				
<b>Semana/Final de semana</b>	4	06 Horas	R\$ 200,00	R\$ 800,00
Dia 04, 11, 18, 25				
<b>Semana/Final de semana</b>		12 Horas	R\$ 400,00	R\$ -
<b>TOTAL A PAGAR</b>				R\$ 7.200,00

  
Romildo Fontaniello  
Provedor

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

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 24/07/2025 às 10:54:04

**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	<b>Valor:</b> R\$ 3.378,60
<b>Finalidade:</b> 10 - Crédito em Conta	<b>Valor Tarifa:</b> R\$ 12,00
<b>Histórico:</b> NF 6624	

**Informações do Pagamento**

<b>Data do Débito:</b> 22/07/2025	<b>Código da Operação:</b> 50619144
<b>Data da Operação:</b> 22/07/2025	<b>Chave de Segurança:</b> RCPK3Q4RM9L5QVC6

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  
**00000006625 - E**  
 Autenticidade  
**IPIH-C45A**  
 Data de Emissão  
**18/07/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

Nome/Razão Social: NEURO GUACU S/S  
 CPF/CNPJ: 17.574.066/0001-98 IM: 259055 IE: Fone: 19 3851-8000  
 Endereço: RUA NICOLAU FALSETTI,84,CENTRO - CEP: 13840052  
 Município: Mogi Guaçu UF: SP E-mail: lucianaem@hsf.com.br

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

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

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

Honorários médicos prestados pelo Dr. THALLES PASSOS FERREIRA, CRM sob o n° 169828. ESSA NOTA SERÁ LIQUIDADADA NO TERMO DE CONVÊNIO N° 05/SS/2024. Plantões 06/2025.

VALOR BRUTO.....10.800,00  
 IR.....162,00  
 PIS.....70,20  
 COFINS.....324,00  
 CSLL.....108,00  
 VALOR LIQUIDO.....10.135,80

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

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

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

CONVÊNIO n° 05/SS/2024  
 VALOR PGTO: R\$ 5.067,90

*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 n° 12.741/2012): R\$ 1.223,64 - 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	Base de Cálculo (R\$)	Aliquota (%)	Vr do ISS (R\$)
0,00	10.800,00	-	-

**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: NEURO GUACU SOCIEDADE SIMPLES

Nome Pessoa Física: Thaltes Passos Ferreira

CNPJ/CPF.: 17.574.066/0001-98

Especialidade: Neurologista

Convênio: PLANTÕES

Competência: 06/2025

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
Semana/Final de semana	12	24 Horas	R\$ 800,00	R\$ 9.600,00
Dia 01, 02, 09, 13, 14, 15, 16, 23, 27, 28, 29, 30				
Semana/Final de semana	3	12 Horas	R\$ 400,00	R\$ 1.200,00
Dia 05, 12, 26				
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 10.800,00</b>

  
Romildo Fontanelli  
Provedor

## 2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 24/07/2025 às 10:54:04

### 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	<b>Valor:</b> R\$ 5.067,90
<b>Finalidade:</b> 10 - Crédito em Conta	<b>Valor Tarifa:</b> R\$ 12,00
<b>Histórico:</b> NF 6625	

### Informações do Pagamento

<b>Data do Débito:</b> 22/07/2025	<b>Código da Operação:</b> 50658232
<b>Data da Operação:</b> 22/07/2025	<b>Chave de Segurança:</b> 2H0ZM7QNF3ZSJW7A

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  
**000000002928 - E**

Autenticidade  
**6GZ3-8N5L**

Data de Emissão  
**18/07/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**



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

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

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

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

HONORÁRIOS MÉDICOS - LUIS A. FRANCO DE GODOI

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

Valor Líquido R\$ 3.988,62

Vencimento: 21/07/2025

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 POTO: R\$ 4.994,34

CONFIRMAÇÃO  
O ORIGINAL

*Janyk*  
ASSINATURA

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\$ _____

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.

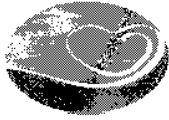
Deduções de Materiais  
**0,00**

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/Neonataologista

Convênio: PLANTÕES

Competência: 06/2025

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
Semana/Final de semana	2	12 Horas	R\$ 1.700,00	R\$ 3.400,00
Dia 13, 20				
Semana/Final de semana	1	6 Horas	R\$ 850,00	R\$ 850,00
Dia 17				
<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: 24/07/2025 às 10:54:04

**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 FILETI E BUENO	<b>Valor:</b> R\$ 1.994,31
<b>Finalidade:</b> 10 - Crédito em Conta	<b>Valor Tarifa:</b> R\$ 12,00
<b>Histórico:</b> NF 2928	

**Informações do Pagamento**

<b>Data do Débito:</b> 22/07/2025	<b>Código da Operação:</b> 50727332
<b>Data da Operação:</b> 22/07/2025	<b>Chave de Segurança:</b> RVJPZY7F995HTLQ4

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  
**000000003500 - E**

Autenticidade  
**OY5P-GJKW**

Data de Emissão  
**18/07/2025**

**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\$: 16.000,00 - Vlr R\$ 240,00 - Base PIS/Cofins/CSLL R\$ 16.000,00 - PIS R\$ 104,00 - Cofins R\$ 480,00  
- CSLL R\$ 160,00 - Valor Aprox Tributos: 2292,80 (14,33%) - Fonte: IBPT

Valor Líquido R\$ 15.016,00

PGTO PARCIAL

Vencimento: 21/07/2025

CONVÊNIO nº 05/SS/2024

VALOR PGTO: R\$ 7.508,00

Convênio 05/SS/2024 -

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

CONFERE COM  
O ORIGINAL

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

*[Handwritten Signature]*  
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\$)  
**16.000,00**

Alíquota (%)

Vr do ISS (R\$)

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 16.000,00**



**DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS**Entidade: **Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu**CNPJ: **52.739.950/0001-36**Nome Pessoa Jurídica: **JOAO CONRADO SERVICOS MEDICOS-EIRELI**Nome Pessoa Física: **Thiago Darcadia dos Reis**CNPJ/CPF.: **33.015.323/0001-08**Especialidade: **Endoscopista****Convênio: PLANTÕES**Competência: **06/2025**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
Semana/Final de semana	10	24 Horas	R\$ 800,00	R\$ 8.000,00
Dias 01, 02, 03, 04, 05, 20, 21, 22, 23, 24				
<b>TOTAL A PAGAR</b>				R\$ <b>8.000,00</b>

Romildo Fontaniello  
Provedor

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

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 24/07/2025 às 10:54:04

**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	<b>Valor:</b> R\$ 7.508,00
<b>Finalidade:</b> 10 - Crédito em Conta	<b>Valor Tarifa:</b> R\$ 12,00
<b>Histórico:</b> NF 3500	

**Informações do Pagamento**

<b>Data do Débito:</b> 22/07/2025	<b>Código da Operação:</b> 50786836
<b>Data da Operação:</b> 22/07/2025	<b>Chave de Segurança:</b> ET54SA826Z4V6CC2

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  
**000000001267 - E**

Autenticidade  
**JNKU-H35H**

Data de Emissão  
**18/07/2025**

**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

**ESTE DOCUMENTO SUBSTITUI A NFS e Nº 1266**

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

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

PGTO PARCIAL

RETENÇÕES:  
ISSQN (3%) - R\$ 120,00  
IR (1,5%): R\$ 60,00  
CSRF (4,65%) - R\$ 186,00

CONVÊNIO Nº 05/SS/2024  
VALOR PGTO: R\$ 1.812,00

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

CONFIRMAÇÃO  
O ORIGINAL

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

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

ASSINATURA

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\$)  
4.000,00

Alíquota (%)  
3,0000%

Vr do ISS (R\$)  
120,00

**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: **KONRADO TENORIO EIRELI**

Nome Pessoa Física: **Konrado Tenório**


CNPJ/CPF.: **29.249.772/0001-43**

Especialidade: **Radiologista**

Convênio: **PLANTÕES**

Competência: **06/2025**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana/Final de semana</b>	5	24 Horas	R\$ 800,00	R\$ 4.000,00
Dias 01, 03, 10, 17, 24				
<b>Semana/Final de semana</b>		12 Horas	R\$ 400,00	R\$ -
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 4.000,00</b>

  
Romildo Fentaniello  
Provedor

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

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 24/07/2025 às 10:54:04

**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	<b>Valor:</b> R\$ 1.817,00
<b>Finalidade:</b> 10 - Crédito em Conta	<b>Valor Tarifa:</b> R\$ 12,00
<b>Histórico:</b> NF 1267	

**Informações do Pagamento**

<b>Data do Débito:</b> 22/07/2025	<b>Código da Operação:</b> 50839216
<b>Data da Operação:</b> 22/07/2025	<b>Chave de Segurança:</b> 9UAP2WTWAXKLC9CU

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  
**000000001213 - E**  
Autenticidade  
**CEJC-FY5Z**  
Data de Emissão  
**18/07/2025**

**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 06/2025

DR. ANDRÉ BRUNHEROTO - CRM 169033/SP

RETENÇÕES:

-CSRF 4,65% R\$ 223,20

-IRRF 1,50% R\$ 72,00

-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

PGTO PARCIAL  
CONVÊNIO Nº 05/SS/2024  
VALOR PGTO: R\$ 2.180,40

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\$ _____	

CONFIRME COM  
O ORIGINAL

*Assinatura*  
ACERTADA

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.

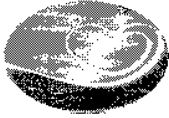
Deduções de Materiais  
0,00

Base de Cálculo (R\$)  
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: **AB RADIOLOGIA E DIAGNOSTICOS POR IMAGEM EIRELI**Nome Pessoa Física: **Andre Brunheroto**CNPJ/CPF.: **33.877.632/0001-97**Especialidade: **Radiologista****Convênio: PLANTÕES**Competência: **06/2025**

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>R\$ 4.800,00</b>
Dias 06, 13, 14,15, 20, 27				
<b>Semana/Final de semana</b>		<b>12 Horas</b>	<b>R\$ 400,00</b>	<b>R\$ -</b>
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 4.800,00</b>

  
Romildo Fontaniello  
Provedor



## 2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 24/07/2025 às 10:54:04

### 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	<b>Valor:</b> R\$ 2.180,40
<b>Finalidade:</b> 10 - Crédito em Conta	<b>Valor Tarifa:</b> R\$ 12,00
<b>Histórico:</b> NF 1213	

### Informações do Pagamento

<b>Data do Débito:</b> 22/07/2025	<b>Código da Operação:</b> 50891179
<b>Data da Operação:</b> 22/07/2025	<b>Chave de Segurança:</b> J6FQXG11260TTPC8

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  
**00000000161 - E**

Autenticidade  
**23BD-30C9**

Data de Emissão  
**18/07/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

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

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

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

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

PRESTAÇÃO SERVIÇOS referente os Plantões - 06/2025  
 Convênio 05/SS/2024

Retenção de 4,65% conforme art. 24 da Lei 13.137/2015  
 PIS 0,65% 62,40  
 COFINS 3% 288,00  
 C.SOCIAL 1% 96,00

Retenção IR de 1,50 % conforme art 647 do RIR/3000.  
 IR 1,50% 144,00

ISSQN 3,00% 288,00

VALOR LIQUIDO DA NOTA====> 8.721,60

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

CONTINHA O ORIGINAL

*Assinatura*  
 ASSINATURA

PGTO PARCIAL

CONVÊNIO Nº 05/SS/2024  
 VALOR PGTO: R\$ 4.360,80

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\$ 1.509,12 - 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\$)  
**9.600,00**

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

Vr do ISS (R\$)  
**288,00**

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



**DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS**

Entidade: Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu

CNPJ: 52.739.950/0001-36

Nome Pessoa Jurídica: L B GIACOMINI VASCULAR

Nome Pessoa Física: Letica Bronzati Giacomini

CNPJ/CPF: 44.119.285/0001-50

Especialidade: Vascular

Convênio: PLANTÕES

Competência: 06/2025

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
Semana/Final de semana	8	24 Horas	R\$ 800,00	R\$ 6.400,00
Dia 01, 16, 17, 18, 19, 20, 21,				
22				
Semana/Final de semana	8	24 Horas	R\$ 400,00	R\$ 3.200,00
Dia 01, 16, 17, 18, 19, 20, 21,				
22				
<b>TOTAL A PAGAR</b>			R\$	<b>9.600,00</b>

Romildo Fontaniello  
Provedor

## 2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 24/07/2025 às 10:54:04

### Dados do Pagador

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

### Dados do Recebedor

<b>Conta Destino:</b> 237/0224/00000029610-4	<b>CPF/CNPJ:</b> 44.119.285/0001-50
<b>Tipo Conta:</b> 01 - Conta Corrente	<b>Tipo Pessoa:</b> Jurídica
<b>Nome:</b> L B GIACOMINI	<b>Valor:</b> R\$ 4.360,80
<b>Finalidade:</b> 10 - Crédito em Conta	<b>Valor Tarifa:</b> R\$ 12,00
<b>Histórico:</b> NF 161	

### Informações do Pagamento

<b>Data do Débito:</b> 22/07/2025	<b>Código da Operação:</b> 50959265
<b>Data da Operação:</b> 22/07/2025	<b>Chave de Segurança:</b> 4FS7E7K30S6YXN6W

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 JUNDIAÍ  
UNIDADE DE GESTÃO DE GOVERNO E FINANÇAS  
NOTA FISCAL DE SERVIÇO ELETRÔNICA - NFS-e

NFS-e  
1803

Código de Verificação  
PFN7QDNVG

Emissão da NFS-e  
18/07/2025 08:45

NFS-e Substituída



RPS  
269

Série RPS  
269

Tipo RPS  
269

**Prestador de Serviço**

CPF/CNPJ: 28.257.500/0001-22

Nome/Razão Social: CSC SERVIÇOS MÉDICOS SS

Endereço: 999 Alberto de Castro

Complemento:

CEP: 13211-411 Município: JUNDIAÍ

E-mail: societario@rissicontabilidade.com.br

Inscrição: 123413

Número: 128

Bairro: Jardim Santa Teresa

País:

Telefone: (17)3305-9030

**Tomador de Serviço**

CPF/CNPJ: 52.739.950/0001-36

Inscrição Municipal:

NIF:

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

Endereço: CHICO DE PAULA

Complemento:

CEP: 13840-005 Município: MOGI GUACU

E-mail: brunafaria@hsf.com.br

Número: 608

Bairro: CENTRO

País: Brasil

Telefone: (19)3861-1313

**Atividade Econômica**

4.01 / 2218 - MEDICINA

**Discriminação do Serviço**

PGTO PARCIAL

SERVICOS MEDICOS PRESTADOS PLANTOES 08/2025.

CONVENIO 05/SS/2024

DRA. LARISSA DA CUNHA SANTOS - CRM: 162.527 SP

CONVÊNIO Nº: 05/SS/2024

VALOR PGTO: R\$ 2.533,95

DECLARO PARA FINS DE DISPENSA DE RETENCOES DE CONTRIBUICOES PREVIDENCIARIAS DE QUE TRATA O ARTIGO 115, INCISO III, DA INSTRUCAO NORMATIVA RFB 2.110, DE 17/10/2022, QUE OS SERVICOS SAO PRESTADOS POR PROFISSAO REGULAMENTADA POR LEGISLACAO FEDERAL, SENDO PRESTADO PESSOALMENTE PELOS SOCIOS DA EMPRESA, SEM O CONCURSO DE EMPREGADOS OU DE OUTROS CONTRIBUINTES INDIVIDUAIS.

Valor aproximado dos tributos conforme Lei 12.741 R\$901,80 (16,70%) Fonte: IBPT.

Tributos Federais (R\$)					Valor Aproximado dos Tributos (%)			
PIS	COFINS	INSS	IR	CSLL	Federal	Estadual	Municipal	Fonte
35,10	162,00	0,00	81,00	54,00	0,00%	0,00%	0,00%	

Identificação Prestação de Serviços			Detalhamento de Valores (R\$)	
Código da Obra			Valor do Serviço	5.400,00
Código A.R.T.			Desconto Incondicionado	0,00
Exigibilidade ISSQN		1-Exigível	Desconto Condicionado	0,00
Regime Especial de Tributação		0-Nenhum	Retenções Federais	332,10
Simplex Nacional		( ) Sim (X) Não	Outras Retenções	
Incentivador FISCAL			Deduções Previstas em Lei	0,00
Competência		07/2025	Base de Cálculo	5.400,00
Município Prestação		JUNDIAÍ - SP	Alíquota	0,00
Município Incidência		JUNDIAÍ - SP	ISSQN	0,00
ISSQN a Reter		( ) Sim (X) Não	Valor Líquido	5.067,90

Outras Informações

CONFIRME COM  
O ORIGINAL

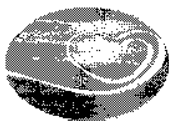
PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUACU

TERMO DE CONVÊNIO Nº 05/SS/2024

FONTES DE RECURSO

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

*Jair*  
ASSINATURA

**DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS**Entidade: **Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu**CNPJ: **52.739.950/0001-36**Nome Pessoa Jurídica: **CSC SERVIÇOS MEDICOS S/S - ME**Nome Pessoa Física: **Larissa da Cunha Santos**CNPJ/CPF.: **28.257.500/0001-22**Especialidade: **Obstetra****Convênio: PLANTÕES**Competência: **06/2025**

<b>Dias da Semana</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Referência</b>	<b>Valor</b>	<b>Valor Total</b>
<b>Final de Semana</b>	<b>3</b>	<b>12 Horas</b>	<b>R\$ 1.800,00</b>	<b>R\$ 5.400,00</b>
<b>Dia 08, 22, 29</b>				
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 5.400,00</b>

  
Romildo-Fontaniello  
Provedor



## 2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 24/07/2025 às 10:54:04

### 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> 237/2988/00000032207-5	<b>CPF/CNPJ:</b> 28.257.500/0001-22
<b>Tipo Conta:</b> 01 - Conta Corrente	<b>Tipo Pessoa:</b> Jurídica
<b>Nome:</b> CSC SERVICOS MEDICOS	<b>Valor:</b> R\$ 2.533,95
<b>Finalidade:</b> 10 - Crédito em Conta	<b>Valor Tarifa:</b> R\$ 12,00
<b>Histórico:</b> NF 1803	

### Informações do Pagamento

<b>Data do Débito:</b> 22/07/2025	<b>Código da Operação:</b> 51011112
<b>Data da Operação:</b> 22/07/2025	<b>Chave de Segurança:</b> VGEYR7M1R97RR0LW

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  
**000000002033 - E**

Autenticidade  
**815Q-HIPS**

Data de Emissão  
**18/07/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

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

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

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

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

Honorários médicos prestados pelo Dr Luiz Henrique Barzon, CRM 65075. Esta nota será liquidada no convênio 05/SS/2024. Plantões 06/2025.

Valor Bruto.....11.200,00  
Imposto renda 168,00  
Pis 72,80  
Cofins 336,00  
CstII 112,00  
Valor Líquido.....10.511,20

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

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

"Não sujeito à retenção a seguridade social, conf. 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\$ 5.255,60

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\$ 1.604,96 - Aliq: 14,33%

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: BARZON E NEVES SERVICOS MEDICOS SS

Nome Pessoa Física: Luiz Henrique Barzon

CNPJ/CPF.: 07.672.539/0001-36

Especialidade: Oftalmologista

Convênio: PLANTÕES

Competência: 06/2025

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
Semana/Final de semana	14	24 Horas	R\$ 800,00	R\$ 11.200,00
Dias 02 a 08 e 16 a 22/06				
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 11.200,00</b>

Romildo Fontaniello

Provedor



## 2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 24/07/2025 às 10:54:04

### Dados do Pagador

<b>Tipo de FED:</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> 001/1172/00000027081-4	<b>CPF/CNPJ:</b> 07.672.539/0001-36
<b>Tipo Conta:</b> 01 - Conta Corrente	<b>Tipo Pessoa:</b> Jurídica
<b>Nome:</b> BARZON E NEVES	<b>Valor:</b> R\$ 5.255,60
<b>Finalidade:</b> 10 - Crédito em Conta	<b>Valor Tarifa:</b> R\$ 12,00
<b>Histórico:</b> NF 2033	

### Informações do Pagamento

<b>Data do Débito:</b> 22/07/2025	<b>Código da Operação:</b> 51063963
<b>Data da Operação:</b> 22/07/2025	<b>Chave de Segurança:</b> HTEN1SMH2XFLGYL

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

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

**Nº: 2025/69**

Emitida em: **22/07/2025** às 07:39:48

Competência: **22/07/2025**

Código de Verificação: **51a90c58**

**RENIUM 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:

**Tomador do(s) Serviço(s)**

CPF/CNPJ: 52.739.950/0001-36      Inscrição Municipal: Não Informado  
**IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MOGI GUAÇU**  
 Rua Chico de Paula, 608, Centro - Cep: 13840-005  
 Mogi Guacu      SP  
 Telefone: Não Informado      Email: Não Informado

**Discriminação do(s) Serviço(s)**

Serviços prestados para os planos 06/2025.  
 Convênio numero: 05/SS/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

**Código de Tributação do Município (CTISS)**  
 0401-0/01-88 / Medicina

**Subitem Lista de Serviços LC 116/03 / Descrição:**  
 4.01 / Medicina e biomedicina.

Cod/Município da incidência do ISSQN: 3106200 / Belo Horizonte      Natureza da Operação: Tributação no município

Regime Especial de Tributação: Sociedade de Profissionais

<b>Valor dos serviços:</b>	<b>R\$ 4.800,00</b>	<b>Valor dos serviços:</b>	<b>R\$ 4.800,00</b>
(-) Descontos:	R\$ 0,00	(-) Deduções:	R\$ 0,00
(-) Retenções Federais:	R\$ 295,20	(-) Desconto incondicionado:	R\$ 0,00
(-) ISS Retido na Fonte:	R\$ 0,00	<b>(=) Base de Cálculo:</b>	<b>R\$ 4.800,00</b>
<b>Valor Líquido:</b>	<b>R\$ 4.504,80</b>	(x) Alíquota:	-
		<b>(=) Valor do ISS:</b>	-

**Retenções Federais:**

PIS: R\$ 31,20    COFINS: R\$ 144,00    IR: R\$ 72,00    CSLL: R\$ 48,00

**Outras Informações:**

Chave de acesso no Ambiente de Dados Nacional: 3106200121844992400013525000000006925075926902918.



Prefeitura de Belo Horizonte - Secretaria Municipal de Fazenda  
 Rua Espírito Santo, 605 - 3º andar - Centro - CEP: 30160-919 - Belo Horizonte MG.  
 Dúvidas: SIGESP



PGTO PARCIAL

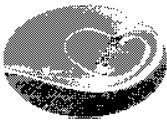
CONVÊNIO Nº 05/SS/2024  
 VALOR PGTO: R\$ 2.252,40

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

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

**CONFERE COM O ORIGINAL**

*Jaiyfa*  
 ASSIN. CTA

**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: **06/2025**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana/Final de semana</b>	6	24 Horas	R\$ 800,00	R\$ 4.800,00
Dias 01, 04, 06, 07, 08, 11				
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 4.800,00</b>

  
Romildo Fontaniello  
Provedor

## 2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 24/07/2025 às 10:54:04

### Dados do Pagador

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

### Dados do Recebedor

<b>Conta Destino:</b> 756/4027/00028882920-4	<b>CPF/CNPJ:</b> 18.449.924/0001-35
<b>Tipo Conta:</b> 01 - Conta Corrente	<b>Tipo Pessoa:</b> Jurídica
<b>Nome:</b> RENIUM CLINICA MEDICA LTDA	<b>Valor:</b> R\$ 2.252,40
<b>Finalidade:</b> 10 - Crédito em Conta	<b>Valor Tarifa:</b> R\$ 12,00
<b>Histórico:</b> NF 69	

### Informações do Pagamento

<b>Data do Débito:</b> 22/07/2025	<b>Código da Operação:</b> 51154440
<b>Data da Operação:</b> 22/07/2025	<b>Chave de Segurança:</b> 7ASUVTJL0LSUVCUR

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  
**000000005208 - E**

Autenticidade  
**HAMO-GU0Y**

Data de Emissão  
**18/07/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

Nome/Razão Social: ELGUI SERVICOS DE SAUDE SS  
 CPF/CNPJ: 17.680.807/0001-15 IM: 259276 IE: ISENT0 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: 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 Eli Paulo Colombo Filho, CRM 66404. Plantões - torácico - JUNHO/2025-Convênio n. 05/SS/2024.

Valor Bruto.....8.400,00  
 Imposto de renda 126,00  
 Pis 54,60  
 Cofins 252,00  
 Csl 84,00  
 Valor Líquido.....7.883,40

Conta para depósito  
 Banco Sicoob  
 Agencia 3122  
 Conta corrente 855736-5

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

\* Não sujeitos à Seguridade Social, conforme Art. 31 da Lei 8.212/91, OS/INSS 209/99, IN/INSS- DC 100/03 e IN 971/09, Artigo 120, Inciso III. Os serviços acima descritos foram prestados pessoalmente pelo(s) sócio(s) e sem o concurso de empregados ou outros contribuintes individuais.

FGTO PARCIAL

CONVÊNIO Nº 05/SS/2024

VALOR PGTO: R\$ 7.883,40

**CONFERE COM**  
*Josely*  
 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\$ 951,72 - Aliq: 11,33%**

Situação de Tributação  
 Tributada no Prestador

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

Deduções de Materiais 0,00	Base de Cálculo (R\$) 8.400,00	Aliquota (%) -	Vr do ISS (R\$) -
-------------------------------	-----------------------------------	-------------------	----------------------

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

**DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS**



Entidade: Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu

CNPJ: 52.739.950/0001-36

Nome Pessoa Jurídica:

ELGUI SERVICOS DE SAUDE SS LTDA

Nome Pessoa Física:

Eli Paulo Colombo Filho

CNPJ/CPF:

17.680.807/0001-15


Especialidade:

Cirurgião

Convênio: PLANTÕES

Competência: 06/2025

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
Semana/Final de semana	14	24 Horas	R\$ 800,00	R\$ 11.200,00
Dia 01, 02, 04, 05, 09, 11, 13, 14, 15, 16, 18, 23, 24, 30				
Semana/Final de semana	14	24 Horas	R\$ 400,00	R\$ 5.600,00
Dia 01, 02, 04, 05, 09, 11, 13, 14, 15, 16, 18, 23, 24, 30				
<b>TOTAL A PAGAR</b>			R\$	<b>16.800,00</b>

  
Romildo Fonfaniello  
Provedor

## 2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 24/07/2025 às 10:54:04

### Dados do Pagador

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

### Dados do Recebedor

<b>Conta Destino:</b> 756/3122/00000855736-5	<b>CPF/CNPJ:</b> 17.680.807/0001-15
<b>Tipo Conta:</b> 01 - Conta Corrente	<b>Tipo Pessoa:</b> Jurídica
<b>Nome:</b> ELGUI SERVICOS DE SAUDE	<b>Valor:</b> R\$ 7.883,40
<b>Finalidade:</b> 10 - Crédito em Conta	<b>Valor Tarifa:</b> R\$ 12,00
<b>Histórico:</b> NF 5209	

### Informações do Pagamento

<b>Data do Débito:</b> 22/07/2025	<b>Código da Operação:</b> 51212806
<b>Data da Operação:</b> 22/07/2025	<b>Chave de Segurança:</b> 502WZVULM58CPM12

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  
**000000005209 - E**

Autenticidade  
**TU0F-RNAM**

Data de Emissão  
**18/07/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

Nome/Razão Social: ELGUI SERVICOS DE SAUDE SS  
 CPF/CNPJ: 17.680.807/0001-15 IM: 259276 IE: ISENT0 Fone: 19-99177-2083  
 Endereço: RUA ALAGOAS,134,JARDIM CENTENARIO - CEP : 13845237  
 Município: MOGI GUACU UF: SP E-mail: clinicagei@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: 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 Eil Paulo Colombo Filho, CRM 66404. PLANTÕES JUNHO/2025-Cirurgião-Convênio número 05/SS/2024.

Valor Bruto.....16.800,00  
 Imposto de renda 252,00  
 Pis 109,20  
 Cofins 504,00  
 Csl 168,00  
 Valor Líquido.....15.766,80

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

Conta para depósito  
 Banco Sicoob  
 Agência 3122  
 Conta corrente 855736-5

" Não sujeitos à Seguridade Social, conforme Art. 31 da Lei 8.212/91, OS/INSS.209/99, IN/INSS- DC 100/03 e IN 971/09, Artigo 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\$ 3.944,70

*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\$ 1.903,44 - 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\$) 16.800,00	Alíquota (%) -	Vr do ISS (R\$) -
-------------------------------	------------------------------------	-------------------	----------------------

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



## DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

Entidade: Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu

CNPJ: 52.739.950/0001-36

Nome Pessoa Jurídica: ELGUI SERVICOS DE SAUDE SS LTDA

Nome Pessoa Física: Eli Paulo Colombo Filho

CNPj/CPF.: 17.680.807/0001-15

Especialidade: Torácico

**Convênio: PLANTÕES**

Competência: 06/2025

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana/Final de semana</b>	14	24 Horas	R\$ 800,00	R\$ -
Dias 01, 02, 04, 05, 09, 11, 13				
14, 15, 16, 18, 23, 24, 30				
Devido a falta de especialistas médicos torácicos na entidade, foi solicitado aos médicos cirurgiões para suprir esta necessidade (1/4).				R\$ 8.400,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>			R\$	<b>8.400,00</b>

Romildo Fontaniello

Provedor



## 2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 24/07/2025 às 10:54:04

### Dados do Pagador

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

### Dados do Recebedor

<b>Conta Destino:</b> 756/3122/00000855736-5	<b>CPF/CNPJ:</b> 17.680.807/0001-15
<b>Tipo Conta:</b> 01 - Conta Corrente	<b>Tipo Pessoa:</b> Jurídica
<b>Nome:</b> ELGUI SERVICOS DE SAUDE	<b>Valor:</b> R\$ 3.941,70
<b>Finalidade:</b> 10 - Crédito em Conta	<b>Valor Tarifa:</b> R\$ 12,00
<b>Histórico:</b> NF 5208	

### Informações do Pagamento

<b>Data do Débito:</b> 22/07/2025	<b>Código da Operação:</b> 51260854
<b>Data da Operação:</b> 22/07/2025	<b>Chave de Segurança:</b> CEZMU7UAG72XRT92

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  
**000000000464 - E**  
Autenticidade  
**0ZP1-TP4V**  
Data de Emissão  
**21/07/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** CARVALHO ZAGO SOCIEDADE SIMPLES  
**CPF/CNPJ:** 55.191.792/0001-10 **IM:** 329590 **IE:** **Fone:** 194042-6133  
**Endereço:** RUA RUA ACURCIO ALVES RAMOS,278,PARQUE CIDADE NOVA - CEP : 13845418  
**Município:** MOGI GUAÇU **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 plantões 06/2025  
Convênio 05/SS/2024

**Retenção:**

IR ( 1,50%) R\$144,00  
CSLL (1%) R\$ 96,00  
COFINS (3%) R\$288,00  
PIS (0.65%) R\$ 62,40  
TOTAL DESC.R\$ 590,40  
VALOR LIQUIDO R\$ 9.009,60

PGTO PARCIAL  
CONVÊNIO Nº 05/SS/2024  
VALOR PGTO: R\$ 4.504,80

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

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\$ _____

COPIA COM  
O ORIGINAL

*Thiago*  
ASSINATURA

Processo executado por: 172.16.20.60

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

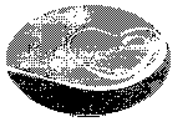
Situação de Tributação  
Tributada no Prestador

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

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



## DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

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

CNPJ: **52.739.950/0001-36**

Nome Pessoa Jurídica: **CARVALHO ZAGO SOCIEDADE SIMPLES**

Nome Pessoa Física: **Thiago Messias Zago**

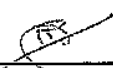
CNPJ/CPF.: **55.191.792/0001-10**

Especialidade: **Otorrinolaringologista**

Convênio: **PLANTÕES**

Competência: **06/2025**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
Semana/Final de semana		12 Horas	R\$ 400,00	R\$ -
Semana/Final de semana	12	24 Horas	R\$ 800,00	R\$ 9.600,00
De 19 a 30				
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 9.600,00</b>

  
Romildo Fontaniello  
Provedor



## 2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 24/07/2025 às 10:54:04

### Dados do Pagador

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

### Dados do Recebedor

<b>Conta Destino:</b> 756/3122/00000865114-0	<b>CPF/CNPJ:</b> 55.191.792/0001-10
<b>Tipo Conta:</b> 01 - Conta Corrente	<b>Tipo Pessoa:</b> Jurídica
<b>Nome:</b> CARVALHO ZAGO SOCIEDADE	<b>Valor:</b> R\$ 4.504,80
<b>Finalidade:</b> 10 - Crédito em Conta	<b>Valor Tarifa:</b> R\$ 12,00
<b>Histórico:</b> NF 464	

### Informações do Pagamento

<b>Data do Débito:</b> 22/07/2025	<b>Código da Operação:</b> 51331239
<b>Data da Operação:</b> 22/07/2025	<b>Chave de Segurança:</b> ZARLUEW0RP1APVLJ

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  
**000000000880 - E**

Autenticidade  
**A2V1-RZFI**

Data de Emissão  
**17/07/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

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

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

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

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS REFERENTE PLANTÕES 06/2025

CONVÊNIO 05/SS/2024

DR. RAMON DIEGO L. SILVA - CRM 126678

PGTO PARCIAL

RETENÇÕES:

PIS R\$ 91,00  
COFINS R\$ 420,00  
IR R\$ 210,00  
CSLL R\$ 140,00


CONVÊNIO Nº 05/SS/2024

VALOR PGTO: R\$ 6.569,50

VALOR LÍQUIDO R\$ 13.139,00

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

  
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\$ 2.259,60 - Aliq: 16,14%

Situação de Tributação  
Tributada no Prestador

Código do Serviço

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

Deduções de Materiais  
0,00

Base de Cálculo (R\$)  
14.000,00

Aliquota (%)  
-

Vr do ISS (R\$)  
-

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 14.000,00**



## DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

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

CNPJ: **52.739.950/0001-36**

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

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

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

Especialidade: **Obstetra**

Convênio: **PLANTÕES**

Competência: **06/2025**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana</b>	4	12 Horas	R\$ 1.700,00	R\$ 6.800,00
Dia 16, 23, 26, 30				
<b>Final de Semana</b>	4	12 Horas	R\$ 1.800,00	R\$ 7.200,00
Dia 14, 14, 19, 28,				
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 14.000,00</b>

Romildo Fontaniello  
Provedor



## 2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 24/07/2025 às 10:54:04

### Dados do Pagador

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

### Dados do Recebedor

<b>Conta Destino:</b> 756/3122/00000831062-9	<b>CPF/CNPJ:</b> 12.140.085/0001-92
<b>Tipo Conta:</b> 01 - Conta Corrente	<b>Tipo Pessoa:</b> Jurídica
<b>Nome:</b> C P R S SERVICOS MEDICOS	<b>Valor:</b> R\$ 6.569,50
<b>Finalidade:</b> 10 - Crédito em Conta	<b>Valor Tarifa:</b> R\$ 12,00
<b>Histórico:</b> NF 880	

### Informações do Pagamento

<b>Data do Débito:</b> 22/07/2025	<b>Código da Operação:</b> 51399286
<b>Data da Operação:</b> 22/07/2025	<b>Chave de Segurança:</b> RCEFETH61CZRG5C7

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  
**000000003614 - E**  
Autenticidade  
**1AAA-B6YJ**  
Data de Emissão  
**18/07/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** SF DIAGNOSTICOS POR IMAGEM S S  
**CPF/CNPJ:** 31.246.667/0001-00 **IM:** 319197 **IE:** ISENTO **Fone:** 17-3305-9030  
**Endereço:** RUA JOSE ANTONIO CIPRIANO (KIKI),135,JARDIM SANTA MONICA II - CEP : 13844368  
**Município:** MOGI-GUACU **UF:** SP **E-mail:** flaviohsbarreto@gmail.com

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

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

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

REFERENTE SERVIÇOS MÉDICOS REFERENTE A PLANTÕES - 06/2025

CONVÊNIO 05/SS/2024 - DR FLAVIO HENRIQUE DE SOUZA  
R\$ 4.800,00

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

PGTO PARCIAL  
CONVÊNIO Nº 05/SS/2024  
VALOR PGTO: R\$ 2.252,10

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

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

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

CONFERE COM  
O ORIGINAL

*Assinatura*  
ASSINATURA

Processo executado por: 172.16.20.60

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

Situação de Tributação  
Tributada no Prestador

Código do Serviço

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

Deduções de Materiais  
0,00

Base de Cálculo (R\$)  
4.800,00

Aliquota (%)  
-

Vr do ISS (R\$)  
-

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



**DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS**

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

CNPJ: **52.739.950/0001-36**

Nome Pessoa Jurídica: **SF DIAGNOSTICOS POR IMAGEM LTDA**

Nome Pessoa Física: **Flavio Henrique de Souza**

CNPJ/CPF.: **31.246.667/0001-00**

Especialidade: **Radiologista**

**Convênio: PLANTÕES**

Competência: **06/2025**

<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>6</b>	<b>24 Horas</b>	<b>R\$ 800,00</b>	<b>R\$ 4.800,00</b>
Dias 04, 07, 08, 11, 18, 25				
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 4.800,00</b>

  
Romildo Fontaniello  
Provedor



## 2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 24/07/2025 às 10:54:04

### Dados do Pagador

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

### Dados do Recebedor

<b>Conta Destino:</b> 077/0001/00008691246-1	<b>CPF/CNPJ:</b> 31.246.667/0001-00
<b>Tipo Conta:</b> 01 - Conta Corrente	<b>Tipo Pessoa:</b> Jurídica
<b>Nome:</b> SF DIAGNOSTICOS	<b>Valor:</b> R\$ 2.252,40
<b>Finalidade:</b> 10 - Crédito em Conta	<b>Valor Tarifa:</b> R\$ 12,00
<b>Histórico:</b> NF 3614	

### Informações do Pagamento

<b>Data do Débito:</b> 22/07/2025	<b>Código da Operação:</b> 51456680
<b>Data da Operação:</b> 22/07/2025	<b>Chave de Segurança:</b> QQ90Q8611CJMS6R1

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  
**000000000598 - E**

Autenticidade  
**B3CK-2R1M**

Data de Emissão  
**18/07/2025**

**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:** AVENIDA RODRIGO MAZON,730 CASA 01 - B,LOTEAMENTO PARQUE REAL GUAÇU - CEP : 13845005  
**Município:** Mogi Guaçu    **UF:** SP    **E-mail:** ljnmservicosmedicos@hotmail.com

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

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

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS PELA DRA. LETÍCIA DINIZ JORDÃO LIMA (CRM/SP 167.647).  
 COMPETÊNCIA MAIO - TERMO DE CONVÊNIO: 05/SS/2024.

Valor da nota fiscal: R\$ 1.700,00  
 (Issqn) -R\$ 49,03

Líquido à pagar: R\$ 1.650,97  
 Serviço realizado em : MOGI GUAÇU/SP

PGTO PARCIAL  
 CONVÊNIO nº 05/SS/2024  
 VALOR PGTO: R\$ 826,49

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

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

CONFERE COM  
 O ORIGINAL

*[Assinatura]*  
 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>**

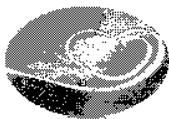
Situação de Tributação  
 Tributado no Tomador

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>2,8841%</b>	Vr do ISS (R\$) <b>49,03</b>
--------------------------------------	--	--------------------------------	---------------------------------

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

**DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS**



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

CNPJ: **52.739.950/0001-36**

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

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

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

Especialidade: **Pediatra/Neonatologista**

**Convênio: PLANTÕES**

**Competência: 06/2025**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana/Final de semana</b>	1	12 Horas	R\$ 1.700,00	R\$ 1.700,00
Dia 06,				
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 1.700,00</b>

  
 Romildo Fontaniello  
 Provedor

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

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 24/07/2025 às 10:54:04

**Dados do Pagador**

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

**Dados do Recebedor**

<b>Conta Destino:</b> 077/0001/00008127944-2	<b>CPF/CNPJ:</b> 38.112.136/0001-66
<b>Tipo Conta:</b> 01 - Conta Corrente	<b>Tipo Pessoa:</b> Jurídica
<b>Nome:</b> LETICIA JORDAO	<b>Valor:</b> R\$ 825,49
<b>Finalidade:</b> 10 - Crédito em Conta	<b>Valor Tarifa:</b> R\$ 12,00
<b>Histórico:</b> NF 598	

**Informações do Pagamento**

<b>Data do Débito:</b> 22/07/2025	<b>Código da Operação:</b> 51497888
<b>Data da Operação:</b> 22/07/2025	<b>Chave de Segurança:</b> 1A5JYMRPN3RCQNAA

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

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

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492



Prefeitura Municipal de Itaquaquecetuba

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

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número RPS:	Número Nota Fiscal:	Data Emissão:	Chave:
	177	17/07/2025	EFKI-UOCQ

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

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

Local do Serviço: 2 - SERVIÇO PRESTADO FORA DO MUNICÍPIO DE ITAQUAQUECETUBA  
 Natureza Operação: Prestação de Serviços Competência: 07/2025 Mun. Prestação do Serviço: Mogi Guaçu - SP  
 Atividade: 04.01 - Medicina e biomedicina.

<b>Nota Fiscal Fatura</b>	Fatura Nro	177	Valor R\$	41.600,00	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: 13840005  
 CNPJ/CPF: 52.739.950/0001-36 Inscrição Estadual/RG: Inscrição Municipal:  
 E-mail:  
 End. Cobrança:

**Dados do Intermediário**

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

**Valor por extenso**  
 QUARENTA E UM MIL E SEISCENTOS REAIS

Qtd.	Un.	Discriminação dos Serviços	Valor Unitário	Valor Total
1		Convênio 05/55/2024	41.600,00	41.600,00

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\$ 20.800,00

CONFERE COM  
 O ORIGINAL

*Assinatura*  
 ASSINATURA

Observação:

Forma de Pagamento: À vista

Total dos Serviços	41.600,00
Total de Deduções	0,00
ISS SEM RETENÇÃO	2,00% 832,00
Desc. Incondicionado	0,00
Desc. Condicionado	0,00

<b>Total da Nota</b>	<b>RETENÇÕES</b>							<b>Total Líquido</b>
41.600,00	ISS	IPRF	IPIC	LOTEME	LOCI	IMPOSTO	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: **06/2025**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana (P1)</b>	4	24 Horas	R\$ 3.400,00	R\$ 13.600,00
Dias 06, 10, 18, 30				
<b>Final de semana (P1)</b>	2	24 Horas	R\$ 3.600,00	R\$ 7.200,00
Dias 01, 28				
<b>Semana (P2)</b>	4	24 Horas	R\$ 3.400,00	R\$ 13.600,00
Dia 04, 16, 24, 26				
<b>Final de semana (P2)</b>	2	24 Horas	R\$ 3.600,00	R\$ 7.200,00
Dias 08, 15,				
<b>TOTAL A PAGAR</b>				R\$ 41.600,00

Romildo Fontaniello  
Provedor



## 2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 24/07/2025 às 10:54:04

### Dados do Pagador

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

### Dados do Recebedor

<b>Conta Destino:</b> 077/0001/00011600219-0	<b>CPF/CNPJ:</b> 41.355.893/0001-75
<b>Tipo Conta:</b> 01 - Conta Corrente	<b>Tipo Pessoa:</b> Jurídica
<b>Nome:</b> CLINICA MEDICA E MEDICINA DO TRA	<b>Valor:</b> R\$ 20.800,00
<b>Finalidade:</b> 10 - Crédito em Conta	<b>Valor Tarifa:</b> R\$ 12,00
<b>Histórico:</b> NF 177	

### Informações de Pagamento

<b>Data do Débito:</b> 22/07/2025	<b>Código da Operação:</b> 51559559
<b>Data da Operação:</b> 22/07/2025	<b>Chave de Segurança:</b> GNWKY6EF8862EWER

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 DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**

SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

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

20250722u57372388000179

Número da Nota

**00000036**

Data e Hora de Emissão


**22/07/2025 10:01:14**

Código de Verificação

**DLMR-ETPG****PRESTADOR DE SERVIÇOS**CPF/CNPJ: **57.372.388/0001-79**Inscrição Municipal: **1.516.897-2**Nome/Razão Social: **CAROL K SERVICOS MEDICOS LTDA**Endereço: **AV PAULISTA 1636, CONJ 4 - BELA VISTA - CEP: 01310-200**Município: **São Paulo**UF: **SP****TOMADOR DE SERVIÇOS**Nome/Razão Social: **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MOGI GUAÇU**CPF/CNPJ: **52.739.950/0001-36**Inscrição Municipal: **---**Endereço: **Rua CHICO DE PAULA 608 - CENTRO - CEP: 13840-005**Município: **Mogi Guaçu**UF: **SP**E-mail: **financeiro@matriarca.med.br****INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS**CPF/CNPJ: **---**Nome/Razão Social: **---****DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

Serviços prestados no mês 06/2025, Dra. Carolina Arantes Kuesteis, na especialidade de Obstetra, referente à PLANTÕES no mês 06/2025, Convênio 03/ss/2024. - R\$ 17.100,00  
 Semana: 13, 16, 02, 04, 09, 11, 13, 23, 26 - 9 plantões de 12h - R\$ 1.700,00 cada - R\$ 15.300,00  
 Final de semana: 29 - 1 plantão de 12h - R\$ 1.800,00 cada - R\$ 1.800,00

Dados Bancários:

Banco: **077 Inter**Ag: **0001**Conta: **0405752415**COPIAR COM  
O ORIGINAL
  
 ASSASSORIA

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

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

**VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 17.100,00**

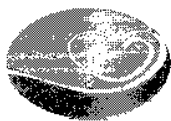
INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)
-	-	-	-	-
Código do Serviço <b>04030 - Medicina e biomedicina.</b>				
Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito (R\$)
<b>0,00</b>	-	-	-	<b>0,00</b>
Município da Prestação do Serviço	Número Inscrição da Obra	Valor Aproximado dos Tributos / Fonte		
-	-	-		

**OUTRAS INFORMAÇÕES**

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

PGTO PARCIAL

CONVÊNIO Nº 05/SS/2024VALOR PGTO: R\$ 8.550,00



## DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

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

CNPJ: **52.739.950/0001-36**

Nome Pessoa Jurídica: **CAROL K SERVICOS MEDICOS LTDA**

Nome Pessoa Física: **Carolina Arantes Kusteis**

CNPJ/CPF.: **57.372.388/0001-79**

Especialidade: **Obstetra**

Convênio: **PLANTOES**

Competência: **06/2025**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana</b>	9	12 Horas	R\$ 1.700,00	R\$ 15.300,00
Dia 13, 16, 02, 04, 09, 11, 13, 23, 26,				
<b>Final de Semana</b>	1	12 Horas	R\$ 1.800,00	R\$ 1.800,00
29				
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 17.100,00</b>

Romildo Fontaniello  
Provedor

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

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 24/07/2025 às 10:54:04

**Dados do Pagador**

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

**Dados do Recebedor**

<b>Conta Destino:</b> 077/0001/00040575241-5	<b>CPF/CNPJ:</b> 57.372.388/0001-79
<b>Tipo Conta:</b> 01 - Conta Corrente	<b>Tipo Pessoa:</b> Jurídica
<b>Nome:</b> CAROL K SERVICOS MEDICOS	<b>Valor:</b> R\$ 8.550,00
<b>Finalidade:</b> 10 - Crédito em Conta	<b>Valor Tarifa:</b> R\$ 12,00
<b>Histórico:</b> NF 36	

**Informações do Pagamento**

<b>Data do Débito:</b> 22/07/2025	<b>Código da Operação:</b> 51622849
<b>Data da Operação:</b> 22/07/2025	<b>Chave de Segurança:</b> KSJG9Q9KXYF4376V

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  
**000000000220 - E**  
Autenticidade  
**D0DI-GZRE**  
Data de Emissão  
**18/07/2025**

**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 - 06/2025  
Convênio 05/SS/2024

PIS (0,65%): R\$ 31,20  
COFINS (3%): R\$ 144,00  
CSLL (1%): R\$ 48,00  
IR (1,5): R\$ 72,00  
ISS (3%): R\$ 144,00  
VALOR LÍQUIDO: R\$ 4.360,80

PGTO PARCIAL  
CONVÊNIO Nº 05/SS/2024  
VALOR PGTO: R\$ 2.180,40

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

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU  
TERMO DE CONVÊNIO Nº 05/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\$ _____

CONFIRMAÇÃO  
CONDICIONAL  
  
ASSINATURA

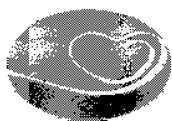
Processo executado por: 172.16.20.60  
**Consulte a autenticidade desta Nota Fiscal através do site: <http://www.mogiguacu.sp.gov.br>**  
**Valor aprox. dos tributos (Lei nº 12.741/2012): R\$ 801,60 - Aliq: 16,70%**

Situação de Tributação  
Tributado no Tomador

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

Deduções de Materiais 0,00	Base de Cálculo (R\$) 4.800,00	Aliquota (%) 3,0000%	Vr do ISS (R\$) 144,00
-------------------------------	-----------------------------------	-------------------------	---------------------------

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



### 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: 06/2025**

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>R\$ 4.800,00</b>
Dias 05, 12, 19, 21, 22, 26				
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 4.800,00</b>

  
Romildo Fontaniello  
Provedor



## 2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 24/07/2025 às 10:54:04

### 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	<b>Valor:</b> R\$ 2.180,40
<b>Finalidade:</b> 10 - Crédito em Conta	<b>Valor Tarifa:</b> R\$ 12,00
<b>Histórico:</b> NF 220	

### Informações do Pagamento

<b>Data do Débito:</b> 22/07/2025	<b>Código da Operação:</b> 51694386
<b>Data da Operação:</b> 22/07/2025	<b>Chave de Segurança:</b> LQLA08PZNPFCF086



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

 <p>MUNICÍPIO DE ESPÍRITO SANTO DO PINHAL DEPARTAMENTO DE FINANÇAS</p> <p>NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-E</p>		Número da Nota Fiscal <b>311</b>																					
		Série: <b>E</b>																					
		Data Emissão: <b>18/07/2025</b>																					
		Certificação: <b>565FF-2DFD0</b>																					
<b>DADOS DO PRESTADOR</b>																							
Nome/Razão Social: <b>PAULINI FIORINI DIAS ME</b> Nome Fantasia: CNPJ/CPF: <b>24.828.936/0001-73</b> Insc. Municipal: <b>114023</b> Insc. Estadual: Endereço: <b>RUA OSVALDO CRUZ</b> N°: <b>105</b> Bairro: <b>JARDIM PAULISTA</b> Compl.: Município: <b>ESPÍRITO SANTO DO PINHAL</b> UF: <b>SP</b> CEP: <b>13990-000</b> E-mail: <b>fiscal-vicechi@hotmail.com</b> Telefone: <b>1936511621</b>																							
<b>DADOS DO TOMADOR</b>																							
Nome/Razão Social: <b>IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MOGI GUAÇU</b> CNPJ/CPF: <b>52.739.950/0001-36</b> Insc. Municipal: Endereço: <b>RUA: CHICO DE PAULA</b> Insc. Estadual: Bairro: <b>CENTRO</b> N°: <b>608</b> Município: <b>MOGI GUAÇU</b> Compl.: E-mail:      UF: <b>SP</b> CEP: <b>13840-005</b> Telefone: <b>1938611313</b>																							
<b>DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO</b>																							
SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS PLANTÕES 06/2025. DRA. PAULINI FIORINI DIAS - CRM: 100633 CONVÊNIO NUMERO 05/SS/2024 CONTA BANCÁRIA PARA DEPÓSITO AGÊNCIA 0001 CONTA CORRENTE 60748633-8 BANCO0260 NUPAGAMENTOS.S.A.																							
PGTO PARCIAL CONVÊNIO Nº 05/SS/2024 VALOR PAGO: R\$ 3.400,00																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;">Item</th> <th style="width: 10%;">Serviço</th> <th style="width: 10%;">Qtde.</th> <th style="width: 15%;">Vl. Unitário R\$</th> <th style="width: 5%;">Total R\$</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS PLANTÕES 06/2025.</td> <td style="text-align: center;">Sim</td> <td style="text-align: center;">1,00</td> <td style="text-align: right;">6800</td> <td style="text-align: right;">6.800,00</td> </tr> </tbody> </table>				Item	Serviço	Qtde.	Vl. Unitário R\$	Total R\$	SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS PLANTÕES 06/2025.	Sim	1,00	6800	6.800,00										
Item	Serviço	Qtde.	Vl. Unitário R\$	Total R\$																			
SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS PLANTÕES 06/2025.	Sim	1,00	6800	6.800,00																			
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU TERMO DE CONVÊNIO Nº 05/SS/2024</p> <p>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="width: 50%; text-align: center;"> <p>CONTINHA COM O ORIGINAL</p> <p><i>Paulini</i> ASSINATURA</p> </div> </div>																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Valor dos Serviços: <b>R\$ 6.800,00</b></td> <td>Outros Valores: <b>R\$ 0,00</b></td> <td colspan="2" style="text-align: center;"><b>VALOR BRUTO DA NOTA</b></td> <td style="text-align: right;"><b>R\$ 6.800,00</b></td> </tr> <tr> <td>Valor Total das Deduções: <b>R\$ 0,00</b></td> <td>Desconto Incondicionado: <b>R\$ 0,00</b></td> <td>Desconto Condicionado: <b>R\$ 0,00</b></td> <td>Base de Cálculo: <b>R\$ 6.800,00</b></td> <td>Aliquota: <b>2,1700%</b></td> </tr> <tr> <td>PIS: 0,000% <b>R\$ 0,00</b></td> <td>COFINS: 0,000% <b>R\$ 0,00</b></td> <td>INSS: 0,000% <b>R\$ 0,00</b></td> <td>IR: 0,000% <b>R\$ 0,00</b></td> <td>CSLL: 0,000% <b>R\$ 0,00</b></td> </tr> <tr> <td colspan="3">Valor Aproximado de Impostos: Federais R\$ 914,80 Estaduais R\$ 0,00 Municipais R\$ 221,00</td> <td style="text-align: center;"><b>VALOR LÍQUIDO DA NOTA</b></td> <td style="text-align: right;"><b>R\$ 6.800,00</b></td> </tr> </table>				Valor dos Serviços: <b>R\$ 6.800,00</b>	Outros Valores: <b>R\$ 0,00</b>	<b>VALOR BRUTO DA NOTA</b>		<b>R\$ 6.800,00</b>	Valor Total das Deduções: <b>R\$ 0,00</b>	Desconto Incondicionado: <b>R\$ 0,00</b>	Desconto Condicionado: <b>R\$ 0,00</b>	Base de Cálculo: <b>R\$ 6.800,00</b>	Aliquota: <b>2,1700%</b>	PIS: 0,000% <b>R\$ 0,00</b>	COFINS: 0,000% <b>R\$ 0,00</b>	INSS: 0,000% <b>R\$ 0,00</b>	IR: 0,000% <b>R\$ 0,00</b>	CSLL: 0,000% <b>R\$ 0,00</b>	Valor Aproximado de Impostos: Federais R\$ 914,80 Estaduais R\$ 0,00 Municipais R\$ 221,00			<b>VALOR LÍQUIDO DA NOTA</b>	<b>R\$ 6.800,00</b>
Valor dos Serviços: <b>R\$ 6.800,00</b>	Outros Valores: <b>R\$ 0,00</b>	<b>VALOR BRUTO DA NOTA</b>		<b>R\$ 6.800,00</b>																			
Valor Total das Deduções: <b>R\$ 0,00</b>	Desconto Incondicionado: <b>R\$ 0,00</b>	Desconto Condicionado: <b>R\$ 0,00</b>	Base de Cálculo: <b>R\$ 6.800,00</b>	Aliquota: <b>2,1700%</b>																			
PIS: 0,000% <b>R\$ 0,00</b>	COFINS: 0,000% <b>R\$ 0,00</b>	INSS: 0,000% <b>R\$ 0,00</b>	IR: 0,000% <b>R\$ 0,00</b>	CSLL: 0,000% <b>R\$ 0,00</b>																			
Valor Aproximado de Impostos: Federais R\$ 914,80 Estaduais R\$ 0,00 Municipais R\$ 221,00			<b>VALOR LÍQUIDO DA NOTA</b>	<b>R\$ 6.800,00</b>																			
<b>ENQUADRAMENTO DO SERVIÇO</b>																							
4.01 - Medicina e biomedicina.																							
<b>OUTRAS INFORMAÇÕES</b>																							
Mês de Competência: <b>07/2025</b> Local do Recolhimento: <b>ESPÍRITO SANTO DO PINHAL/SP</b> Dt: <b>18/07/2025 08:59:37</b> Recolhimento: <b>Sem Retenção</b> Tributação: <b>Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP)</b> Competência: CNAE: <b>8630503</b> Empresa Optante do Simples Nacional Observações:																							
O conteúdo deste documento fiscal é de inteira responsabilidade do emissor.																							
Impresso em: 18/07/2025 às 08:59:52																							

Receb(emos) de: PAULINI FIORINI DIAS ME

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA



**DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS**

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

CNPJ: **52.739.950/0001-36**

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

Nome Pessoa Física: **Paulini Fiorini Dias**

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

Especialidade: **Obstetra**

**Convênio: PLANTÕES**

**Competência: 06/2025**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana</b>	<b>4</b>	<b>12 Horas</b>	<b>R\$ 1.700,00</b>	<b>R\$ 6.800,00</b>
Dia 03, 10, 17, 24,				
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 6.800,00</b>

  
Romildo Fontaniello  
Provedor



## 2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 24/07/2025 às 10:54:04

### Dados do Pagador

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

### Dados do Recebedor

<b>Conta Destino:</b> 260/0001/00060748633-8	<b>CPF/CNPJ:</b> 24.828.936/0001-73
<b>Tipo Conta:</b> 01 - Conta Corrente	<b>Tipo Pessoa:</b> Jurídica
<b>Nome:</b> PAULINI FIORINI DIAS ME	<b>Valor:</b> R\$ 3.400,00
<b>Finalidade:</b> 10 - Crédito em Conta	<b>Valor Tarifa:</b> R\$ 12,00
<b>Histórico:</b> NF 311	

### Informações do Pagamento

<b>Data do Débito:</b> 22/07/2025	<b>Código da Operação:</b> 51757175
<b>Data da Operação:</b> 22/07/2025	<b>Chave de Segurança:</b> E7HJMA0E3QZXG5PH

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  
**000000000232 - E**

Autenticidade  
**Y91Q-A1G1**

Data de Emissão  
**18/07/2025**

**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:** 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 06/2025.

CONVÊNIO NUMERO 05/SS/2024

VALOR BRUTO: R\$ 6.400,00  
PIS: 0,65% = R\$ 41,60  
CONFINS: 3 % = R\$ 192,00  
CONTRIBUIÇÃO SOCIAL: 1%= R\$ 64,00  
IR: 1,5% = R\$ 96,00  
VALOR LÍQUIDO = R\$ 6.006,40

PGTO PARCIAL

CONVÊNIO Nº 05/SS/2024

VALOR PGTO: R\$ 3.003,00

DRA ANA PAULA

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 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\$ _____

CONF. 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>

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

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: 06/2025

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
Semana/Final de semana	8	24 Horas	R\$ 800,00	R\$ 6.400,00
Dias 09, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 30				
<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: 24/07/2025 às 10:54:04

### 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> 341/0025/00000099509-3	<b>CPF/CNPJ:</b> 45.928.502/0001-15
<b>Tipo Conta:</b> 01 - Conta Corrente	<b>Tipo Pessoa:</b> Jurídica
<b>Nome:</b> CLINICA DE OFT APPLIMA	<b>Valor:</b> R\$ 3.003,20
<b>Finalidade:</b> 10 - Crédito em Conta	<b>Valor Tarifa:</b> R\$ 12,00
<b>Histórico:</b> NF 232	

### Informações do Pagamento

<b>Data do Débito:</b> 22/07/2025	<b>Código da Operação:</b> 51826489
<b>Data da Operação:</b> 22/07/2025	<b>Chave de Segurança:</b> 6T56QRE6Y2XMQCQ4

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 MOGI MIRIM**  
**SECRETARIA DE FINANÇAS**

Nº da Nota - Serie  
**0000001624 - E**

Autenticidade  
**8N48-X0R5**

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

Data de Emissão .....: **18/07/2025 12:06:47**  
Competência (Serv.): **07/2025**



**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@dglnet.com.br**

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

Referente a serviços prestados pela Dra Alessandra Sbegue – Plantões 06/2025  
Convênio número 05/SS/2024

PGTO PARCIAL

CONVÊNIO Nº 05/SS/2024

VALOR PGTO: R\$ 850,00

CONTRE COM  
O GERAL

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

*Júlia*  
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)

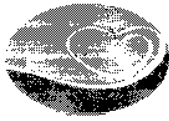
Situação de Tributação  
**Tributada no Prestador**  
Tributada em Mogi Mirim.

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 CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR DO ISS	VALOR LÍQUIDO
1.700,00	0,00	1.700,00	2,7329%	46,46	1.700,00



## DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

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

CNPJ: **52.739.950/0001-36**

Nome Pessoa Jurídica: **SBEGUE CLINICA MEDICA LTDA**

Nome Pessoa Física: **Alessandra Sbegue**

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

Especialidade: **Pediatra/Neonatalogista**

Convênio: **PLANTÕES**

Competência: **06/2025**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana/Final de semana</b>	<b>2</b>	<b>6 Horas</b>	<b>R\$ 850,00</b>	<b>R\$ 1.700,00</b>
Dia 05, 10				
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 1.700,00</b>

  
Romildo Pontaniello  
Provedor



## 2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 24/07/2025 às 10:54:04

### 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> 336/0001/00025843745-6	<b>CPF/CNPJ:</b> 49.530.635/0001-90
<b>Tipo Conta:</b> 01 - Conta Corrente	<b>Tipo Pessoa:</b> Jurídica
<b>Nome:</b> SBEGUE CLINICA MEDICA	<b>Valor:</b> R\$ 850,00
<b>Finalidade:</b> 10 - Crédito em Conta	<b>Valor Tarifa:</b> R\$ 12,00
<b>Histórico:</b> NF 1624	

### Informações do Pagamento

<b>Data do Débito:</b> 22/07/2025	<b>Código da Operação:</b> 51887323
<b>Data da Operação:</b> 22/07/2025	<b>Chave de Segurança:</b> ZZ5TYC4MPFK.PEPSN

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

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

Número da Nota - Série  
**000000000022 - 1**

Autenticidade  
**4A82-U2FY**

Data de Emissão  
**18/07/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

CPF/CNPJ: 59.316.055/0001-58 IM: 111291 IE: Fone: (43)9969-9872  
Nome/Razão Social: SAGAN E HENRIQUES SERVICOS MEDICOS LTDA  
Endereço: RUA CANÁRIO,36 - CEP : 13970690  
Bairro: JARDIM LINDOIA  
Município: Itapira UF: SP E-mail: contato@planpg.com

**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**

Serviços médicos referente produção SUS de 05/2025 prestados pela Dra. Luciana Sagan Batista de Souza em Junho de 2025 - Convênio numero 05/SS/2024.

SAGAN E HENRIQUES SERVIÇOS MEDICOS LTDA  
Banco Cora (403)  
Agência: 0001  
Conta: 5695929-1  
Chave Pix: 59316055000158

RECIBO PARCIAL  
CONVÊNIO Nº 05/SS/2024  
VALOR PAGO: R\$ 3.400,00

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUACU  
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

*Sagan*  
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>

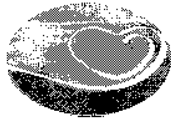
Situação de Tributação  
Tributada no Prestador

**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	6.800,00	2,010%	136,68	

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



## DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

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

CNPJ: **52.739.950/0001-36**

Nome Pessoa Jurídica: **SAGAN E HENRIQUES SERVICOS MEDICOS LTDA**

Nome Pessoa Física: **Luciana Sagan Batista de Souza**


CNPJ/CPF.: **59.316.055/0001-58**

Especialidade: **Obstetra**

Convênio: **PLANTÕES**

Competência: **06/2025**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Final de Semana</b>		12 Horas	R\$ 1.800,00	R\$ -
<b>Semana</b>	4	12 Horas	R\$ 1.700,00	R\$ 6.800,00
Dia 04, 18, 10, 13				
<b>TOTAL A PAGAR</b>				R\$ <b>6.800,00</b>

  
Romildo Fontaniello  
Provedor



## 2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 24/07/2025 às 10:54:04

### 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> 403/0001/00005695929-1	<b>CPF/CNPJ:</b> 59.316.055/0001-58
<b>Tipo Conta:</b> 01 - Conta Corrente	<b>Tipo Pessoa:</b> Jurídica
<b>Nome:</b> SAGAN E HENRIQUE SERVICOS MEDICOS	<b>Valor:</b> R\$ 3.400,00
<b>Finalidade:</b> 10 - Crédito em Conta	<b>Valor Tarifa:</b> R\$ 12,00
<b>Histórico:</b> NF 22	

### Informações do Pagamento

<b>Data do Débito:</b> 22/07/2025	<b>Código da Operação:</b> 51949210
<b>Data da Operação:</b> 22/07/2025	<b>Chave de Segurança:</b> UW1W3LHALISMUE7Y

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 Araras

Número da NFS-e e Série  
82 / E  
Número e Série do RPS  
-

Competência da NFS-e  
18/07/2025  
Chave de Acesso  
3503307125407172700019900000000008225070000000822

Data e Hora da Emissão da  
18/07/25 13:56



## Dados do Prestador

**Razão Social**  
IZABELA DE OLIVEIRA SERVIÇOS MEDICOS LTDA  
**Nome Fantasia**  
IZABELA DE OLIVEIRA SERVIÇOS MEDICOS LTDA  
**CNPJ / CPF**  
54.071.727/0001-99  
**Inscrição Municipal**  
48121  
**Inscrição Estadual**  
Isento  
**Endereço**  
AV RUBENS FRANCO  
**Complemento**  
**Bairro**  
JARDIM SAMANTHA I  
**Município**  
Araras - SP  
**CEP**  
13600-020  
**Numero**  
200  
**Email**  
roeslercontabilidade@gmail.com  
**Telefone**  
(19)982368-460

## Dados do Tomador

**Razão Social**  
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MOGI GUAÇU  
**CNPJ / CPF**  
52.739.950/0001-36  
**Inscrição Municipal**  
**Inscrição Estadual**  
Isento  
**Endereço**  
RUA CHICO DE PAULA  
**Complemento**  
**Bairro**  
CENTRO  
**Município**  
Mogi Guaçu/SP  
**Pais**  
Brasil  
**CEP**  
13840-005  
**Numero**  
608  
**Telefone**

## Dados do Intermediário

Não Informado

## Obras & Eventos

## Serviço Prestado

**Classificação do Serviço**  
04.01.01 - Medicina.  
**Código NBS**  
1.2301.15.00 - Serviços de atendimento de urgência  
**Local da Prestação**  
Araras-SP  
**País da Prestação**  
-  
**Local da Incidência do ISSQN**  
Araras-SP  
**PGTO PARCIAL**  
CONVÊNIO nº 05/SS/2024  
VALOR PGTO: R\$ 2.583,95

## Descrição do Serviço

Plantões - Ambulatórios- 06/2025 - Convênio 05/SS/2024  
R\$ 5.400,00

## Tributação Federal

<b>IRRF</b> R\$ 81,00	<b>CSLL</b> R\$ 54,00	<b>PIS</b> R\$ 35,10
<b>COFINS</b> R\$ 162,00	<b>INSS</b> R\$ 0,00	<b>Total de Impostos Federais</b> R\$ 332,10

## Valor Total da NFS-E

<b>Valor da NFS-E</b> R\$ 5.400,00	<b>Deduções</b> R\$ 0,00	<b>Valor do Serviço</b> R\$ 5.400,00
<b>Retenção ISSQN</b> Não	<b>Aliquota</b> 4,000000000	<b>Valor do ISSQN</b> R\$ 216,00
		<b>Valor Líquido</b> R\$ 5.067,90

## Informações Complementares

Empresa enquadrada no Regime de Apuração Variável.  
Nota Fiscal Eletrônica Autorizada pelo Decreto nº 5805 de 15/04/2011  
Conf. Lei Federal 12741/12 a Carga Tributária Aproximada desta NF é de 13,45% Federal (IBPT) e de 4,0% Municipal, perfazendo o valor de R\$ 942,30  
Forma de Pagamento:

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

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

*Assinatura*  
ASSINATURA



24/07/2025

GERENCIADOR  
**CAIXA**



### Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

#### Detalhes do pagamento

**ID da transação:** E0036030520250722162528992e9ba0d

**Situação:** EFETIVADA      **Data e Hora:** 22/07/2025 às 15:20:24

**Valor Original:** R\$ 2.533,95      **Valor Atualizado:** R\$ 2.533,95      **Tarifa:** R\$ 8,50

**Detalhes:** NF 82

#### Origem

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

**CNPJ:** 52.739.950/0001-36

**Instituição:** CAIXA ECONOMICA FEDERAL

#### Destino

**Nome:** IZABELA DE OLIVEIRA SERVICOS MEDICOS LTDA

**CNPJ:** 54.071.727/0001-99

**Instituição:** BCO BRADESCO S.A.

**Chave Pix:** 54071727000199

**Código da operação:** 50027039393

**Chave de segurança:** 1F4NV0ENM517UIKA



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

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

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

 <p align="center"><b>MUNICÍPIO DE NOVA CANAA DO NORTE</b> <b>PREF. MUN. DE NOVA CANAA DO NORTE</b> <b>NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e</b></p>		<p align="center"><b>Número da NFS-e</b> <b>105</b></p> <p align="center">Código de Verificação de Autenticidade <b>H4ZHHD4Z4</b></p> <p align="center">Data e Hora de Emissão da NFS-e <b>21/07/2025 às 13:21:46</b></p> <p align="center">Chave de Acesso <b>14594573SVOH5QN7UIS30998NHR38TS5</b></p>											
	<p><b>Informações Fiscais</b></p> <table border="1"> <tr> <td>Exigibilidade do ISS Exigível</td> <td>Número do Processo</td> <td>Município de Incidência do ISS <b>NOVA CANAA DO NORTE-MT</b></td> <td>Local da Prestação <b>MOGI GUACU - SP</b></td> </tr> <tr> <td>Número do RPS</td> <td>Série do RPS</td> <td>Tipo do RPS</td> <td>Data do RPS <b>21/07/2025</b></td> </tr> <tr> <td>Optante Simples Nacional <b>1 - Sim</b></td> <td>Incentivo Fiscal <b>2 - Não</b></td> <td>Regime Especial Tributação <b>Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP)</b></td> <td>Tipo ISS <b>03 - Sobre Faturamento</b></td> </tr> </table>		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>21/07/2025</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>
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>21/07/2025</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>		
CEP/Cod.Postal <b>13840-005</b>	Cidade/País <b>MOGI GUACU - SP</b>	Cod. IBGE <b>3530706</b>	Telefone	E-mail		

Discriminação dos Serviços					Vir. Unitário	Total
Qtde.	Un. Medida	Descrição				
1,00	UN	Serviços médicos prestados pelo DR. MATHEUS DE OLIVEIRA MUNHOES referente serviços prestados Plantões - Ambulatório- 06/2025 Convênio 05/SS/2024			19.100,00	R\$ 19.100,00
Dr Matheus.....R\$ 19.100,00						
<p><i>COPIA</i></p> <p>Banco Bancários PJ Banco: 748 - Banco Cooperativo Siciredi S.A. - Banciscredi Agência: 0748 Conta: 547023</p> <p>DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL</p> <p><i>Jorge</i></p>						
<p align="center">PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUACU TERMO DE CONVÊNIO Nº 05/SS/2024 FONTES DE RECURSO</p> <p>MUNICIPAL R\$ _____ ( ) FMDCA R\$ _____ ( ) ESTADUAL R\$ _____ ( ) PRÓPRIOS R\$ _____ ( ) FEDERAL R\$ _____ ( ) OUTROS R\$ _____</p>						

Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS				Construção Civil		
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	Desconto Condicionado
R\$ 19.100,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 19.100,00	R\$ 382,00	2 - Não	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\$ 19.100,00 Val. Aprox. Tributos:

<p align="center"><b>Informações Complementares</b></p> <p align="center">PGTO PARCIAL</p> <p align="center">CONVÊNIO Nº 05/SS/2024</p> <p align="center">VALOR PGTO: R\$ 9.550,00</p>
--

RECEBI(EMOS) DE MOM MEDICAL LTDA O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO 105 E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO H4ZHHD4Z4.		
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: AMBULATORIO

Competência: 06/2025

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
Semana	6	12 Horas	R\$ 1.700,00	R\$ 10.200,00
Dia 04, 18, 20, 24, 25, 30				
Final de Semana	1	24 horas	R\$ 3.600,00	R\$ 3.600,00
Dia 22				
Semana	2	06 horas	R\$ 850,00	R\$ 1.700,00
Dia 03, 17				
Final de Semana	2	12 horas	R\$ 1.800,00	R\$ 3.600,00
Dia 01, 19				
<b>TOTAL A PAGAR</b>			<b>R\$</b>	<b>R\$ 19.100,00</b>

  
Romildo Fontaniello  
Provedor

24/07/2025

GERENCIADOR  
**CAIXA**



## Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

### Detalhes do pagamento

**ID da transação:** E00360305202507221624daa3b6a9efb

**Situação:** EFETIVADA      **Data e Hora:** 22/07/2025 às 15:20:59

**Valor Original:** R\$ 9.550,00      **Valor Atualizado:** R\$ 9.550,00      **Tarifa:** R\$ 8,50

**Detalhes:** NF 105

### Origem

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

**CNPJ:** 52.739.950/0001-36

**Instituição:** CAIXA ECONOMICA FEDERAL

### Destino

**Nome:** MOM MEDICAL LTDA

**CNPJ:** 53.111.978/0001-97

**Instituição:** CC POUP E INV UNIÃO PARANÁ/SÃO PAULO

**Chave Pix:** 53111978000197

**Código da operação:** 50027070237

**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 LIMEIRA - SP
SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA

NÚMERO DA NOT 00163
DATA DA EMISSÃO 18/07/2025 15:07:44
CÓDIGO VERIFICAÇÃO D563DD843

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA

SÉRIE: NFS COMPETÊNCIA: 18/07/2025 LOCAL DO SERVIÇO: MOGI GUAÇU - SP NFS SUBSTITUÍDA: RPS:

PRESTADOR DO SERVIÇO
NOME/RAZÃO SOCIAL: WS BRANDAO SERVICOS MEDICOS LTDA
NOME FANTASIA: WS BRANDAO SERVICOS MEDICOS
ENDEREÇO: RUA ALONSO VALENTIM CARDOSO TAVARES, 70
COMPLEMENTO: -ap. 44, torre 02 (vенеza)
CPF/CNPJ: 50.918.436/0001-32
MUNICÍPIO: LIMEIRA - SP - BRASIL
TELEFONE: (19) 3702-3734
INSC.MUNICIPAL: 85716
CEP: 13480-460
E-MAIL: contato@rossimed.com.br
SIMPLES NACIO (x) SIM ( ) NÃO
INSC. ESTADUAL
REGIME ESPECI NENHUM
SITE:

TOMADOR DO SERVIÇO
NOME/RAZÃO SOCIAL: IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MOGI GUAÇU
ENDEREÇO: RUA CHICO DE PAULA, 608 - CENTRO
COMPLEMENTO:
CPF/CNPJ: 52.739.950/0001-36
MUNICÍPIO: MOGI GUAÇU - SP
TELEFONE:
CEP: 13840-005
E-MAIL: elionora@santacasamogiguacu.org.br
PAÍS: BRASIL

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO
4.01 | Medicina e biomedicina.

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO
REFERENTE PLANTÕES - AMBULATÓRIO- 06/2025
CONVÊNIO 05/SS/2024

CONFERE COM O ORIGINAL

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

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

Assinatura

DETALHAMENTO DE VALORES
IMPOSTOS FEDERAIS DEDUÇÕES / DESCONTOS VALOR DO SERVIÇO
PIS R\$ 0,00 Alíquota do ISS 3,43 % Base de Cálculo R\$ 1.700,00
COFINS R\$ 0,00 Desconto Incondicionado R\$ 0,00 Total Deduções/Descontos R\$ 0,00
IR R\$ 0,00 Desconto Condicionado R\$ 0,00 Total de Imp. Federais R\$ 0,00
INSS R\$ 0,00 Outras Retenções R\$ 0,00 Valor do ISS R\$ 58,31
CSLL R\$ 0,00 Outras Deduções R\$ 0,00 VALOR LÍQUIDO R\$ 1.700,00

INFORMAÇÃO DO PRESTADOR
Trib aprox R\$: 67,25 Federal e 16,25 Municipal Fonte: IBPT/empresometro.com.br CAF7DD

OUTRAS INFORMAÇÕES



- 1 - Responsável Tributário: ( X ) Prestador ( ) Tomador.
2 - O ISS desta Nota Fiscal é devido DENTRO do município de LIMEIRA - SP. VALOR PGTO: R\$ 850,00
3 - Uma via desta Nota Fiscal foi enviada para o e-mail do Tomador do Serviço.
4 - A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site https://www.limeira.sp.gov.br com a utilização do Código de Verificação

Desenvolvida por: II-BRASIL INTELIGÊNCIA E INFORMAÇÃO LTDA®

PREFEITURA MUNICIPAL DE LIMEIRA - SP
Série | Número NFS-e
NFS | 00163
Data da Emissão
18/07/2025 15:07:44
Código de Verificação
D563DD843

Recebi a NFS-e emitida pelo prestador: WS BRANDAO SERVICOS MEDICOS LTDA

Identificação do receptor

Data do recebimento



24/07/2025

GERENCIADOR  
**CAIXA**



### Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

#### Detalhes do pagamento

**ID da transação:** E0036030520250722162532cd2d4152a  
**Situação:** EFETIVADA      **Data e Hora:** 22/07/2025 às 15:21:23  
**Valor Original:** R\$ 850,00      **Valor Atualizado:** R\$ 850,00      **Tarifa:** R\$ 7,56  
**Detalhes:** NF 163

#### Origem

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

#### Destino

**Nome:** WS BRANDAO SERVICOS MEDICOS LTDA  
**CNPJ:** 50.918.436/0001-32  
**Instituição:** BCO C6 S.A.  
**Chave Pix:** 50918436000132

**Código da operação:** 50027097463  
**Chave de segurança:** 1F4NV0ENM517UJKA

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

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



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

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

Número da Nota - Série  
000000000167 - 1

Autenticidade  
JHEJ-281S

Data de Emissão  
18/07/2025

PRESTADOR DE SERVIÇOS

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

TOMADOR DE SERVIÇOS

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

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Referente plantões médicos prestado no Ambulatório- em junho de 2025, pelo Dr. Cesar de Magalhães Rocha Leonello.  
Convênio 03/SS/2025.

PGTO PARCIAL

Valor: R\$7.650,00

CONVÊNIO Nº 03/SS/2024

VALOR PGTO: R\$ 3.825,00

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

CONFERE COM  
O ORIGINAL

CHAVE PIX: 50.317.987/0001-40 (CNPJ)  
PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUACU  
TERMO DE CONVÊNIO Nº 03/SS/2024  
FONTES DE RECURSO  
 MUNICIPAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) FMDCA R\$ \_\_\_\_\_  
( ) ESTADUAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) PRÓPRIOS R\$ \_\_\_\_\_  
( ) FEDERAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) OUTROS R\$ \_\_\_\_\_

Cesar de Magalhães Rocha Leonello

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 Alíquota 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 0,00	Base de Cálculo (R\$) 7.650,00	Alíquota (%) 3,610%	Valor do ISS (R\$) 276,17	

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 7.650,00



**DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS**

Entidade: Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu

CNPJ: 52.739.950/0001-36

Nome Pessoa Jurídica:

MAGALHAES RL MEDICAL LTDA

Nome Pessoa Física:

Cesar de Magalhães Rocha Leonello

CNPJ/CPF.:

50.317.987/0001-40

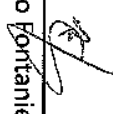
Especialidade:

Clinico

Convênio: AMBULATORIO

Competência: 06/2025

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
Semana	3	12 Horas	R\$ 1.700,00	R\$ 5.100,00
Dia 04, 10, 18,				
Semana	3	06 Horas	R\$ 850,00	R\$ 2.550,00
Dia 03, 06, 17,				
Final de Semana		12 Horas	R\$ 1.800,00	R\$ -
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 7.650,00</b>

  
Romildo Fortaniello  
Provedor

24/07/2025

GERENCIADOR  
**CAIXA**



## Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

### Detalhes do pagamento

**ID da transação:** E003603052025072216263019ad39d31  
**Situação:** EFETIVADA    **Data e Hora:** 22/07/2025 às 15:21:50  
**Valor Original:** R\$ 3.825,00    **Valor Atualizado:** R\$ 3.825,00    **Tarifa:** R\$ 8,50  
**Detalhes:** NF 167

### Origem

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

### Destino


**Nome:** MAGALHAES RL MEDICAL LTDA  
**CNPJ:** 50.317.987/0001-40  
**Instituição:** BANCO DO BRASIL S.A.  
**Chave Pix:** 50317987000140


**Código da operação:** 50027105348  
**Chave de segurança:** 1F4NV0ENM517UJKA

Caso tenha dúvidas ou não reconheça esta transação, entre em contato com o Aiô CAIXA e informe o ID 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

# 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@plassacontabilidade.com.br Fone: (19) 3808-2815		Número da NFS-e <h2 style="text-align: center;">202500000000</h2>
CNPJ / CPF      Inscrição Estadual      Inscrição Municipal 49.976.692/0001-05      ****      541264	Data do Serviço <h2 style="text-align: center;">18/07/2025</h2>	Cód <h2 style="text-align: center;">fd</h2>

 <b>Prefeitura Municipal da Estância Hidromineral de Monte Alegre do Sul/SP</b> Fiscalização Fone: (19) 3899-9120 - <a href="https://montealegredosul.gov.br.cloud/NFSe.Portal">https://montealegredosul.gov.br.cloud/NFSe.Portal</a>	Dt. de Emissão <h2 style="text-align: center;">18/07/2025</h2>	Exigibilidade ISS Exigível	Tributado no f Monte Alegre d
--	---	-------------------------------	----------------------------------

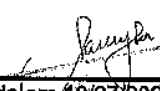
Nome / Razão Social <b>IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MOGI GUAÇU</b>		Monte Alegre do Sul/SP	
Endereço <b>CHICO DE PAULA,608</b>			
Cidade <b>Mogi Guaçu</b>	UF <b>SP</b>	Fone <b>(19) 3861-1313</b>	CEP <b>13840-005</b>
Bairro <b>CENTRO</b>			
CNPJ / CPF / NIF <b>52.739.950/0001-36</b>		Inscrição Municipal	Inscrição Estadual
E-mail *****			

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

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	VALOR TOTAL	ALIQ.	VALOR IMPOSTO
Serviços Prestados -Plantões - Ambulatórios - Dr. Marcelo Dos S Oliveira - CRM 240847 Convênio 05/SS/2024	850,00	2,00	17,00
Dados para recebimento BANCO SICOOB AG: 3122 C.C: 853652-0	PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU TERMO DE CONVÊNIO N° 05/SS/2024 FONTES DE RECURSO ( ) MUNICIPAL R\$ _____ ( ) FMDCA R\$ _____ ( ) ESTADUAL R\$ _____ ( ) PRÓPRIOS R\$ _____		
Código do Serviço      ( ) FEDERAL R\$ _____      ( ) OUTROS R\$ _____		Código NBS *****	

CIDE	COFINS	COFINS Importação	ICMS	IOF	IPI	PIS/PASEP	PIS/PAS
0,00	25,50	0,00	0,00	0,00	0,00	5,53	0,00
Base Cálculo ISSQN Próprio	Valor do ISSQN Próprio	Base Cálculo ISSQN Retido	Valor do ISSQN Retido	Valor Total do ISSQN	Valor Dedução/Descontos		
850,00	17,00	0,00	0,00	17,00	0,00		
850,00				797,72			

Informações Adicionais  
 Lei 12741/2012: Mun: R\$27,62; Est: R\$0,00; Fed: R\$114,32; Total Aprox: R\$141,94. Fonte: IBPT.  
 IR Retido: R\$12,75  
 Retenções: COFINS R\$ 25,50; PIS R\$ 5,53; CSLL R\$ 8,50;



Consulta realizada em 18/07/2025 às 14:56:52.  
 Para consultar a autenticidade acesse: <https://montealegredosul.gov.br.cloud/NFSe.Portal>



20250000000173fdd4ebc2049976692000105

Recebi(emos) de <b>SANTOS OLIVEIRA CLINICA MEDICA LTDA</b>  os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado.	Número da NFS-e 202500000000173  Competência 18/07/2025  NFS-e	Número de Controle do Mt
_____ Data		



### DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

Entidade: Irm. Santa Casa de Mis. Mogí Guaçu

CNPJ: 52.739.950/0001-36

Nome Pessoa Jurídica: SANTOS OLIVEIRA CLINICA MEDICA LTDA

Nome Pessoa Física: Marcelo dos Santos Oliveira

CNPJ/CPF: 49.976.692/0001-05

Especialidade: Clínico

Convênio: AMBULATORIO

Competência: 06/2025

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
Semana dia		12 Horas	R\$ 1.700,00	R\$ -
Final de Semana		12 horas	R\$ 1.800,00	R\$ -
Semana Dia 06,	1	6 Horas	R\$ 850,00	R\$ 850,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 850,00</b>

  
Romildo Fontanelli  
Provedor

24/07/2025

GERENCIADOR  
**CAIXA**



### Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

#### Detalhes do pagamento

**ID da transação:** E00360305202507221626d3101ea2ff2  
**Situação:** EFETIVADA    **Data e Hora:** 22/07/2025 às 15:22:10  
**Valor Original:** R\$ 398,86    **Valor Atualizado:** R\$ 398,86    **Tarifa:** R\$ 3,54  
**Detalhes:** NF 178

#### Origem

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

#### Destino

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

**Código da operação:** 50027122141  
**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  
**0000000134 - E**

Autenticidade  
**XMPO-Z4AF**

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

Data de Emissão ....: **18/07/2025 15:07:42**  
Competência (Serv.): **07/2025**



**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

Razão Social.: **A.M. CORTES SERVICOS MEDICOS LTDA**  
Nome Fantasia: **A.M. CORTES SERVICOS MEDICOS LTDA**  
CPF/CNPJ.....: **45.133.664/0001-67** IM: **39794** IE: Fone: **19 99399-1527**  
Endereço.....: **RUA OSWALDO DE CARVALHO,43 - CEP:13807848**  
Município.....: **Mogi Mirim** UF: **SP** Email: **contabll.iracino@uol.com.br**

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

Razão Social.: **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MOGI GUAÇU**  
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**

Referente serviços prestados Ambulatório 06/2025  
Dr Antonio Cristino  
Banco: 756  
Agência: 3122  
Conta: 854.454-9  
Convênio numero 05/SS/2024

FGTO PARCIAL

CONVÊNIO Nº 05/SS/2024

VALOR FGTO: R\$ 10.450,00

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

**COPIA COM  
O ORIGINAL**

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.sigles.com.br](http://mogimirim.sigles.com.br)

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

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

I.N.S.S. (R\$)	I.RENDA (R\$)	PIS (R\$)	COFINS (R\$)	CSLL (R\$)	OUTRAS DEDUÇÕES (R\$)
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

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

VALOR TOTAL	DEDUÇÕES	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR DO ISS	VALOR LÍQUIDO
20.900,00	0,00	20.900,00	3,2670%	682,80	20.900,00



**DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS**

Entidade: Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu

CNPJ: 52.739.950/0001-36

Nome Pessoa Jurídica: A M CORTES SERVICOS MEDICOS

Nome Pessoa Física: Antonio Cristino Cortes Rotermund

CNPJ/CPF.: 45.133.664/0001-67

Especialidade: Clínico

Convênio: AMBULATÓRIO

Competência: 06/2025

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana</b>	7	12 Horas	R\$ 1.700,00	R\$ 11.900,00
Dia 05, 10, 12, 17, 24,				
<b>26,27</b>				
<b>Final de Semana</b>	5	12 horas	R\$ 1.800,00	R\$ 9.000,00
Dia 01, 08, 15, 16, 29				
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 20.900,00</b>

  
Romildo Fontaniello  
Provedor

24/07/2025

GERENCIADOR  
**CAIXA**



### Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

#### Detalhes do pagamento

**ID da transação:** E003603052025072216276e4ddbd84b6  
**Situação:** EFETIVADA      **Data e Hora:** 22/07/2025 às 15:22:32  
**Valor Original:** R\$ 10.450,00      **Valor Atualizado:** R\$ 10.450,00      **Tarifa:** R\$ 8,50  
**Detalhes:** NF 134

#### Origem

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

#### Destino

**Nome:** ANTONIO CRISTINO CORTES ROTERMUND  
**CPF:** XXX.009.721-XX  
**Instituição:** CC CREDINTER  
**Chave Pix:** antoniorotermund@gmail.com

**Código da operação:** 50027145710  
**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

		<b>PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE SALTO</b> <b>SECRETARIA DE FINANÇAS</b> <b>NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e</b>			<b>Número da NFS-e</b> <b>63</b>						
Data e Hora da Emissão		21/07/2025 17:09:49		Competência		21/7/2025		Código de Verificação		QLS92DGEJ	
Número do RPS		No. da NFS-e substituída		Local da Prestação		MOGI GUACU - SP					
Dados do Prestador de Serviços											
Razão Social/Nome		PRISCILLA FRASIER ABREU SERVICOS MEDICOS LTDA									
Nome Fantasia											
CNPJ/CPF		50.918.337/0001-50		Inscrição Municipal		173987		Município		SALTO - SP	
Endereço e Cep		RUA SICILIA ,49 - VILA ROMA CEP: 13321-436									
Complemento		Telefone		e-mail		PRIFRASIER@ICLOUD.COM					
Dados do Tomador de Serviços											
Razão Social/Nome		IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MOGI GUAÇU									
CNPJ/CPF		52.739.950/0001-36		Inscrição Municipal				Município		MOGI GUACU - SP	
Endereço e CEP		RUA Chico de Paula ,608 - Centro CEP: 13840-005									
Complemento		Telefone		e-mail							
Descrição do Serviço											
<b>PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS NO PRONTO SOCORRO DO MÊS DE JUNHO/2025 EXECUTADO POR DRA. PRISCILLA FRASIER ABREU</b> <b>DADOS BANCÁRIOS: CAIXA ECONÔMICA FEDERAL - AGÊNCIA 2908</b> <b>CONTA CORRENTE: 00001762-7</b> <b>ESSA NOTA SERÁ LIQUIDADADA NO CONVÊNIO NÚMERO 05/SS/2024</b>											
 Ass.					<b>PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU</b> <b>TERMO DE CONVÊNIO Nº 05/SS/2024</b> <b>FONTES DE RECURSO</b> <input checked="" type="checkbox"/> MUNICIPAL R\$ _____ ( ) FMDECA R\$ _____ <input type="checkbox"/> ESTADUAL R\$ _____ ( ) PRÓPRIOS R\$ _____ <input type="checkbox"/> FEDERAL R\$ _____ ( ) OUTROS R\$ _____						
					Código de Serviço						
4.01 / 863050300 - ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL RESTRITA A CONSULTAS											
Declaração de Responsabilidade Construção Civil											
Código da Obra				Código ART							
Tributos Locais											
PIS		COFINS		IR(R\$)		INSS(R\$)		CSLL(R\$)			
Detalhamento dos Valores		Valor dos Serviços		Natureza Operação		Valor dos Serviços R\$		Cálculo do ISSQN de acordo com Município			
Valor dos Serviços R\$		3.400,00		1-Tributação no município		3.400,00		(-) Deduções permitidas em lei			
(-) Desconto Incondicionado				Regime especial Tributação				(-) Desconto Incondicionado			
(-) Desconto Condicionado				0-Nenhum				Base de Cálculo		3.400,00	
(-) Retenções Federais		0,00		Opção Simples Nacional		1 - Sim		(x) Alíquota %		2,17	
Outras Retenções				Incentivador Cultura		2-Não		ISS a reter:		( ) Sim (X) Não	
(-) ISS Retido		0,00						(-) Valor do ISS: R\$		0,00	
(-) Valor Líquido R\$		3.400,00									
Avisos		1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador dos Serviços. 2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, PMSALTO.ginfes.com.br com a utilização do Código de Verificação. 3 - Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional. Não gera direito a crédito fiscal de ISS e IPI.									
PGTO PARCIAL											

CONVÊNIO Nº 05/SS/2024



24/07/2025



### Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

#### Detalhes do pagamento

**ID da transação:** E00360305202507221628c902ff126f6  
**Situação:** EFETIVADA    **Data e Hora:** 22/07/2025 às 15:22:55  
**Valor Original:** R\$ 1.700,00    **Valor Atualizado:** R\$ 1.700,00    **Tarifa:** R\$ 8,50  
**Detalhes:** NF 63

#### Origem

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

#### Destino

**Nome:** PRISCILLA FRASIER ABREU SERVICOS MEDICOS LTDA  
**CNPJ:** 50.918.337/0001-50  
**Instituição:** CAIXA ECONOMICA FEDERAL  
**Chave Pix:** e5b7fadb-7a61-4500-aad2-8ae1d742ca30

**Código da operação:** 50027153846  
**Chave de segurança:** IF4NV0ENM517UJKA

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)  
**18/07/2025 15:11:29**

Período de Competência Município de Prestação do Serviço  
**07/2025 Mogi Guaçu - SP**

Reg. Especial Tributação

Exigibilidade de ISS

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

### PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social

**SENA SERVIÇOS MEDICOS LTDA**

Nome Fantasia

**SENA SERVIÇOS MEDICOS**

Email

**dr.lucsen@gmail.com**

CPF/CNPJ

**48.889.013/0001-90**

Inscrição Municipal

**2441287**

Inscrição Estadual

Simples Nacional

**Sim**

Incentivador Cultural

**Não**

Fone/Fax

**(63) 99958-6734**

Endereço

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

### TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social

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

CPF/CNPJ

**52.739.950/0001-36**

Inscrição Municipal

Inscrição Estadual

Fone/Fax

**(19) 3861-1313**

E-mail

**ellonara@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\$ 14.000,00 ref.: 06/2025 - Ambulatório.

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

**CONFERE COM O ORIGINAL**

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUACU

TERMO DE CONVÊNIO N° 05/SS/2024

FONTES DE RECURSO

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

PGTO PARCIAL

CONVÊNIO Nº 05/SS/2024

VALOR PGTO: R\$ 7.000,00

*Lucas Araújo Sena*  
**ASSINATURA**

### RETENÇÕES FEDERAIS

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

### VALORES

Valor dos Serviços (R\$)	Deduções (R\$)	Desconto Incondicionado (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)
<b>14.000,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>*****</b>	<b>3,1201</b>
ISS (R\$)	ISS Retido (R\$)	Desconto Condicionado (R\$)	Valor Líquido (R\$)	Valor Total da Nota (R\$)
<b>*****</b>	<b>*****</b>	<b>0,00</b>	<b>14.000,00</b>	<b>14.000,00</b>

### OUTRAS INFORMAÇÕES

Esta NFS-e é autodeclaratória.

Optante do Simples Nacional.

Trib. aprox. R\$ 1.883,00 Federal e R\$ 700,00 Municipal. Fonte: IBPT [CAF7DD]

Visualizado em: 18/07/2025 15:11:29

Para validação desta NFS-e acesse: <http://palmasto.webiss.com.br/externa/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 SERVIÇOS MÉDICOS LTDA

Nome Pessoa Física: Lucas Araujo Sena


CNPJ/CPF: 48.889.013/0001-90

Especialidade: Clínico

Convênio: AMBULATORIO

Competência: 06/2025

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
Final de Semana	1	24 horas	R\$ 3.600,00	R\$ 3.600,00
Dia 14				
Final de Semana	2	12 horas	R\$ 1.800,00	R\$ 3.600,00
Dia 28, 19				
Semana	3	12 horas	R\$ 1.700,00	R\$ 5.100,00
Dia 05, 6, 26,				
Semana	2	06 horas	R\$ 850,00	R\$ 1.700,00
Dia 11, 12				
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 14.000,00</b>

  
Romildo Fontaniello  
Provedor

24/07/2025

GERENCIADOR  
**CAIXA**



### Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

#### Detalhes do pagamento

**ID da transação:** E003603052025072216283ffbaf043d9  
**Situação:** EFETIVADA      **Data e Hora:** 22/07/2025 às 15:23:14  
**Valor Original:** R\$ 7.000,00      **Valor Atualizado:** R\$ 7.000,00      **Tarifa:** R\$ 8,50  
**Detalhes:** NF 35

#### 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:** 50027179293  
**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  
**000000003381 - E**

Autenticidade  
**3DHX-5BV7**

Data de Emissão  
**17/07/2025**

**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 aos serviços médicos prestados - Plantões em Urologia - 06/2025

Convênio 05/SS/2024

Dr Bruno Vedovato - CRM-SP 135284

Bruto: 12.000,00

IR: 180,00

CSLL, PIS, COFINS: 558,00

Líquido a pagar: 11262,00

PGTO PARCIAL


CONVÊNIO Nº 05/SS/2024

VALOR PGTO: R\$ 5.631,00

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\$ _____

CONFIRME 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\$)  
12.000,00

Alíquota (%)  
-

Vr do ISS (R\$)  
-

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



24/07/2025

GERENCIADOR  
**CAIXA**



## Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

### Detalhes do pagamento

**ID da transação:** E003603052025072217189afb43af89d  
**Situação:** EFETIVADA    **Data e Hora:** 22/07/2025 às 15:23:45  
**Valor Original:** R\$ 5.631,00    **Valor Atualizado:** R\$ 5.631,00    **Tarifa:** R\$ 8,50  
**Detalhes:** NF 3381

### Origem

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

### Destino

**Nome:** LACERDA & VEDOVATO GINECOLOGIA E UROLOGIA SS LTDA  
**CNPJ:** 19.715.759/0001-89  
**Instituição:** BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.  
**Chave Pix:** 19715759000189

**Código da operação:** 50027196604  
**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  
**00000000307 - E**

Autenticidade  
**5NY0-ALOC**

Data de Emissão  
**18/07/2025**

**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.  
Plantões REF 06/2025.

Convênio 05/SS/2024.

Valor Total Bruto: R\$ 19.100,00  
Retenções: ISSQN (R\$ 599,85)  
Valor Total Líquido: R\$ 18.500,15

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

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

CONFERE COM

COPY ORIGINAL

PGTO PARCIAL

CONVÊNIO Nº 05/SS/2024

VALOR PGTO: R\$ 9.250,08

  
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.

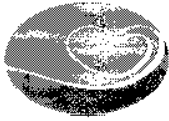
Deduções de Materiais  
**0,00**

Base de Cálculo (R\$)  
**19.100,00**

Aliquota (%)  
**3,1406%**

Vr do ISS (R\$)  
**599,85**

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 19.100,00**



## 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: 06/2025**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana</b>	3	24 Horas	R\$ 3.400,00	R\$ 10.200,00
Dia 05, 12, 26				
<b>Final de semana</b>	2	24 Horas	R\$ 3.600,00	R\$ 7.200,00
Dias 14, 15,				
<b>Semana</b>	1	12 Horas	R\$ 1.700,00	R\$ 1.700,00
Dia 13				
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 19.100,00</b>

  
Romildo Fontaniello  
Provedor

24/07/2025



### Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

#### Detalhes do pagamento

**ID da transação:** E00360305202507221719ff852dbd55e  
**Situação:** EFETIVADA      **Data e Hora:** 22/07/2025 às 15:24:08  
**Valor Original:** R\$ 9.250,08      **Valor Atualizado:** R\$ 9.250,08      **Tarifa:** R\$ 8,50  
**Detalhes:** NF 307

#### Origem

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

#### Destino

**Nome:** F PINHEIRO DE LIMA S S LTDA  
**CNPJ:** 32.522.695/0001-68  
**Instituição:** BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.  
**Chave Pix:** 32522695000168

**Código da operação:** 50027227659  
**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  
**00000000118 - E**

Autenticidade  
**TLXZ-VXTD**

Data de Emissão  
**18/07/2025**

**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**

Ref. Plantões - 06/2025

Convênio 05/SS/2024  
Dr Cassio.....R\$ 8.900,00

IR Retido 1,5% = R\$ 133,50  
PIS Retido 0,65% = R\$ 57,85  
COFINS 3% = R\$ 267,00  
CSLL Retido 1% = R\$ 89,00  
Total Liquido a receber = R\$ 8.352,65

PGTO PARCIAL  
CONVÊNIO Nº 05/SS / 2024  
VALOR PGTO: R\$ 4.042,83

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)

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

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

CONFERE COM  
O ORIGINAL

  
ASSINATURA

Processo executado por: 172.16.20.60

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

Situação de Tributação  
Tributado no Tomador

Código do Serviço

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

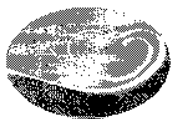
Deduções de Materiais  
0,00

Base de Cálculo (R\$)  
8.900,00

Alíquota (%)  
3,0000%

Vr do ISS (R\$)  
267,00

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 8.900,00**



## 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: **06/2025**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana</b>		24 Horas	R\$ 3.400,00	R\$ -
<b>Final de semana</b>	2	24 Horas	R\$ 3.600,00	R\$ 7.200,00
Dia 01, 07,				
<b>Semana</b>	1	12 Horas	R\$ 1.700,00	R\$ 1.700,00
Dia 06				
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 8.900,00</b>

  
Romildo Fontaniello  
Provedor

24/07/2025

GERENCIADOR  
**CAIXA**



## Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

### Detalhes do pagamento

**ID da transação:** E003603052025072217204e34dd96bb7  
**Situação:** EFETIVADA    **Data e Hora:** 22/07/2025 às 15:24:27  
**Valor Original:** R\$ 4.042,83    **Valor Atualizado:** R\$ 4.042,83    **Tarifa:** R\$ 8,50  
**Detalhes:** NF 118

### Origem

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

### Destino

**Nome:** REBECCHI SERVICOS MEDICOS LTDA  
**CNPJ:** 50.234.595/0001-18  
**Instituição:** BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.  
**Chave Pix:** 50234595000118

**Código da operação:** 50027248365  
**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 6101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492



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



**Número da NFS-e**  
**106**  
**Código de Verificação de Autenticidade**  
**05L4YA9RK**  
**Data e Hora de Emissão da NFS-e**  
**22/07/2025 às 07:23:48**  
**Chave de Acesso**  
 1459881D5RJ9W8AQGCE9KGOGLA68HVA9

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>22/07/2025</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>	CEP/Cod. Postal <b>13840-005</b>
Cidade/Pais <b>MOGI GUACU - SP</b>	Cod. IBGE	Telefone <b>3530706</b>	E-mail <b>tatiana@santacasamogiguacu.org.br</b>

**Discriminação dos Serviços**

Qtde.	Un. Medida	Descrição	Vlr. Unitário	Total
1,00	UN	Serviços médicos prestados pelo DR. MATHEUS DE OLIVEIRA MUNHOES. Referente aos Planilhas - 06/2025 Convênio 05/SS/2024	7.100,00	R\$ 7.100,00

Dados Bancários: PJ  
 Banco: 749 - Banco Cooperativo Sicredi S.A. - Bansicredi  
 Agência: 0718  
 Conta: 54107-3

COPIA ORIGINAL

*Handwritten signature*

**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: <b>04.01</b>	Alíquota <b>2,00%</b>	Atividade Município <b>0000040000001</b>	Código CNAE <b>8630503</b>	Construção Civil Código da Obra	Código ART
Valor Total dos Serviços <b>R\$ 7.100,00</b>	Desconto Incondicionado <b>R\$ 0,00</b>	Deduções Base Cálculo <b>R\$ 0,00</b>	Base de Cálculo <b>R\$ 7.100,00</b>	Total do ISS <b>R\$ 142,00</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\$ 7.100,00**

Val. Aprox. Tributos

**Informações Complementares**

**PGTO PARCIAL**

**CONVÊNIO Nº 05/SS/2024**  
**VALOR PAGO: R\$ 3.550,00**

RECEBEMOS DE **MOM MEDICAL LTDA** O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO **106** E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO **05L4YA9RK**.

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: PLANTOES**

**Competência: 06/2025**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Final de semana</b>	3	12 Horas	R\$ 1.800,00	R\$ 5.400,00
Dia 01, 29, 29				
<b>Semana</b>		06 Horas	R\$ 850,00	R\$ -
<b>Semana</b>	1	12 Horas	R\$ 1.700,00	R\$ 1.700,00
<b>26</b>				
<b>TOTAL A PAGAR</b>				R\$ <b>7.100,00</b>

  
Romildo Fontaniello  
Provedor

24/07/2025

GERENCIADOR  
**CAIXA**



### Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

#### Detalhes do pagamento

**ID da transação:** E003603052025072217204f58fe7b580  
**Situação:** EFETIVADA    **Data e Hora:** 22/07/2025 às 15:24:48  
**Valor Original:** R\$ 3.550,00    **Valor Atualizado:** R\$ 3.550,00    **Tarifa:** R\$ 8,50  
**Detalhes:** NF 106

#### Origem

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

#### Destino

**Nome:** MOM MEDICAL LTDA  
**CNPJ:** 53.111.978/0001-97  
**Instituição:** CC POUP E INV UNIÃO PARANÁ/SÃO PAULO  
**Chave Pix:** 53111978000197

**Código da operação:** 50027256889  
**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 Jacutinga

Município de Jacutinga

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e



Número da NFS-e

438

Código de Verificação de Autenticidade  
**DA712AQ2I**

Data e Hora de Emissão da NFS-e  
**18/07/2025 às 15:36:45**

Chave de Acesso  
524453AAD6AY4737BRX4WMJDYJZL

Para certificação da autenticidade acesse:  
<https://nfe.sgpcloud.net:8005/issweb/>, para consultas e informe os dados desta NFS-e

Exigibilidade do ISS <b>Exigível</b>	Número do Processo	Município de Incidência do ISS <b>JACUTINGA-MG</b>	Local da Prestação <b>JACUTINGA - MG</b>
Número do RPS	Série do RPS	Tipo do RPS	Data do RPS <b>18/06/2025</b>
Competência	Optante Simples Nacional <b>2 - Não</b>	Incentivo Fiscal <b>2 - Não</b>	Regime Especial Tributação <b>Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP) 04 - Fixo</b>
Tipo ISS			

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

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 GUAÇU</b>
Logradouro <b>RUA CHICO DE PAULA, 608</b>	Complemento		Bairro <b>CENTRO</b>
CEP/Cod.Postal <b>13840-005</b>	Cidade/País <b>MOGI GUAÇU - SP</b>	Cod. IBGE	Telefone <b>3530706</b>
			E-mail <b>tsouraria@santacasamogiguacu.org.br</b>

Qtde.	Un. Medida	Descrição	Vir. Unitário	
1,00	UN	Referente serviços médicos prestados Plantões 06/2025 Convênio 05/SS/2024	22.600,00	R\$ 22.600,00

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

CONTINUA COM  
G-ORIGINAL

*[Assinatura]*  
ASSINATURA

LC 116/2003: <b>04.01</b>	Alíquota			Atividade Município	Código CNAE	Código de Obra	Código ART
Medicina e biomedicina	<b>0,00%</b>			<b>0000040000024</b>			
Valor Total dos Serviços <b>R\$ 22.600,00</b>	Desconto Incondicionado <b>R\$ 0,00</b>	Deduções Base Cálculo <b>R\$ 0,00</b>	Base de Cálculo <b>R\$ 22.600,00</b>	Total do ISS <b>R\$ 0,00</b>	ISS Retido <b>2 - Não</b>	Desconto Condicionado <b>R\$ 0,00</b>	
PIS (22.600,00 x 0,65%) <b>R\$ 146,90</b>	COFINS (22.600,00 x 3,00%) <b>R\$ 678,00</b>	INSS <b>R\$ 0,00</b>	IRRF (22.600,00 x 1,50%) <b>R\$ 339,00</b>	CSLL (22.600,00 x 1,00%) <b>R\$ 226,00</b>	Outras Retenções <b>R\$ 0,00</b>		
Valor Líquido da NFS-e: <b>R\$ 21.210,10</b>							

Informações Complementares

PGTO PARCIAL

CONVÊNIO Nº 05/SS/2024


VALOR PGTO: R\$ 10.605,05

RECEB(EMOS) DE LUCIA SERVIÇOS MÉDICOS LTDA O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO 438 E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO DA712AQ2I.

Data \_\_\_\_\_ CPF/RG \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

**DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS**Entidade: **Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu**CNPJ: **52.739.950/0001-36**Nome Pessoa Jurídica: **LUCIA MEIRA PEREIRA ROCHA**Nome Pessoa Física: **Lucia Meira Pereira Rocha**CNPJ/CPF.: **33.504.476/0001-19**Especialidade: **Obstetra****Convênio: PLANTÕES**Competência: **06/2025**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana</b>	8	12 Horas	R\$ 1.700,00	R\$ 13.600,00
Dia 04, 11, 18, 25, 04, 11, 18, 25				
<b>Final de Semana</b>	5	12 Horas	R\$ 1.800,00	R\$ 9.000,00
Dia 01, 22, 01, 15, 22,				
<b>TOTAL A PAGAR</b>				R\$ <b>22.600,00</b>

  
Romildo Fontaniello  
Provedor

24/07/2025



### Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

#### Detalhes do pagamento

<b>ID da transação:</b> E003603052025072217210c0d266efbc
<b>Situação:</b> EFETIVADA <b>Data e Hora:</b> 22/07/2025 às 15:25:10
<b>Valor Original:</b> R\$ 10.605,05 <b>Valor Atualizado:</b> R\$ 10.605,05 <b>Tarifa:</b> R\$ 8,50
<b>Detalhes:</b> NF 438

#### 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> LUCIA SERVICOS MEDICOS LTDA
<b>CNPJ:</b> 33.504.476/0001-19
<b>Instituição:</b> CC POUP E INV UNIAO DE EST DO RS SC E MG SICREDI UNIESTADOS
<b>Chave Pix:</b> 33504476000119

<b>Código da operação:</b> 50027280480
<b>Chave de segurança:</b> 1F4NV0ENM517UJKA

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

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

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492



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

Número da Nota - Série  
**000000000883 - E**

Autenticidade  
**J8Y2-R4W3**

Data de Emissão  
**18/07/2025**

**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\$ 23.400,00  
CSLL R\$ 234,00  
COFINS R\$ 702,00  
PIS R\$ 152,10  
IR R\$ 351,00  
VALOR LIQUIDO R\$ 21.960,90

PGTO PARCIAL

CONVÊNIO Nº 05/SS/2024  
VALOR PGTO: R\$ 10.980,45

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\$ _____		

COPIAR COM  
O ORIGINAL

*J. J. J.*  
ACERTADORA

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**

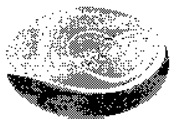
Base de Cálculo (R\$)  
**23.400,00**

Aliquota (%)  
**-**

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

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 23.400,00**

**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: **06/2025**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana</b>	18	6 Horas	R\$ 850,00	R\$ 15.300,00
Dia 02, 03, 04, 05, 06, 09, 10				
11, 13, 16, 17, 19, 20, 23, 24,				
25, 27, 30				
<b>Semana</b>		12 Horas	R\$ 1.700,00	-
<b>Final de semana</b>	7	6 Horas	R\$ 900,00	R\$ 6.300,00
Dia 01, 08, 14, 15, 21, 28				
29				
<b>Final de semana</b>	1	12 Horas	R\$ 1.800,00	R\$ 1.800,00
Dia 28				
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 23.400,00</b>

  
 Romildo Fontaniello  
 Provedor

24/07/2025



## Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

### Detalhes do pagamento

**ID da transação:** E00360305202507221721cea32f45a4a  
**Situação:** EFETIVADA      **Data e Hora:** 22/07/2025 às 15:25:33  
**Valor Original:** R\$ 10.980,45      **Valor Atualizado:** R\$ 10.980,45      **Tarifa:** R\$ 8,50  
**Detalhes:** NF 883

### 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:** 50027296957  
**Chave de segurança:** 1F4NV0ENM517UJKA

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

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

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492



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

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

Número da Nota - Série  
**000000000168 - 1**

Autenticidade  
**T6RB-EULE**

Data de Emissão  
**18/07/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

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

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

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

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

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

Convênio 03/SS/2025  
 Valor: R\$25.200,00

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

CHAVE PIX: 50.317.987/0001-40 (CNPJ).

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\$ 12.600,00

CONFERE COM  
 O ORIGINAL

*Jaiyfa*  
 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**

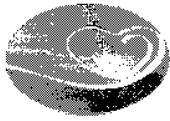
Código do Serviço  
 401 - Medicina e biomedicina.

I.N.S.S. (R\$)	I.RENDA (R\$)	PIS (R\$)	COFINS (R\$)	CSLL (R\$)
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

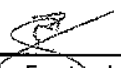
Os valores acima referem-se as retenções de tributos administrados pela União, sendo de responsabilidade do Prestador e não implicam na base de cálculo

Deduções de Materiais	Base de Cálculo (R\$)	Aliquota (%)	Valor do ISS (R\$)
0,00	25.200,00	3,610%	909,72

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 25.200,00**

**DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS**Entidade: **Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu**CNPJ: **52.739.950/0001-36**Nome Pessoa Jurídica: **MAGALHAES RL MEDICAL LTDA**Nome Pessoa Física: **Cesar de Magalhães Rocha Leonello**CNPJ/CPF.: **50.317.987/0001-40**Especialidade: **Clinico****Convênio: PLANTÕES**Competência: **06/2025**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Final de semana</b>	1	06 Horas	R\$ 900,00	R\$ 900,00
Dia 14				
<b>Semana</b>	9	12 Horas	R\$ 1.700,00	R\$ 15.300,00
Dia 02, 05, 09, 11, 12, 18,19				
23, 25				
<b>Final de semana</b>	5	12 Horas	R\$ 1.800,00	R\$ 9.000,00
Dia 08, 08, 22, 22, 14				
<b>Final de semana</b>		24 Horas	R\$ 3.600,00	R\$ -
<b>TOTAL A PAGAR</b>				R\$ 25.200,00

  
Romildo Fontaniello  
Provedor

24/07/2025

GERENCIADOR  
**CAIXA**



### Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

#### Detalhes do pagamento

**ID da transação:** E00360305202507221722a43649dea7e

**Situação:** EFETIVADA      **Data e Hora:** 22/07/2025 às 15:25:57

**Valor Original:** R\$ 12.600,00      **Valor Atualizado:** R\$ 12.600,00      **Tarifa:** R\$ 8,50

**Detalhes:** NF 168

#### Origem

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

**CNPJ:** 52.739.950/0001-36

**Instituição:** CAIXA ECONOMICA FEDERAL

#### Destino

**Nome:** MAGALHAES RL MEDICAL LTDA

**CNPJ:** 50.317.987/0001-40

**Instituição:** BANCO DO BRASIL S.A.

**Chave Pix:** 50317987000140

**Código da operação:** 50027303728

**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  
**0000000489 - E**

Autenticidade  
**UKSF-Q94R**

**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFSe**

Data de Emissão ....: **18/07/2025 15:49:34**  
Competência (Serv.): **07/2025**



**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

Razão Social.: **F & R SERVIÇOS MÉDICOS S/S LTDA.**  
Nome Fantasia: **F & R SERVIÇOS 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 GUAÇU**  
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**

Honorários médicos prestados pela Dra Fernanda Severino Faria, CRM 126174-Esta nota será liquidada nos Termos do Convênio número 05/SS/2024-Plantões JUNHO/2025.

Conta para depósito  
CEF  
Agencia 0323  
Operação 3702  
Conta corrente 739150137-0

PGTO PARCIAL  
CONVÊNIO Nº 05/SS/2024  
VALOR PGTO: R\$ 4.698,98

\* Não sujeitos à Seguridade Social, conforme Art. 31 da Lei 8.212/91, OS/INSS 209/99, IN/INSS- DG-109/03 e IN 971/09, Artigo 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

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

ASSINATURA  
*Jaiuza*

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\$ 1.475,99 - Aliq: 14,33%**

Situação de Tributação  
**Não Tributada em Mogi Mirim**  
Tributada em Mogi Guaçu

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

I.N.S.S. (R\$)	I.RENDA (R\$)	PIS (R\$)	COFINS (R\$)	CSLL (R\$)	OUTRAS DEDUÇÕES (R\$)
0,00	154,50	66,95	309,00	103,00	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
10.300,00	0,00	10.300,00	3,0000%	309,00	9.666,55



## 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: **06/2025**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana</b>	5	12 Horas	R\$ 1.700,00	R\$ 8.500,00
Dia 03, 04, 06, 13, 24,				
<b>Semana</b>		06 Horas	R\$ 850,00	R\$ -
<b>Final de semana</b>	1	12 Horas	R\$ 1.800,00	R\$ 1.800,00
Dia 07				
<b>TOTAL A PAGAR</b>				R\$ 10.300,00

Romildo Fontaniello  
Provedor

24/07/2025

GERENCIADOR  
**CAIXA**



### Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

#### Detalhes do pagamento

**ID da transação:** E0036030520250722172296cca46961d  
**Situação:** EFETIVADA    **Data e Hora:** 22/07/2025 às 15:26:17  
**Valor Original:** R\$ 4.678,78    **Valor Atualizado:** R\$ 4.678,78    **Tarifa:** R\$ 8,50  
**Detalhes:** NF 489

#### 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:** 50027322637  
**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  
**00000005207 - E**

Autenticidade  
**TVA5-SY2L**

Data de Emissão  
**18/07/2025**

**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 liquidada nos termos de convênio 05/SS/2024 - Plantões JUNHO/2025.

Valor Bruto.....7.200,00  
 Imposto de renda 108,00  
 Pis 46,80  
 Cofins 216,00  
 Cstll 72,00  
 Valor Líquido.....6.757,20

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

Conta para depósito  
 CEF  
 Agência 4151  
 Conta corrente, 1340-1

**COPIAR COM ORIGINAL**

\* Não sujeitos a Seguridade Social, conforme Art. 31 da Lei 8.212/91, OS/INSS 209/99, IN/INSS- DC 100/03 e IN 971/09, Artigo 120, Inciso III. Os serviços acima descritos foram prestados formalmente pelo(s) sócio(s) e sem o concurso de empregados ou outros contribuintes individuais.

PGTO PARCIAL

*Sauya*  
 ASSINATURA

CONVÊNIO nº 05/SS/2024  
 VALOR PGTO: R\$ 3.398,60

Processo executado por: 172.16.20.60  
**Consulte a autenticidade desta Nota Fiscal através do site: <http://www.mogiguacu.sp.gov.br>**  
**Valor aprox. dos tributos (Lei nº 12.741/2012): R\$ 815,76 - Aliq: 11,33%**

Situação de Tributação  
 Tributada no Prestador

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

Deduções de Materiais 0,00	Base de Cálculo (R\$) 7.200,00	Aliquota (%) -	Vr do ISS (R\$) -
-------------------------------	-----------------------------------	-------------------	----------------------

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



24/07/2025

GERENCIADOR  
**CAIXA**



## Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

### Detalhes do pagamento

**ID da transação:** E00360305202507221723dad50648b58  
**Situação:** EFETIVADA    **Data e Hora:** 22/07/2025 às 15:26:36  
**Valor Original:** R\$ 3.378,60    **Valor Atualizado:** R\$ 3.378,60    **Tarifa:** R\$ 8,50  
**Detalhes:** NF 5207

### 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:** 50027347940  
**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  
**000000005206 - E**

Autenticidade  
**GRW0-WR8N**

Data de Emissão  
**18/07/2025**

**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 GUAÇU **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 -Esta nota será liquidada nos termos do Convênio 05/SS/2024- Plantões - torácico JUNHO/2025.

Valor Bruto.....3.600,00  
 Imposto de renda 54,00  
 Pis 23,40  
 Cofins 108,00  
 Csil 36,00  
 Valor Líquido..... 3.378,60

Conta para depósito  
 CEF  
 Agencia 4151  
 Conta corrente 1340-1

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

CONFIRME COM

\* Não sujeitos à Seguridade Social, conforme Art. 31 da Lei 8.212/91, OS/INSS 209/99, IN/INSS- DC 100/03 e IN 971/09, Artigo 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 n° 05/SS/2024

VALOR PGTO: R\$ 3.689,30

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\$ 407,88 - 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\$) 3.600,00	Alíquota (%) -	Vr do ISS (R\$) -
-------------------------------	-----------------------------------	-------------------	----------------------

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



## DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

Entidade: Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu

CNPJ: 52.739.950/0001-36

Nome Pessoa Jurídica: ELGUI SERVICOS DE SAUDE SS LTDA

Nome Pessoa Física: Guilherme Biazotto

CNPJ/CPF.: 17.680.807/0001-15

Especialidade: Torácico

Convênio: PLANTÕES

Competência: 06/2025

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
Semana/Final de semana	6	24 Horas	R\$ 800,00	
dias 10, 12, 20, 21, 22, 26				
Devido a falta de especialistas médicos torácicos na entidade, foi solicitado aos médicos cirurgiões para suprir esta necessidade (1/4).				R\$ 3.600,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>			R\$	<b>3.600,00</b>

  
Romildo Fontaniello  
Provedor

24/07/2025



### Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

#### Detalhes do pagamento

**ID da transação:** E00360305202507221724d00147c655b  
**Situação:** EFETIVADA    **Data e Hora:** 22/07/2025 às 15:26:55  
**Valor Original:** R\$ 1.689,30    **Valor Atualizado:** R\$ 1.689,30    **Tarifa:** R\$ 8,50  
**Detalhes:** NF 5206

#### 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:** 50027343330  
**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@plassacontabilidade.com.br Fone: (19) 3808-2815		Número da NFS-e <h2 style="text-align: center;">2025000000</h2>
CNPJ / CPF      Inscrição Estadual      Inscrição Municipal 49.976.692/0001-05      ****      541264	Data do Serviço <h2 style="text-align: center;">18/07/2025</h2>	

 <b>Prefeitura Municipal da Estância Hidromineral de Monte Alegre do Sul/SP</b> Fiscalização Fone: (19) 3899-9120 - <a href="https://montealegredosul.govbr.cloud/NFSe.Portal">https://montealegredosul.govbr.cloud/NFSe.Portal</a>	Dt. de Emissão 18/07/2025	Exigibilidade ISS Exigível	Tributado Monte Ale
---	------------------------------	-------------------------------	------------------------

Nome / Razão Social <b>IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MOGI GUACU</b>				Monte Alegre do Sul			
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 *****							

Nome / Razão Social *****	CNPJ / CPF *****	Inscrição Municipal *****
E-mail *****		

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	VALOR TOTAL	ALIQ.	VALOR IMPOSTO
Serviços Prestados -Plantões- Ambulatórios- Dr. Marcelo Dos S Oliveira - CRM 240847 Convênio 05/SS/2024 Prefeitura Municipal de Mogi Guacu 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\$ _____	40.500,00	2,00	810,00

Código do Serviço 04.01 - Medicina e biomedicina.		Código NBS *****	
CIDE 0,00	COFINS 1.215,00	COFINS Importação 0,00	ICMS 0,00
IOF 0,00	IPI 0,00	PIS/PASEP 263,25	PIS/ 0,00
Base Cálculo ISSQN Próprio 40.500,00	Valor do ISSQN Próprio 810,00	Base Cálculo ISSQN Retido 0,00	Valor do ISSQN Retido 0,00
Valor Total do ISSQN 810,00		Valor Dedução/Descont 0,00	
<b>40.500,00</b>		<b>38.009,25</b>	

Informações Adicionais  
 Lei 12741/2012: Mun: R\$1316,25; Est: R\$0,00; Fed: R\$5447,25; Total Aprox: R\$6763,50. Fonte: IBPT.  
 IR Retido: R\$607,50  
 Retenções: COFINS R\$ 1.215,00; PIS R\$ 263,25; CSLL R\$ 405,00;

PGTO PARCIAL  
 CONVÊNIO Nº 05/SS/2024  
 VALOR PGTO: R\$ 10.004,63

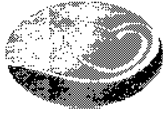
Consulta realizada em 18/07/2025 às 15:06:44.

Para consultar a autenticidade acesse: <https://montealegredosul.govbr.cloud/NFSe.Portal>



202500000001742f24ae8a149976692000105

Recebi(emos) de <b>SANTOS OLIVEIRA CLINICA MEDICA LTDA</b>  os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado.	Número da NFS-e 202500000000174  Competência 18/07/2025  NFS-e	Número de Controle do
_____ Data	_____ Identificação e Assinatura	



## DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

Entidade: Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu

CNPJ: 52.739.950/0001-36

Nome Pessoa Jurídica: SANTOS OLIVEIRA CLINICA MEDICA LTDA

Nome Pessoa Física: Marcelo dos Santos

CNPJ/CPF.: 49.976.692/0001-05

Especialidade: Clínico

Convênio: PLANTÕES

Competência: 06/2025

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Final de Semana</b>	3	06 Horas	R\$ 900,00	R\$ 2.700,00
Dia 07, 14, 22,				
<b>Semana</b>	16	12 Horas	R\$ 1.700,00	R\$ 27.200,00
Dia 02, 04, 05, 09, 10, 11, 16, 16				
17, 17, 18, 20, 23, 25, 30, 30				
<b>Semana</b>	4	06 Horas	R\$ 850,00	R\$ 3.400,00
12, 18, 26, 27				
<b>Final de semana</b>	4	12 Horas	R\$ 1.800,00	R\$ 7.200,00
06, 20, 21, 28				
<b>TOTAL A PAGAR</b>				R\$ 40.500,00

  
Romildo Fontaniello  
Provedor

24/07/2025

GERENCIADOR  
**CAIXA**



## Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

### Detalhes do pagamento

**ID da transação:** E00360305202507221724336bc6ca999

**Situação:** EFETIVADA **Data e Hora:** 22/07/2025 às 15:27:15

**Valor Original:** R\$ 19.004,63 **Valor Atualizado:** R\$ 19.004,63 **Tarifa:** R\$ 8,50

**Detalhes:** NF 174

### Origem

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

**CNPJ:** 52.739.950/0001-36

**Instituição:** CAIXA ECONOMICA FEDERAL

### Destino

**Nome:** SANTOS OLIVEIRA CLINICA MEDICA LTDA

**CNPJ:** 49.976.692/0001-05

**Instituição:** CC CREDINTER

**Chave Pix:** 49976692000105

**Código da operação:** 50027365408

**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  
**000000000193 - E**  
Autenticidade  
**6CWD-ZQ90**  
Data de Emissão  
**18/07/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

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

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

Nome/Razão Social: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MOGI GU  
CPF/CNPJ: 52.739.950/0001-36 IM: 10286 IE: 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 Cândido Alves Junior, CRM 123387- Plantões JUNHO/2025 - Convênio número 05/SS/2024.

Valor Bruto.....13.600,00  
Imposto de renda 204,00  
Pis 88,40  
Cofins 408,00  
Csl 136,00  
Issqn 408,00  
Valor Líquido..... 12.355,60

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

Conta para depósito  
Banco Sicoob -756  
Agencia 31225  
Conta corrente 856804-9  
PIS 38 9 99923550

CONFERE COM  
O ORIGINAL

\* Não sujeitos à Seguridade Social, conforme Art. 31 da Lei 8.212/91, OS/INSS 209/99, IN/INSS- DC 100/03 e IN 971/09, Artigo 120, Inciso III. Os serviços acima descritos foram prestados pessoalmente pelo(s) sócio(s) e sem o concurso de empregados ou outros contribuintes individuais.

FGTO PARCIAL

CONVÊNIO nº 05/SS/2024

VALOR FGTO: R\$ 6.437,80

Processo executado por: 172.16.20.60

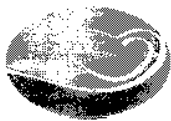
Consulte a autenticidade desta Nota Fiscal através do site: <http://www.mogiguacu.sp.gov.br>  
Valor aprox. dos tributos (Lei nº 12.741/2012):  
R\$ 1.948,88 - Aliq: 14,33%

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\$) 13.600,00	Aliquota (%) 3,0000%	Vr do ISS (R\$) 408,00
<b>VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 13.600,00</b>			



### DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

Entidade: Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu

CNPJ: 52.739.950/0001-36

Nome Pessoa Jurídica: ALVES JUNIOR SERVICOS MEDICOS LTDA

Nome Pessoa Física: Delvo Candido Alves junior

CNPJ/CPF.: 48.493.767/0001-26

Especialidade: Ortopedista

Convênio: PLANTÕES

Competência: 06/2025

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
Semana	4	24 Horas	R\$ 3.400,00	R\$ 13.600,00
Dia 04, 11, 18, 25				
Final de semana		24 Horas	R\$ 3.600,00	R\$ -
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 13.600,00</b>

  
Romildo Fontaniello  
Provedor

24/07/2025

GERENCIADOR  
**CAIXA**



## Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

### Detalhes do pagamento

<b>ID da transação:</b>	E0036030520250722172558d200d0402		
<b>Situação:</b>	EFETIVADA	<b>Data e Hora:</b>	22/07/2025 às 15:27:35
<b>Valor Original:</b>	R\$ 6.177,80	<b>Valor Atualizado:</b>	R\$ 6.177,80
		<b>Tarifa:</b>	R\$ 8,50
<b>Detalhes:</b>	NF 193		

### 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>	ALVES JUNIOR SERVICOS MEDICOS LTDA
<b>CNPJ:</b>	48.493.767/0001-26
<b>Instituição:</b>	CC CREDINTER
<b>Chave Pix:</b>	+5538999923550

<b>Código da operação:</b>	50027391090
<b>Chave de segurança:</b>	1F4NV0ENM517UJKA

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

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

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492



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

Número da Nota - Série  
**000000000334 - E**  
Autenticidade  
**VX5B-1R66**  
Data de Emissão  
**18/07/2025**

**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 06/2025.

CONVÊNIO - 05/SS/2024.

DR. LEONARDO PARIZZI LEALDINI.

VALOR LÍQUIDO À RECEBER - 26.278,65

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

Serviço realizado em : SANTA CASA DE MOGI GUACU

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

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

**FOTO PARCIAL**  
**CONVÊNIO Nº 05/SS/2024**  
**VALOR TOTAL: R\$ 26.278,65**

**CONFERE COM O ORIGINAL**

*[Assinatura]*

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

Processo executado por: 172.16.20.60  
**Consulte a autenticidade desta Nota Fiscal através do site: <http://www.mogiguacu.sp.gov.br>**  
**Valor aprox. dos tributos (Lei nº 12.741/2012): R\$ 4.545,12 - Aliq: 16,71%**

Situação de Tributação  
Tributado no Tomador

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

Deduções de Materiais <b>0,00</b>	Base de Cálculo (R\$) <b>27.200,00</b>	Aliquota (%) <b>3,3873%</b>	Vr do ISS (R\$) <b>921,35</b>
--------------------------------------	---	--------------------------------	----------------------------------

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 27.200,00**



**DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS**

Entidade: Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu

CNPJ: 52.739.950/0001-36

Nome Pessoa Jurídica:

NEONATALE SERVIOS MEDICOS LTDA

Nome Pessoa Física:

Leonardo Parizzi Lealdini

CNPJ/CPF.:

18.835.834/0001-82


Especialidade:

Pediatra/Neonatologista

Convênio: PLANTOES

Competência: 06/2025

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
Semana/Final de semana	14	12 Horas	R\$ 1.700,00	R\$ 23.800,00
Dias 02, 03, 04, 09, 11, 12, 16, 18, 23, 24, 25, 26, 27, 30				
Semana/Final de semana	4	6 Horas	R\$ 850,00	R\$ 3.400,00
Dia 05, 10, 17, 19				
<b>TOTAL A PAGAR</b>			R\$	<b>27.200,00</b>

  
Romildo Fojfaniello  
Provedor

24/07/2025

GERENCIADOR  
**CAIXA**



### Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

#### Detalhes do pagamento

**ID da transação:** E003603052025072217252bc585b622c

**Situação:** EFETIVADA      **Data e Hora:** 22/07/2025 às 15:27:55

**Valor Original:** R\$ 13.139,33      **Valor Atualizado:** R\$ 13.139,33      **Tarifa:** R\$ 8,50

**Detalhes:** NF 334

#### 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:** 50027400951

**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)  
**18/07/2025 15:13:06**

Período de Competência  
**07/2025**

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

Reg. Especial Tributação

Exigibilidade do ISS

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

### PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social

**SENA SERVIÇOS MEDICOS LTDA**

Nome Fantasia

**SENA SERVIÇOS MEDICOS**

Email

**dr.lucsen@gmail.com**

CPF/CNPJ

**48.889.013/0001-90**

Inscrição Municipal

**2441287**

Inscrição Estadual

Simples Nacional

**Sim**

Incentivador Cultural

**Não**

Fone/Fax

**(63) 99958-6734**

Endereço

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

### TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social

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

CPF/CNPJ

**52.739.950/0001-36**

Inscrição Municipal

Inscrição Estadual

Fone/Fax

**(19) 3861-1313**

E-mail

**elionara@santacasamogiguacu.org.br**

Endereço

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

### SERVIÇO PRESTADO

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

### DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

Prestação de Serviços Médicos.

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

No valor de R\$ 20.050,00 ref.: 06/2025 - 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 N° 05/SS/2024

#### FONTES DE RECURSO

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

PGTO PARCIAL

CONVÊNIO N° 05/SS/2024

VALOR PGTO: R\$ 10.025,00

CONVÊNIO COM  
CONTABIL

*Jairzinho*  
ADMINISTRADOR

### RETENÇÕES FEDERAIS

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

### VALORES

Valor dos Serviços (R\$)	Deduções (R\$)	Desconto Incondicionado (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Aliquota (%)
20.050,00	0,00	0,00	*****	3,120
ISS (R\$)	ISS Retido (R\$)	Desconto Condicionado (R\$)	Valor Líquido (R\$)	Valor Total da Nota (R\$)
*****	*****	0,00	20.050,00	20.050,01

### OUTRAS INFORMAÇÕES

Esta NFS-e é autodeclaratória.

Optante do Simples Nacional.

Trib. aprox. R\$ 2.696,72 Federal e R\$ 1.002,50 Municipal. Fonte: IBPT [CAF7DD]

Visualizado em: 18/07/2025 15:13:06

Para validação desta NFS-e acesse: <http://palmasto.webbiss.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: **06/2025**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana</b>	6	12 Horas	R\$ 1.700,00	R\$ 10.200,00
Dia 03, 10, 12, 19, 24, 26,				
<b>Final de semana</b>	5	12 Horas	R\$ 1.800,00	R\$ 9.000,00
Dia 07, 13, 15, 21, 27				
<b>Semana</b>	1	06 Horas	R\$ 850,00	R\$ 850,00
Dia 27				
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 20.050,00</b>

  
Romildo Fontaniello  
Provedor

24/07/2025



## Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

### Detalhes do pagamento

**ID da transação:** E003603052025072217250f0dcfa4f85  
**Situação:** EFETIVADA **Data e Hora:** 22/07/2025 às 15:28:15  
**Valor Original:** R\$ 10.025,00 **Valor Atualizado:** R\$ 10.025,00 **Tarifa:** R\$ 8,50  
**Detalhes:** NF 36

### 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:** 50027412389  
**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





## DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

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

CNPJ: **52.739.950/0001-36**

Nome Pessoa Jurídica: **FLAVIA DE SOUZA REIS SERVIÇOS MEDICOS LTDA**

Nome Pessoa Física: **Flavia de Souza Reis**

CNPJ/CPF.: **42.004.441/0001-01**

Especialidade: **Obstetra**

Convênio: **PLANTÕES**

Competência: **06/2025**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana</b>	3	12 Horas	R\$ 1.700,00	R\$ 5.100,00
Dia 05, 12, 26,				
<b>Final de Semana</b>	4	12 Horas	R\$ 1.800,00	R\$ 7.200,00
Dia 01, 19, 28, 22,				
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 12.300,00</b>

  
Romildo Fontaniello  
Provedor

24/07/2025

GERENCIADOR  
**CAIXA**



## Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

### Detalhes do pagamento

**ID da transação:** E00360305202507221726c8ea767994f

**Situação:** EFETIVADA      **Data e Hora:** 22/07/2025 às 15:28:39

**Valor Original:** R\$ 6.150,00      **Valor Atualizado:** R\$ 6.150,00      **Tarifa:** R\$ 8,50

**Detalhes:** NF 28

### Origem

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

**CNPJ:** 52.739.950/0001-36

**Instituição:** CAIXA ECONOMICA FEDERAL

### Destino

**Nome:** FLAVIA DE SOUZA REIS SERVICOS MEDICOS LTDA

**CNPJ:** 42.004.441/0001-01

**Instituição:** CCLA SUL MINAS-SICOOB CREDIVAS

**Chave Pix:** 42004441000101

**Código da operação:** 50027433803

**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 AMERICANA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA**  
**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e**



20250718054685272000100

Número da Nota <b>00000059</b>	Data e Hora de Emissão <b>18/07/2025 12:50:29</b>	Competência <b>07/2025</b>	Código de Verificação <b>FNLC-RFNB</b>
Exigibilidade <b>Exigível em Americana/SP</b>		Localidade da Prestação <b>Mogi Guaçu/SP</b>	

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

CPF/CNPJ: **54.685.272/0001-00** Inscrição Municipal: **00121963**  
 Nome/Razão Social: **CRTG CLINICA MEDICA**  
 Endereço: **RUA CATARINA MENEGAZZO ZANAGA 144 - JARDIM LIZANDRA - CEP: 13471-323**  
 Município: **Americana** UF: **SP**

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

Nome/Razão Social: **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MOGI GUAC**  
 CPF/CNPJ: **52.739.950/0001-36** Inscrição Municipal: **---**  
 Endereço: **R. Chico de Paula 608 - Centro - CEP: 13840-005**  
 Município: **Mogi Guaçu** UF: **SP** E-mail: **eilonora@santacasamogiguacu.org.br**

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS EM MOGI GUAÇU - SP  
 VALOR APROX. DE TRIBUTOS (16,14%) \$ 3.873,60  
 CONFORME LEI Nº 12.741/12 FONTE IBPT

PGTO PARCIAL

DR. CARLOS ROBERTO T. GOUVEIA  
 referente Plantões - 06/2025  
 Convênio 05/SS/2024  
 Dr Carlos Roberto Torres.....R\$ 24.000,00

CONVÊNIO nº 05/SS/2024  
 VALOR PGTO: R\$ 11.364,00

BANCO SICOOB 756  
 AG. 5004  
 C/C 11419571  
 PIX CNPJ: 54.685.272/0001-00  
 CRTG CLINICA MEDICA

*COM ORIGINAL*

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

**FONTES DE RECURSO**

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

Retenção de COFINS Retenção de CSLL Retenção de INSS Retenção IR Retenção de PIS Outras Retenções  
 R\$ 720,00 R\$ 240,00 R\$ 0,00 R\$ 360,00 R\$ 156,00 R\$ 0,00

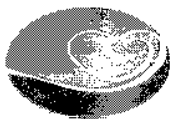
CNAE: 8830599 - Atividades de atenção ambulatorial não especificadas anteriormente  
 Subitem: 04.01 - Medicina e biomedicina.

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

Valor Total das Deduções (R\$) <b>0,00</b>	Base de Cálculo (R\$) <b>24.000,00</b>	Alíquota (%) <b>3,00%</b>	Valor do ISS (R\$) <b>720,00</b>	Crédito de Abatimento do IPTU <b>0,00</b>
---	---	------------------------------	-------------------------------------	--

**OUTRAS INFORMAÇÕES**

- Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 4.930/2008 e no Decreto nº 8.250/2008
- Data de vencimento do ISS desta NFS-e: 20/08/2025
- Esta NFS-e não gera crédito pois o Tomador de Serviço está localizado fora do município de Americana.
- Valor Líquido a Pagar: R\$ 22.524,00



## DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

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

CNPJ: **52.739.950/0001-36**

Nome Pessoa Jurídica: **CRTG CLINICA MEDICA**

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

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

Especialidade: **Obstetra**

Convênio: **PLANTÕES**

Competência: **06/2025**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana</b>	12	12 Horas	R\$ 1.700,00	R\$ 20.400,00
Dia 02, 06, 09, 20, 23, 30, 02, 06, 09, 16, 20, 30				
<b>Final de Semana</b>	2	12 Horas	R\$ 1.800,00	R\$ 3.600,00
Dia 07, 07,				
<b>TOTAL A PAGAR</b>				R\$ 24.000,00

  
Romildo Fontaniello  
Provedor

24/07/2025

GERENCIADOR  
**CAIXA**



### Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

#### Detalhes do pagamento

**ID da transação:** E0036030520250722172760be40b1272  
**Situação:** EFETIVADA      **Data e Hora:** 22/07/2025 às 15:29:00  
**Valor Original:** R\$ 11.364,00      **Valor Atualizado:** R\$ 11.364,00      **Tarifa:** R\$ 8,50  
**Detalhes:** NF 59

#### Origem

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

#### Destino

**Nome:** CRTG CLINICA MEDICA  
**CNPJ:** 54.685.272/0001-00  
**Instituição:** CCLA CENTRO BRASILEIRA  
**Chave Pix:** 54685272000100

**Código da operação:** 50027450093  
**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  
**00000000042 - E**  
Autenticidade  
**IC3Q-ON2W**  
Data de Emissão  
**21/07/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

Nome/Razão Social: SFB SAUDE DA MULHER SOCIEDADE SIMPLES UNIPESSOAL LTDA  
CPF/CNPJ: 57.609.557/0001-41 IM: 329881 IE: Fone: 194042-6133  
Endereço: RUA RUA INACIO FRANCO ALVES,877,PARQUE CIDADE NOVA - CEP : 13845420  
Município: MOGI GUACU UF: SP E-mail: CONTATO@AUDISER.COM.BR

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

Nome/Razão Social: IRMANDADE DA SANTA CASA DE 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 pela sócia SYLVIA MARIA DE OLIVEIRA FONTES  
Referente a plantões 06/2025  
Convênio 05/SS/2024

Retenção:

IR (1.5%) R\$ 337,50  
CSLL (1%) R\$ 225,00  
COFINS (3%) R\$ 675,00  
PIS (0.65%) R\$ 146,25  
DESCONTOS R\$ 1.383,75  
VALOR LIQUIDO R\$ 21.116,25

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 prestados pessoalmente pelo sócio. Dispensado nos termos do artigo 115, inciso II da Instrução Normativa RFB nº 2140/2022.  
B) Não incide a retenção do ISSQN (ISSQN FIXO)

PGTO PARCIAL

CONVÊNIO Nº 05/SS/2024

VALOR PAGO: 40.220,63

0 ORIGINAL

*Sylvia*  
ASSINATURA

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

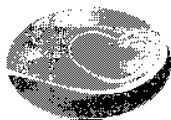
Situação de Tributação  
Tributado no Tomador

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

Deduções de Materiais	Base de Cálculo (R\$)	Aliquota (%)	Vr do ISS (R\$)
0,00	22.500,00	3,0000%	675,00

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 22.500,00**

**DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS**



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

CNPJ: **52.739.950/0001-36**

Nome Pessoa Jurídica: **SFB SAUDE DA MULHER SOCIEDADE SIMPLES UNIPESSOAL LTDA**

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

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

Especialidade: **Obstetra**

**Convênio: PLANTÕES**

**Competência: 06/2025**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana</b>	9	12 Horas	R\$ 1.700,00	R\$ 15.300,00
Dia 02, 09, 16, 23, 27, 30, 05 12, 27,				
<b>Final de Semana</b>	4	12 Horas	R\$ 1.800,00	R\$ 7.200,00
Dia 07, 14, 07, 14,				
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 22.500,00</b>

  
 Romildo Fontaniello  
 Provedor

24/07/2025



### Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

#### Detalhes do pagamento

<b>ID da transação:</b> E00360305202507221727b79e6cadba9
<b>Situação:</b> EFETIVADA <b>Data e Hora:</b> 22/07/2025 às 15:29:20
<b>Valor Original:</b> R\$ 10.220,63 <b>Valor Atualizado:</b> R\$ 10.220,63 <b>Tarifa:</b> R\$ 8,50
<b>Detalhes:</b> NF 42

#### Origem

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

#### Destino

<b>Nome:</b> SFB SAUDE DA MULHER SOCIEDADE SIMPLES UNIPessoal LTDA
<b>CNPJ:</b> 57.609.557/0001-41
<b>Instituição:</b> CC CREDINTER
<b>Chave Pix:</b> 57609557000141

<b>Código da operação:</b> 50027454230
<b>Chave de segurança:</b> 1F4NV0ENM517UJKA

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

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

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492



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

Número da Nota - Série  
**00000000155 - E**

Autenticidade  
**3HBO-VC2T**

Data de Emissão  
**18/07/2025**

**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**

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

PGTO PARCIAL

RETENÇÕES :  
 ISS R\$ 1.120,56

CONVÊNIO Nº 05/SS/2024  
 VALOR PGTO: R\$ 46.839,92

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

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

CONFIRMADO  
 05/07/2024

*João Paulo Natalino*

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

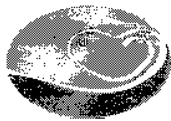
Processo executado por: 172.16.20.60  
**Consulte a autenticidade desta Nota Fiscal através do site: <http://www.mogiguacu.sp.gov.br>**

Situação de Tributação  
 Tributado no Tomador

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

Deduções de Materiais <b>0,00</b>	Base de Cálculo (R\$) <b>34.800,00</b>	Alíquota (%) <b>3,2200%</b>	Vr do ISS (R\$) <b>1.120,56</b>
--------------------------------------	---	--------------------------------	------------------------------------

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 34.800,00**



## 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: 06/2025

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana</b>	6	24 Horas	R\$ 3.400,00	R\$ 20.400,00
Dia 02, 09, 16, 20 23, 30				
<b>Semana</b>		12 Horas	R\$ 1.700,00	R\$ -
<b>Final de semana</b>	4	24 Horas	R\$ 3.600,00	R\$ 14.400,00
Dias 08, 19, 21, 22,				
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 34.800,00</b>

  
Romildo Fontaniello  
Provedor

24/07/2025

GERENCIADOR  
**CAIXA**



## Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

### Detalhes do pagamento

**ID da transação:** E00360305202507221727a3402da89f7  
**Situação:** EFETIVADA      **Data e Hora:** 22/07/2025 às 15:29:38  
**Valor Original:** R\$ 16.839,72      **Valor Atualizado:** R\$ 16.839,72      **Tarifa:** R\$ 8,50  
**Detalhes:** NF 155

### 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:** 50027475913  
**Chave de segurança:** 1F4NV0ENM517UJKA

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

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

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492



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



**Número da NFS-e**  
**253**  
**Código de Verificação de Auten**  
**A81IC3BJ6**  
**Data e Hora de Emissão da NF**  
**18/07/2025 às 10:09:1**  
**Chave de Acesso**  
**746876AXEJ9C35T4SL9Q356SG9I**

Para certificação da autenticidade  
<http://transparencia.aguasdelindoia.br:5861/issweb>, menu consultas e os dados desta NFS-e.

Exigibilidade do ISS Exigível	Número do Processo	Município de Incidência do ISS AGUAS DE LINDOIA-SP	Local da Prestação AGUAS DE LINDOIA - SP
Número do RPS	Série do RPS	Tipo do RPS	Data do RPS 18/07/2025
Optante Simples Nacional 1 - Sim	Incentivo Fiscal 2 - Não	Regime Especial Tributação Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP)	Tipo ISS 03 - Sobre Faturamento

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

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/País MOGI GUACU - SP	Complemento Centro
		Cod. IBGE	Telefone 3538708
		E-mail	

Qtde.	Un. Medida	Descrição	Vir. Unitário
1,00	LN	Plantões 06/2025	12.400,00 R\$

CONVÊNIO nº 05/SS/2024

VALOR PGTO: R\$ 6.200,00

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**

LC 116/2003: 04.03	Alíquota	Atividade Município	Código CNAE	Código da Obra	Código ART
Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, am...	2,6684%	000004000003			
Valor Total dos Serviços R\$ 12.400,00	Desconto Incondicionado R\$ 0,00	Deduções Base Cálculo R\$ 0,00	Base de Cálculo R\$ 12.400,00	Total do ISS R\$ 331,01	ISS Retido 2 - Não
				Desconto Condicio R\$ 0,00	

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

Valor Líquido da NFS-e: R\$ 12.400,00

Val. Aprox.

**Informações Complementares**

Conta PJ: NUBANK  
 Banco: 0260  
 Agência: 0001  
 Conta: 706689818-6  
 PIX CNPJ: 36.599.304/0001-91

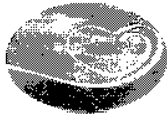
RECEBI(EMOS) DE CAMILLA SANTANA FERREIRA CLINICA MEDICA LTDA O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO 253 E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO A81IC3BJ6.

Data

CPFECA

Assinatura

**DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS**



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

CNPJ: **52.739.950/0001-36**

Nome Pessoa Jurídica: **CAMILLA SANTANA FERREIRA CLINICA MEDICA**

Nome Pessoa Física: **Camilla Santana Ferreira**

CNPJ/CPF.: **36.599.034/000191**

Especialidade: **Obstetra**

**Convênio: PLANTÕES**

Competência: **06/2025**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana</b>	2	12 Horas	R\$ 1.700,00	R\$ 3.400,00
Dia 11, 25				
<b>Final de Semana</b>	5	12 Horas	R\$ 1.800,00	R\$ 9.000,00
Dia 08, 15, 29, 08, 29				
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 12.400,00</b>

Romildo Fontaniello  
Provedor

24/07/2025

GERENCIADOR  
**CAIXA**



## Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

### Detalhes do pagamento

**ID da transação:** E003603052025072217281a1821b76c6  
**Situação:** EFETIVADA      **Data e Hora:** 22/07/2025 às 15:29:58  
**Valor Original:** R\$ 6.200,00      **Valor Atualizado:** R\$ 6.200,00      **Tarifa:** R\$ 8,50  
**Detalhes:** NF 253

### Origem

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

### Destino

**Nome:** CAMILLA SANTANA FERREIRA CLINICA MEDICA LTDA  
**CNPJ:** 36.599.034/0001-91  
**Instituição:** NU PAGAMENTOS S.A.  
**Chave Pix:** 36599034000191

**Código da operação:** 50027486761  
**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 DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE ITU SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS NOTA FISCAL DE SERVIÇO ELETRÔNICA - NFS-e		NFS-e 2	
			Código de Verificação RD0H5FB EY	
			Emissão da NFS-e 17/07/2025 17:34	
RPS	Série RPS	Tipo RPS	NFS-e Substituída	

Prestador de Serviço			
CPF/CNPJ:	46.063.976/0001-04	Inscrição	60041
Nome/Razão Social:	BECHARA SERVICOS MEDICOS LTDA	Número:	2500
Endereço	999 Condomínio Portal de Itu	Bairro:	Chácara Primavera
Complemento:		País:	Brasil
CEP:	13301-914 Município: ITU	UF:	SP
E-mail:	bechara@gmail.com	Telefone:	(11)9999-9999

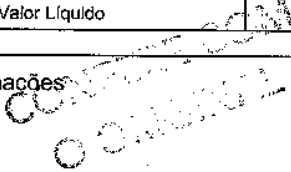

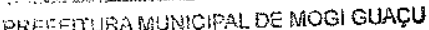
Tomador de Serviço			
CPF/CNPJ:	52.739.950/0001-36	Inscrição Municipal:	NIF:
Nome/Razão Social:	NOME EMPRESARIAL IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MOGI GUACU	Número:	608
Endereço:	Distrito Chico de Paula	Bairro:	Centro
Complemento:		País:	Brasil
CEP:	13840-005 Município: MOGI GUACU	UF:	SP
E-mail:	santacasamogiguacu@dginet.com.br	Telefone:	

Atividade Econômica
4.01 / 863050301 - MEDICINA E BIOMEDICINA

Discriminação do Serviço	
SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS Convênio 05/SS/2024	PGTO PARCIAL
Dr Fabio.....R\$ 14.000,00	CONVÊNIO nº 05/SS/2024
	VALOR PGTO: R\$ 6.569,50

Tributos Federais (R\$)					Valor Aproximado dos Tributos (%)			
PIS	COFINS	INSS	IR	CSLL	Federal	Estadual	Municipal	Fonte
91,00	420,00	0,00	210,00	140,00	0,00%	0,00%	0,00%	

Identificação Prestação de Serviços		Detalhamento de Valores (R\$)	
Código da Obra		Valor do Serviço	14.000,00
Código A.R.T.		Desconto Incondicionado	0,00
Exigibilidade ISSQN	1-Exigível	Desconto Condicionado	0,00
Regime Especial de Tributação	0-Nenhum	Retenções Federais	861,00
Simples Nacional	( ) Sim (X) Não	Outras Retenções	0,00
Incentivador Fiscal		Deduções Previstas em Lei	0,00
Competência	07/2025	Base de Cálculo	14.000,00
Município Prestação	MOGI GUACU - SP	Alíquota	2,00
Município Incidência	ITU - SP	ISSQN	280,00
ISSQN a Reter	( ) Sim (X) Não	Valor Líquido	13.139,00

Outras Informações
   TERMO DE CONVENIO Nº 05/SS/2024

FONTES DE RECURSO	
(X) MUNICIPAL R\$ _____	( ) FMDCA R\$ _____
( ) ESTADUAL R\$ _____	( ) PRÓPRIOS R\$ _____
( ) FEDERAL R\$ _____	( ) OUTROS R\$ _____

*Handwritten signature and stamp*



## 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: **06/2025**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana</b>	1	24 Horas	R\$ 3.400,00	R\$ 3.400,00
Dias 27				
<b>Semana</b>	2	12 Horas	R\$ 1.700,00	R\$ 3.400,00
Dia 06, 13,				
<b>Final de semana</b>	2	24 Horas	R\$ 3.600,00	R\$ 7.200,00
Dias 28, 29				
<b>Final de semana</b>		12 Horas	R\$ 1.800,00	R\$ -
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 14.000,00</b>

  
Romildo Fontaniello  
Provedor

24/07/2025



### Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

#### Detalhes do pagamento

<b>ID da transação:</b> E06360305202507221728d0316e43741
<b>Situação:</b> EFETIVADA <b>Data e Hora:</b> 22/07/2025 às 15:30:19
<b>Valor Original:</b> R\$ 6.569,50 <b>Valor Atualizado:</b> R\$ 6.569,50 <b>Tarifa:</b> R\$ 8,50
<b>Detalhes:</b> NF 2

#### 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> BECHARA SERVICOS MEDICOS LTDA
<b>CNPJ:</b> 46.063.976/0001-04
<b>Instituição:</b> BCO C6 S.A.
<b>Chave Pix:</b> 46063976000104

<b>Código da operação:</b> 50027527042
<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.

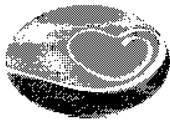
Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

 <p>PREFEITURA DE SANTO ANTÔNIO DO JARDIM SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS COORDENADORIA FISCAL E TRIBUTÁRIA DEPARTAMENTO FISCAL E TRIBUTÁRIO NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-E</p>		Número da Nota Fiscal <b>57</b>			
		Série: E			
		Data Emissão: <b>21/07/2025</b>			
		Certificação: <b>C51FC-4AC62</b>			
<b>DADOS DO PRESTADOR</b>					
Nome/Razão Social: <b>M. E. TEODORO GARIBALDI SERVIÇOS MEDICOS LTDA</b> Nome Fantasia: <b>M. E. TEODORO GARIBALDI SERVIÇOS MEDICOS LTDA</b> CNPJ/CPF: <b>56.908.212/0001-26</b> Insc. Municipal: <b>524335</b> Endereço: <b>R MANOEL CARLOS GONÇALVES</b> Bairro: <b>CENTRO</b> Município: <b>SANTO ANTÔNIO DO JARDIM</b> E-mail: <b>i9contab@gmail.com</b>		Insc. Estadual: Nº: <b>385</b> Compl.: UF: <b>SP</b> CEP: <b>13995-000</b> Telefone: <b>1434174553</b>			
<b>DADOS DO TOMADOR</b>					
Nome/Razão Social: <b>IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MOGI GUAÇU</b> CNPJ/CPF: <b>52.739.950/0001-36</b> Insc. Municipal: Endereço: <b>R CHICO DE PAULA</b> Bairro: <b>CENTRO</b> Município: <b>MOGI GUAÇU</b> E-mail: <b>santacasamogiguacu@dglnet.com.br</b>		Insc. Estadual: Nº: <b>608</b> Compl.: UF: <b>SP</b> CEP: <b>13840-005</b> Telefone: <b>1938611313</b>			
<b>DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO</b>					
SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS NOS PLANTÕES - 06/2025 CONVÊNIO 05/SS/2024 DRA MARIA ELISA - R\$ 3.500,00 <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">   <b>ASSINATURA</b> </div> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> <b>PGTO PARCIAL</b>  <b>CONVÊNIO Nº 05/SS/2024</b>  <b>VALOR PGTO: R\$ 1.750,00</b> </div>					
<b>Item</b> SERVIÇOS MÉDICOS		Tributável Sim	Qtde. 1,00	Vl. Unitário R\$ 3500	Total R\$ 3.500,00
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\$ _____					
Valor Tributável: R\$ 3.500,00	Valor não Tributável: R\$ 0,00	<b>VALOR BRUTO DA NOTA</b>			<b>R\$ 3.500,00</b>
Valor Total das Deduções: R\$ 0,00	Desconto Incondicionado: R\$ 0,00	Desconto Condicionado: R\$ 0,00	Base de Cálculo: R\$ 3.500,00	Alíquota: 2,1700%	Valor do ISS: R\$ 75,95
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
Valor Aproximado de Impostos: Federais R\$ 0,00 Estaduais R\$ 0,00 Municipais R\$ 0,00			<b>VALOR LÍQUIDO DA NOTA</b>		<b>R\$ 3.500,00</b>
<b>ENQUADRAMENTO DO SERVIÇO</b>					
4.01 - Medicina e biomedicina.					
<b>OUTRAS INFORMAÇÕES</b>					
Mês de Competência: <b>07/2025</b>		Local do Recolhimento: <b>SANTO ANTÔNIO DO JARDIM/SP</b>		Dt: <b>21/07/2025 08:51:15</b>	
Recolhimento: <b>Sem Retenção</b>		Tributação: <b>Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP)</b>		Competência:	
CNAE: <b>8630503</b>		Empresa Optante do Simples Nacional - Anexo: V			
Observações:					
O conteúdo deste documento fiscal é de inteira responsabilidade do emissor.					
Impresso em: 21/07/2025 às 08:51:24					
Recebi(emos) de: <b>M. E. TEODORO GARIBALDI SERVICOS MEDICOS LTDA</b>			NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA		



## DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

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

CNPJ: **52.739.950/0001-36**

Nome Pessoa Jurídica: **ME TEODORO GARIBALDI SERVICOS MEDICOS**

Nome Pessoa Física: **Maria Elisa Teodoro Garibaldi**

CNPJ/CPF.: **56.908.212/0001-26**

Especialidade: **Obstetra**

Convênio: **PLANTÕES**

Competência: **06/2025**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana</b>	1	12 Horas	R\$ 1.700,00	R\$ 1.700,00
Dia 27				
<b>Final de Semana</b>	1	12 Horas	R\$ 1.800,00	R\$ 1.800,00
Dia 8				
<b>TOTAL A PAGAR</b>				R\$ 3.500,00

  
Romildo Fontaniello  
Provedor

24/07/2025

GERENCIADOR  
CAIXA



### Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

#### Detalhes do pagamento

<b>ID da transação:</b> E00360305202507221729ee08a45b1c8
<b>Situação:</b> EFETIVADA <b>Data e Hora:</b> 22/07/2025 às 15:30:37
<b>Valor Original:</b> R\$ 1.750,00 <b>Valor Atualizado:</b> R\$ 1.750,00 <b>Tarifa:</b> R\$ 8,50
<b>Detalhes:</b> NF 57

#### Origem

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

#### Destino

<b>Nome:</b> M E TEODORO GARIBALDI SERVICOS MEDICOS LTDA
<b>CNPJ:</b> 56.908.212/0001-26
<b>Instituição:</b> BCO C6 S.A.
<b>Chave Pix:</b> 56908212000126

<b>Código da operação:</b> 50027530921
<b>Chave de segurança:</b> 1F4NV0ENM517UJKA

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

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

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492



Prefeitura Municipal Campinas  
Secretaria Municipal de Finanças



Nota Fiscal de Serviços eletrônica de Campinas  
NFSe Campinas - Prestador

jea0qhGS8

DADOS DA NFSe Campinas

Data e hora de emissão 17/07/2025 19:53:48  
Competência 07/2025  
Número / Série 247 / E

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

EMITENTE PRESTADOR DO SERVIÇO

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

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

TOMADOR DO SERVIÇO

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

PGTO PARCIAL

CONVÊNIO Nº 05/SS/2024

VALOR PGTO: R\$ 5.200,00

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

SERVIÇO PRESTADO

CNAE / CBO 8630-5/01-00 - ATIVIDADE MEDICA AMBULATORIAL COM RECURSOS PARA REALIZACAO DE PROCEDIMENTOS CIRURGICOS  
Serviço 04.03 - HOSPITAIS, CLÍNICAS, LABORATÓRIOS, SANATÓRIOS, MANICÔMIOS, CASAS DE SAÚDE, PRONTOS-SOCORROS, AMBULATÓRIOS E CONGÊNERES.  
Local da prestação do serviço MOGI 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 PRESENCIAIS DIURNO/NOTURNO, GINECO/OBSTETRA, REALIZADOS PELO DR. MANUEL DIAS DA SILVA NETO, REF. JUNHO/2025.  
04 PLANTÕES PRESENCIAIS REALIZADOS DURANTE A SEMANA NOS DIAS 03 (NOTURNO), 17 (NOTURNO), 18 (NOTURNO) E 24 (NOTURNO);  
02 PLANTÕES PRESENCIAIS REALIZADOS AO FINAL DE SEMANA, NO DIA 28;  
VALOR DO PLANTÃO DE 12H DURANTE A SEMANA = R\$ 1.700,00;  
VALOR DO PLANTÃO DE 12H AOS FINAIS DE SEMANA = R\$ 1.800,00;  
CONVÊNIO 05/SS/2024  
DADOS PARA DEPOSITO:  
UNICRED - AG. 3301 - C/C. 9067-0.

CANCELADO

*Assinatura*

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

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

DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL

TRIBUTAÇÃO MUNICIPAL

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

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\$)
10.400,00	0,00	0,00	10.400,00	*****	*****

RETENÇÕES

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

VALOR TOTAL

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

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES



## DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

Entidade: Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu

CNPJ: 52.739.950/0001-36

Nome Pessoa Jurídica: MANUEL DIAS DA DILVA NETO LTDA

Nome Pessoa Física: Manuel Dias da Silva Neto


CNPJ/CPF.: 27.601.489/0001-03

Especialidade: Obstetra

Convênio: PLANTÕES

Competência: 06/2025

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana</b> Dia 03,17, 18, 24,	4	12 Horas	R\$ 1.700,00	R\$ 6.800,00
<b>Final de Semana</b> Dia 28, 28	2	12 Horas	R\$ 1.800,00	R\$ 3.600,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				R\$ 10.400,00

  
Romildo Fontaniello  
Provedor

24/07/2025

GERENCIADOR  
**CAIXA**



### Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

#### Detalhes do pagamento

**ID da transação:** E003603052025072217300dd7f575ce8

**Situação:** EFETIVADA      **Data e Hora:** 22/07/2025 às 15:31:17

**Valor Original:** R\$ 5.200,00      **Valor Atualizado:** R\$ 5.200,00      **Tarifa:** R\$ 8,50

**Detalhes:** NF 247

#### Origem

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

**CNPJ:** 52.739.950/0001-36

**Instituição:** CAIXA ECONOMICA FEDERAL

#### Destino

**Nome:** MANUEL DIAS DA SILVA NETO LTDA

**CNPJ:** 27.601.489/0001-03

**Instituição:** CECM MÉD UNICRED SP

**Chave Pix:** 27601489000103

**Código da operação:** 50027553806

**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 DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

## NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e

20250721050648807000150

Número da Nota

**00000184**

Data e Hora de Emissão

**21/07/2025 18:25:20**

Código de Verificação

**AEU3-TN7Q**

### PRESTADOR DE SERVIÇOS

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

Inscrição Municipal: **7.694.057-8**

Nome/Razão Social: **CLINICA FERRARE DUARTE LTDA**

Endereço: **R ALTO JURUPARI 359 - JARDIM SAO JOAO (JARAG - CEP: 02995-040**

Município: **São Paulo**

UF: **SP**

### TOMADOR DE SERVIÇOS

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

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

Inscrição Municipal: **---**

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

Município: **Mogi Guaçu**

UF: **SP** E-mail: **---**

### INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: **---**

Nome/Razão Social: **---**

### DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS PELO DR. PAULO HENRIQUE FERRARE E SILVA  
- Competência plantões junho 2025 por Dr Paulo Henrique Ferrare e Silva  
- Convenio numero 05/SS/2024

DOCUMENTO EMITIDO POR EMPRESA OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL

CONFORME LEI 12.741/12 - IMPOSTO APROXIMADOS 13,45% FEDERAL 3,25% MUNICIPAL - FONTE  
IBPT/EMPRESOMETRO.COM.BR (25.1.F)

OBS: Serviços prestados pelos sócios no exercício de profissão regulamentada por legislação federal, dispensado da retenção de INSS conforme previsto na TN EPP nº 2140/11 artigo 115, inciso III, parágrafos 2º e 3º.

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

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

*COPIA ORIGINAL*

*[Assinatura]*  
ASSINATURA

### VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 3.400,00

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

Código do Serviço

**04030 - Medicina e biomedicina.**

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

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

### OUTRAS INFORMAÇÕES

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

PGTO PARCUL

CONVÊNIO N° 05/SS/2024

VALOR PGTO: R\$ 3.400,00

**DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS**Entidade: **Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu**CNPJ: **52.739.950/0001-36**Nome Pessoa Jurídica: **CLINICA FERRARE DUARTE LTDA**Nome Pessoa Física: **Paulo Henrique Ferrari e Silva**CNPJ/CPF.: **50.648.607/0001-50**Especialidade: **Obstetra****Convênio: PLANTÕES**Competência: **06/2025**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana</b>	2	12 Horas	R\$ 1.700,00	R\$ 3.400,00
Dia 13, 27				
<b>Final de Semana</b>		12 Horas	R\$ 1.800,00	R\$ -
<b>TOTAL A PAGAR</b>				R\$ 3.400,00

Romildo Fontaniello  
Provedor

24/07/2025



## Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

### Detalhes do pagamento

**ID da transação:** E00360305202507221730916f40611f3  
**Situação:** EFETIVADA      **Data e Hora:** 22/07/2025 às 15:31:34  
**Valor Original:** R\$ 1.700,00      **Valor Atualizado:** R\$ 1.700,00      **Tarifa:** R\$ 8,50  
**Detalhes:** NF 184

### Origem

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

### Destino

**Nome:** CLINICA FERRARE DUARTE LTDA  
**CNPJ:** 50.648.607/0001-50  
**Instituição:** STONE PAGAMENTOS S.A.  
**Chave Pix:** 50648607000150

**Código da operação:** 50027574407  
**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  
**000000001199 - E**

Autenticidade  
**74DZ-4RIF**

Data de Emissão  
**18/07/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

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

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

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

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

NOTA FISCAL REFERENTE A PLANTÕES 06/2025  
Convênio 05/SS/2024  
Dr Alexandre Mangili.....R\$ 4.000,00  
Dr Irineu.....R\$ 1.600,00

PGTO PARCIAL  
CONVÊNIO Nº 05/SS/2024  
VALOR PGTO: R\$ 2.543,80

**IMPOSTOS RETIDOS**

PIS (0,65%): R\$ 36,40  
CSLL (1%): R\$ 56,00  
IR (1,5%): R\$ 84,00  
COFINS (3%): R\$ 168,00

**TOTAL DE DESCONTOS: R\$ 344,40**

**VALOR LIQUIDO: R\$ 5.255,60**

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

CONTERE 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>

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\$)  
**5.600,00**

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

Vr do ISS (R\$)  
**168,00**

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





24/07/2025



### Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

#### Detalhes do pagamento

<b>ID da transação:</b> E00360305202507221748a62c2009f36
<b>Situação:</b> EFETIVADA <b>Data e Hora:</b> 22/07/2025 às 15:31:51
<b>Valor Original:</b> R\$ 2.543,80 <b>Valor Atualizado:</b> R\$ 2.543,80 <b>Tarifa:</b> R\$ 8,50
<b>Detalhes:</b> NF 1199

#### 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> CEME - CENTRO MEDICO ESPECIALIZADO S/S
<b>CNPJ:</b> 09.654.824/0001-50
<b>Instituição:</b> BCO BRADESCO S.A.
<b>Chave Pix:</b> 09654824000150

<b>Código da operação:</b> 50027583152
<b>Chave de segurança:</b> 1F4NV0ENM517UJKA

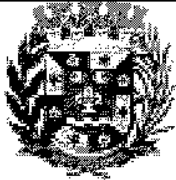
Caso tenha dúvidas ou não reconheça esta transação, entre em contato com o Alô CAIXA e informe o ID Transação presente neste comprovante.

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 DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE SALTO  
SECRETARIA DE FINANÇAS  
NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e

Número da  
NFS-e  
62



Data e Hora da Emissão	21/07/2025 17:07:07	Competência	21/7/2025	Código de Verificação	UQCZCIYL4
Número do RPS		No. da NFS-e substituída		Local da Prestação	MOGI GUACU - SP

Dados do Prestador de Serviços

Razão Social/Nome	PRISCILLA FRASIER ABREU SERVICOS MEDICOS LTDA				
Nome Fantasia					
CNPJ/CPF	50.918.337/0001-50	Inscrição Municipal	173987	Município	SALTO - SP
Endereço e Cep	RUA SICILIA ,49 - VILA ROMA CEP: 13321-436				
Complemento		Telefone		e-mail	PRIFRASIER@ICLOUD.COM

Dados do Tomador de Serviços

Razão Social/Nome	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MOGI GUACU				
CNPJ/CPF	52.739.950/0001-36	Inscrição Municipal		Município	MOGI GUACU - SP
Endereço e CEP	RUA Chico de Paula ,608 - Centro CEP: 13840-005				
Complemento		Telefone		e-mail	

Discriminação dos Serviços

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS NA CLÍNICA MÉDICA DO MÊS DE JUNHO/2025 EXECUTADO POR DRA. PRISCILLA FRASIER ABREU  
DADOS BANCÁRIOS: CAIXA ECONÔMICA FEDERAL - AGÊNCIA 2908  
CONTA CORRENTE: 00001762-7  
ESSA NOTA SERÁ LIQUIDADADA NO CONVÊNIO NÚMERO 05/SS/2024  
PGTO PARCIAL

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

CONVÊNIO Nº 05/SS/2024  
VALOR PGTO: R\$ 800,00

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

Código do Serviço

4.01 / 863050300 - ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL RESTRITA A CONSULTAS

Detalhamento Específico da Construção Civil

Código da Obra		Código ART	
----------------	--	------------	--

Impostos Federais

PIS		GOFINS		IR(R\$)		INSS(R\$)		CSLL(R\$)	
-----	--	--------	--	---------	--	-----------	--	-----------	--

Detalhamento de Valores		Impostos Federais		Cálculo do ISS devido no município	
Valor dos Serviços R\$	3.600,00	Natureza Operação		Valor dos Serviços R\$	3.600,00
(+) Desconto Incondicionado		1-Tributação no município		( ) Deduções permitidas em lei	
(-) Desconto Condicionado		Regime especial Tributação		(-) Desconto Incondicionado	
(-) Retenções Federais	0,00	0-Nenhum		Base de Cálculo	3.600,00
Outras Retenções		Opção Simples Nacional		(x) Alíquota %	2,17
(-) ISS Retido	0,00	1 - Sim		ISS a reter	( ) Sim (X) Não
(=) Valor Líquido R\$	3.600,00	Incentivador Cultura		(=) Valor do ISS R\$	0,00
		2-Não			

Avisos

- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador dos Serviços.
- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, PMSALTO.ginfes.com.br com a utilização do Código de Verificação.
- Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional. Não gera direito a crédito fiscal de ISS e IPI.

*Priscilla*  
AUTURA



24/07/2025



### Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

#### Detalhes do pagamento

<b>ID da transação:</b> E003603052025072217315da07156cbb
<b>Situação:</b> EFETIVADA <b>Data e Hora:</b> 22/07/2025 às 15:32:10
<b>Valor Original:</b> R\$ 1.800,00 <b>Valor Atualizado:</b> R\$ 1.800,00 <b>Tarifa:</b> R\$ 8,50
<b>Detalhes:</b> NF 62

#### 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> PRISCILLA FRASIER ABREU SERVICOS MEDICOS LTDA
<b>CNPJ:</b> 50.918.337/0001-50
<b>Instituição:</b> CAIXA ECONOMICA FEDERAL
<b>Chave Pix:</b> e5b7fadb-7a61-4500-aad2-8ae1d742ca30

<b>Código da operação:</b> 50027595177
<b>Chave de segurança:</b> 1F4NV0ENM517UJKA

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

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

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492



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

Número da Nota - Série  
**000000000726 - E**

Autenticidade  
**QHSB-WNLZ**

Data de Emissão  
**18/07/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**



**Nome/Razão Social:** MARTINS SERVICOS MEDICOS S/S  
**CPF/CNPJ:** 32.077.739/0001-98 **IM:** 319677 **IE:** **Fone:** 19 3851-8000  
**Endereço:** RUA VICENTE ORTIZ DE CAMARGO,80,JARDIM PLANALTO VERDE - CEP : 13843214  
**Município:** Mogi Guaçu **UF:** SP **E-mail:** elia.bonfim@empmed.com.br

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

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

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

HONORÁRIOS MÉDICOS- ISIS BARROSO FALSETE MARTINS

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

Valor Líquido R\$ 3.378,60

PGTO PARCIAL

Vencimento: 21/07/2025

CONVÊNIO nº 05/SS/2024

Convênio 05/SS/2024 -

VALOR PGTO: R\$ 4.689,30

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

CONFIRMAÇÃO  
O CANCELADO

*Janeira*  
ASSINATURA

Processo executado por: 172.16.20.60

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

Situação de Tributação  
Tributada no Prestador

Código do Serviço

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

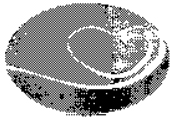
Deduções de Materiais  
**0,00**

Base de Cálculo (R\$)  
**3.600,00**

Alíquota (%)  
**-**

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

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



## DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

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

CNPJ: **52.739.950/0001-36**

Nome Pessoa Jurídica: **MARTINS SERVIÇOS MEDICOS S/S**

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


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

Especialidade: **Obstetra**

Convênio: **PLANTÕES**

Competência: **06/2025**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Final de Semana</b>	2	12 Horas	R\$ 1.800,00	R\$ 3.600,00
Dia 15, 15				
<b>Semana</b>		12 Horas	R\$ 1.700,00	R\$ -
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 3.600,00</b>

  
Romildo Fontaniello  
Provedor

24/07/2025

GERENCIADOR  
**CAIXA**



## Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

### Detalhes do pagamento

**ID da transação:** E0036030520250722174904b584149ad

**Situação:** EFETIVADA      **Data e Hora:** 22/07/2025 às 15:32:27

**Valor Original:** R\$ 1.689,30      **Valor Atualizado:** R\$ 1.689,30      **Tarifa:** R\$ 8,50

**Detalhes:** NF 726

### Origem

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

**CNPJ:** 52.739.950/0001-36

**Instituição:** CAIXA ECONOMICA FEDERAL

### Destino

**Nome:** MARTINS SERVICOS MEDICOS S S

**CNPJ:** 32.077.739/0001-98

**Instituição:** BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

**Chave Pix:** 32077739000198

**Código da operação:** 50027604697

**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  
**000000488 - E**

Autenticidade  
**6Q2H-F4NI**

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

Data de Emissão .....: **18/07/2025 15:45:18**  
Competência (Serv.): **07/2025**



**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

Razão Social.: **F & R SERVIÇOS MÉDICOS S/S LTDA.**  
Nome Fantasia: **F & R SERVIÇOS 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.....: **52.738.950/0001-36** 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**

Honorários médicos prestados pela Dr Fernanda Severino Faria, CRM 126174. Esta nota será liquidada nos termos do convênio número 05/SS/2024..Ambulatório JUNHO/2025.

Conta para depósito  
CEF  
Agencia 0323  
Operação 3702  
Conta corrente 739150137-0

**PGTO PARCIAL**

CONVENIO nº 05/SS/2024  
VALOR FOTO: R\$ 772,23

\* Não sujeitos à Seguridade Social, conforme Art. 31 da Lei 8.212/91, OS/INSS 209/99, IN/INSS- DC 100/03 e IN 971/09, Artigo 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 GUACU  
TERMO DE CONVÊNIO N° 05/SS/2024

**FONTES DE RECURSO**

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

**CONTÉM COM  
O ORIGINAL**

*[Handwritten Signature]*  
**ASSINATURA**

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)

Valor aprox. dos tributos (Lei nº 12.741/2012):  
**R\$ 243,61 - Aliq: 14,33%**

Situação de Tributação

**Não Tributada em Mogi Mirim**

Tributada em Mogi Guaçu

Código do Serviço

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

I.N.S.S. (R\$)	I.RENDA (R\$)	PIS (R\$)	COFINS (R\$)	CSLL (R\$)	OUTRAS DEDUÇÕES (R\$)
0,00	25,50	11,05	51,00	17,00	0,00

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

VALOR TOTAL	DEDUÇÕES	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR DO ISS	VALOR LÍQUIDO
1.700,00	0,00	1.700,00	3,0000%	51,00	1.595,45



24/07/2025



### Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

#### Detalhes do pagamento

<b>ID da transação:</b> E00360305202507221732d2511c98660
<b>Situação:</b> EFETIVADA <b>Data e Hora:</b> 22/07/2025 às 15:33:23
<b>Valor Original:</b> R\$ 772,23 <b>Valor Atualizado:</b> R\$ 772,23 <b>Tarifa:</b> R\$ 6,87
<b>Detalhes:</b> NF 488

#### Origem

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

#### Destino

<b>Nome:</b> F & R SERVICOS MEDICOS S/S LTDA.
<b>CNPJ:</b> 19.879.795/0001-88
<b>Instituição:</b> CAIXA ECONOMICA FEDERAL
<b>Chave Pix:</b> 19879795000188

<b>Código da operação:</b> 50027636668
<b>Chave de segurança:</b> 1F4NV0ENM517UJKA

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

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

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492



# PREFEITURA DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA

DIRETORIA DE FINANÇAS

SETOR DE FISCALIZAÇÃO TRIBUTÁRIA

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-E

Código de Verificação

3209379430



Nº Nota

91

Serie: F

Nº RPS:

Data de Emissão

18/JUL/2025 - 14:50:40

Competência

07/2025

### PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social/Nome: **PS MOREIRA SERVICOS MEDICOS LTDA**

CNPJ/CPF: **48.861.529/0001-26**

Endereço: **RUA FLORIANO PEIXOTO, 30**

Complemento: **APT 26 EDIF PAULISTA**

Município: **SÃO JOÃO DA BOA VISTA**

E-mail: **SOCIETARIO02@PAVAOCONTABILIDADE.COM.BR**

Site:

Insc. Municipal: **30844**

Insc. Estadual:

Bairro: **CENTRO**

CEP: **13.870-060**

UF: **SP**

País: **BRASIL**

Telefone: **(17)33533020**

### TOMADOR DE SERVIÇOS

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

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

Endereço: **RUA CHICO DE PAULA, 608**

Complemento: **Não informado**

Município: **MOGI GUACU**

E-mail:

Insc. Municipal:

Insc. Estadual:

Bairro: **CENTRO**

CEP: **13.840-005**

UF: **SP**

País: **BRASIL**

Telefone:

### DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS.

SERVIÇOS MEDICOS PRESTADOS EM Plantões - Ambulatório- 06/2025

PGTO PARCIAL

Convênio 05/SS/2024

Dra. Patricia De Souza Moreira

CONVÊNIO Nº 05/SS/2024

VALOR APROXIMADO DOS TRIBUTOS (16,70%) FONTE IBPT

VALOR PGTO: R\$ 860,00

SERVIÇOS PRESTADOS PELO SÓCIO PROPRIETÁRIO DA EMPRESA, DISPENSANDO RETENÇÃO PARA A SEGURIDADE SOCIAL, CONFORME INSTRUÇÃO NORMATIVA 2110/22, ARTIGO 115, INCISO III, PARÁGRAFO 3º.

EMPRESA OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL.

CONTINUA COM

O CONTINUA

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUACU

TERMO DE CONVÊNIO Nº 05/SS/2024

### INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

#### FONTES DE RECURSO

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

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

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

*Assinatura*  
ACQUILINA

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 1.700,00

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

Código do Serviço:

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

Ativ. Serviço: **4.01 - Medicina e biomedicina.**

Valor do INSS Retido (R\$)	Valor do IRRF Retido (R\$)	Valor do CSLL Retido (R\$)	Valor do PIS Retido (R\$) / 0.00%	Valor do COFINS Retido (R\$) / 0.00%
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Vir Deduções (R\$)	Outras Retenções (R\$)	Base de Cálculo do ISS (R\$)	Alíquota	Valor do ISS (R\$)
	0,00	1.700,00	2,7134	46,13
				Valor Líquido da Nota (R\$)
				1.700,00

### OUTRAS INFORMAÇÕES

O ISSQN desta NFS-e será recolhido pelo PRESTADOR.

Empresa optante do Simples Nacional.

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

Código de Verificação:  
**3209379430**



24/07/2025

GERENCIADOR  
**CAIXA**



## Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

### Detalhes do pagamento

**ID da transação:** E00360305202507221744937776785F7  
**Situação:** EFETIVADA    **Data e Hora:** 22/07/2025 às 15:33:45  
**Valor Original:** R\$ 850,00    **Valor Atualizado:** R\$ 850,00    **Tarifa:** R\$ 7,56  
**Detalhes:** NF 91

### Origem

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

### Destino

**Nome:** PS MOREIRA SERVICOS MEDICOS LTDA  
**CNPJ:** 48.861.529/0001-26  
**Instituição:** NU PAGAMENTOS S.A.  
**Chave Pix:** 48861529000126

**Código da operação:** 50027671406  
**Chave de segurança:** 1F4NV0ENM517UJKA


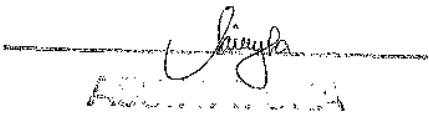
Caso tenha dúvidas ou não reconheça esta transação, entre em contato com o Alô CAIXA e informe o ID Transação presente neste comprovante.

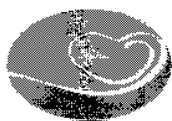
Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

 <b>PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO</b> <b>SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA</b> <b>NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e</b> 20250721047941198843	Número da Nota <b>0002466</b>			
	Data e Hora de Emissão <b>21/07/2025 09:04:25</b> Código de Verificação <b>NSGT-MMGB</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>IRMÃDADE 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 (CIRURGIA ESTIVA) PELO DR. BRUNHO ANHESINI BENETTI - CRM 163166 Convênio 05/SS/2024				
PGTO PARCIAL CONVÊNIO Nº <u>05/SS/2024</u> VALOR PGTO: R\$ <u>49.500,80</u>				
CONFERE COM O ORIGINAL				
				
<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: 10/08/2025;				



## DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

Entidade: Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu

CNPJ: 52.739.950/0001-36

Nome Pessoa Jurídica: MULTI CLINICA MEDICA BAB LTDA

Nome Pessoa Física: Bruno Anhesini Benetti

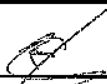
CNPJ/CPF.: 33.948.247/0001-93

Especialidade: Anestesiologista

Convênio: PLANTÕES

Competência: 06/2025

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana (P1)</b>	4	24 Horas	R\$ 3.400,00	R\$ 13.600,00
Dia 04, 11, 20, 25				
<b>Final de semana (P1)</b>	2	24 Horas	R\$ 3.600,00	R\$ 7.200,00
Dia 08, 22				
<b>Semana (P2)</b>	4	24 Horas	R\$ 3.400,00	R\$ 13.600,00
Dia 03, 06, 12, 23,				
<b>Final de semana (P2)</b>	2	24 Horas	R\$ 3.600,00	R\$ 7.200,00
Dia 21, 29,				
<b>TOTAL A PAGAR</b>				R\$ 41.600,00

  
Romildo Fontaniello  
Provedor

23/07/2025

GERENCIADOR  
**CAIXA**

Via Gerenciador CAIXA

**Detalhes da Transação**

**Número do Documento:** 231109

**Data:** 23/07/2025

**Valor:** R\$ 19.520,80

**Origem**

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

**Banco:** 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL - 00360305

**Agência:** 4281

**Conta:** 5772172197

**Destino**

**Nome:** MULTI CLINICA MEDICA BAB

**Banco:** 033 - BANCO SANTANDER S.A. - 90400888

**Agência:** 3634

**Conta:** 130059198

**Informações Adicionais**

**Finalidade:** Credito em Conta

**Tipo TED:** STR0008

**Valor da Tarifa:** 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



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

Número da Nota - Série  
**000000000547 - E**

Autenticidade  
**ZJ3F-4MPY**

Data de Emissão  
**22/07/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

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

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** IRMANDADE DA SANTA CASA DE 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 05/SS/2024

Dr Alvaro.....R\$ 16.000,00

PGTO PARCIAL

CONVÊNIO Nº 05/SS/2024

VALOR PGTO: R\$ 7.760,00

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\$ _____

CONFERE COM  
O ORIGINAL

  
ASSINATURA

Processo executado por: 172.16.20.60

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

Situação de Tributação  
Tributado no Tomador

Código do Serviço

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

Deduções de Materiais  
0,00

Base de Cálculo (R\$)  
16.000,00

Aliquota (%)  
3,0000%

Vr do ISS (R\$)  
480,00

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 16.000,00**



28/07/2025

GERENCIADOR  
**CAIXA**

Via Gerenciador CAIXA

**Detalhes da Transação**

**Número do Documento:** 231109

**Data:** 23/07/2025

**Valor:** R\$ 7.760,00

**Origem**

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

**Banco:** 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL - 00360305

**Agência:** 4281

**Conta:** 5772172197

**Destino**

**Nome:** CLINICA DE CIRURGIA PLASTICA

**Banco:** 001 - BANCO DO BRASIL S/A - 00000000

**Agência:** 578

**Conta:** 469254

**Informações Adicionais**

**Finalidade:** Credito em Conta

**Tipo TED:** STR0008

**Valor da Tarifa:** 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



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

Número da Nota - Série  
**00000005099 - E**

Autenticidade  
**HQ1D-B01Z**

Data de Emissão  
**23/07/2025**

**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 - ANTONIO AIELLO NETTO

Base IRRF R\$: 5.000,00 - Vlr R\$ 75,00 - Base PIS/Cofins/CSLL R\$ 5.000,00 - PIS R\$ 32,50 - Cofins R\$ 150,00 - CSLL R\$ 50,00 - Valor Aprox Tributos: 566,50 (11,33%) - Fonte: IBPT

Valor Líquido R\$ 4.692,50

Vencimento: 30/07/2025

Conv. 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° 05/SS/2024  
 FONTES DE RECURSO

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

PGTO PARCIAL  
 CONVÊNIO N° 05/SS/2024  
 VALOR PGTO: R\$ 2.346,25

CONFIRMAÇÃO  
 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>

Situação de Tributação  
 Tributada no Prestador

Código do Serviço

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

Deduções de Materiais  
 0,00

Base de Cálculo (R\$)  
 5.000,00

Alíquota (%)  
 -

Vr do ISS (R\$)  
 -

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 5.000,00**



28/07/2025

GERENCIADOR  
**CAIXA**

Via Gerenciador CAIXA

**Detalhes da Transação**

**Número do Documento:** 231110

**Data:** 23/07/2025

**Valor:** R\$ 2.346,25

**Origem**

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

**Banco:** 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL - 00360305

**Agência:** 4281

**Conta:** 5772172197

**Destino**

**Nome:** NF SERVICOS

**Banco:** 033 - BANCO SANTANDER S.A. - 90400888

**Agência:** 3208

**Conta:** 130023538

**Informações Adicionais**

**Finalidade:** Credito em Conta

**Tipo TED:** STR0008

**Valor da Tarifa:** 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



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

Número da Nota - Série  
**00000007229 - E**

Autenticidade  
**QKL2-K320**

Data de Emissão  
**23/07/2025**

**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 CONTRIBUINTE INDIVIDUAIS

ISSQN – ANUAL

SERVIÇO PRESTADO REF COORDENAÇÃO ANESTESIOLOGIA - 06/2025 - TERMO DE CONVÊNIO: NÚMERO: 05/SS/2024.

SERVIÇO PRESTADO PELA DR JOÃO RICARDO FLORESI – CRM 104688

VALOR BRUTO: R\$ 10.000,00

RETENÇÕES

IRRF = 1,5% = R\$ 150,00

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

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

COFINS = 3% = R\$ 300,00

CSLL = 1% = R\$ 100,00

VALOR LIQUIDO A RECEBER **R\$ 9.385,00**

DADOS BANCARIOS

BANCO: SANTANDER – 033

AGENCIA: 3208

CONTA: 13.001487-7

Serviço realizado em : MOGI GUACU

**PGTO PARCIAL**

CONVÊNIO Nº 05/SS/2024

VALOR FCTO: R\$ 4.692,50

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU

TERMO DE CONVÊNIO Nº 05/SS/2024

FONTES DE RECURSO

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

ESCADUAL R\$ \_\_\_\_\_ ( ) PRÓPRIOS R\$ \_\_\_\_\_

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

**COM ESTE 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>

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**

Alíquota (%)

Vr do ISS (R\$)

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



28/07/2025

GERENCIADOR  
**CAIXA**

Via Gerenciador CAIXA

**Detalhes da Transação**

**Número do Documento:** 231110

**Data:** 23/07/2025

**Valor:** R\$ 4.692,50

**Origem**

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

**Banco:** 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL - 00360305

**Agência:** 4281

**Conta:** 5772172197

**Destino**

**Nome:** RCJC SERVICOS

**Banco:** 033 - BANCO SANTANDER S.A. - 90400888

**Agência:** 3208

**Conta:** 130014877

**Informações Adicionais**

**Finalidade:** Credito em Conta

**Tipo TED:** STR0008



**Valor da Tarifa:** 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

	<p><b>Município de Jacutinga</b></p> <p><b>Município de Jacutinga</b></p> <p><b>NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e</b></p>		<p><b>Número da NFS-e</b> <b>441</b></p> <p>Código de Verificação de Autenticidade <b>FJWPOYXR</b></p> <p>Data e Hora de Emissão da NFS-e <b>22/07/2025 às 16:52:29</b></p> <p>Chave de Acesso 525339QJAWLAR023DB02CG3KSYUJWIO</p> <p>Para certificação da autenticidade acesse <a href="https://nfe.sgpccloud.net:9005/issweb">https://nfe.sgpccloud.net:9005/issweb</a>, menu consultas e informe os dados desta NFS-e.</p>
<b>Informações Fiscais</b>			
Exigibilidade do ISS Exigível	Número do Processo	Município de incidência do ISS <b>JACUTINGA-MG</b>	Local da Prestação <b>JACUTINGA - MG</b>
Número do RPS	Série do RPS	Tipo do RPS	Data do RPS <b>22/07/2025</b>
Optante Simples Nacional <b>2 - Não</b>	Incentivo Fiscal <b>2 - Não</b>	Regime Especial Tributação <b>Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP) 04 - Fixo</b>	Tipo ISS

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

<b>TOMADOR DE SERVIÇOS</b>					
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 GUAÇU</b>		
Logradouro <b>RUA CHICO DE PAULA, 608</b>	Complemento		Bairro <b>CENTRO</b>		
CEP/Cod.Postal <b>13840-005</b>	Cidade/País <b>MOGI GUACU - SP</b>	Cod. IBGE	Telefone <b>3530706</b>	E-mail <b>tesouraria@santacasamogiguacu.org.br</b>	

<b>Discriminação dos Serviços</b>					
Qtde.	Un. Medida	Descrição	Vir. Unitário	Total	
1,00	UN	Serviços Prestados Assessoria Maternidade ref. 06/2025. Convênio 03/SS/2024.	5.000,00	R\$ 5.000,00	

**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\$ 2.346,25**

COPIA COM ORIGINAL

*Assinatura*

<b>Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS</b>				<b>Construção Civil</b>		
LC 116/2003: <b>04.01</b>	Alíquota <b>0,00%</b>	Atividade Município <b>0000040000024</b>	Código CNAE	Código da Obra	Código ART	
Medicina e biomedicina						
Valor Total dos Serviços <b>R\$ 5.000,00</b>	Desconto Incondicionado <b>R\$ 0,00</b>	Deduções Base Cálculo <b>R\$ 0,00</b>	Base de Cálculo <b>R\$ 5.000,00</b>	Total do ISS <b>R\$ 0,00</b>	ISS Retido <b>2 - Não</b>	Desconto Condicionado <b>R\$ 0,00</b>

<b>Retenções de Impostos</b>						
PIS (5.000,00 x 0,65%) <b>R\$ 32,50</b>	COFINS (5.000,00 x 3,00%) <b>R\$ 150,00</b>	INSS <b>R\$ 0,00</b>	IRRF (5.000,00 x 1,50%) <b>R\$ 75,00</b>	CSLL (5.000,00 x 1,00%) <b>R\$ 50,00</b>	Outras Retenções <b>R\$ 0,00</b>	

Valor Líquido da NFS-e: **R\$ 4.892,50** Val. Aprox. Tributos:

<b>Informações Complementares</b>		

RECEBI(EMOS) DE <b>LUCIA SERVIÇOS MÉDICOS LTDA</b> O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO <b>441</b> E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO <b>FJWPOYXR</b> .		
Data	CPF/RG	Assinatura



28/07/2025

GERENCIADOR  
**CAIXA**



### Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

#### Detalhes do pagamento

**ID da transação:** E003603052025072314052d7b3d39db2  
**Situação:** EFETIVADA      **Data e Hora:** 23/07/2025 às 11:10:48  
**Valor Original:** R\$ 2.346,25      **Valor Atualizado:** R\$ 2.346,25      **Tarifa:** R\$ 8,50  
**Detalhes:** NF 441

#### Origem

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

#### Destino

**Nome:** LUCIA SERVICOS MEDICOS LTDA  
**CNPJ:** 33.504.476/0001-19  
**Instituição:** CC POUP E INV UNIAO DE EST DO RS SC E MG SICREDI UNIESTADOS  
**Chave Pix:** 33504476000119

**Código da operação:** 50060853534  
**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  
**00000000884 - E**

Autenticidade  
**93Y3-3LAZ**

Data de Emissão  
**23/07/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

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

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

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

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

ESSA NOTA SERÁ LIQUIDADADA PELO CONVÊNIO NUMERO: 05/SS/2024  
SERVIÇOS PRESTADOS  
VALOR BRUTO R\$ 5.000,00  
COFINS R\$150,00  
CSLL R\$ 50,00  
PIS R\$ 32,50  
IR R\$ 75,00  
VALOR LIQUIDO R\$ 4.692,50

PGTO PARCIAL  
CONVÊNIO Nº 05/SS/2024  
VALOR PAGO: R\$ 2.346,25

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\$ _____

CONFITE 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\$)  
5.000,00

Alíquota (%)  
-

Vr do ISS (R\$)  
-

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 5.000,00**



28/07/2025

GERENCIADOR  
CAIXA



### Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

#### Detalhes do pagamento

**ID da transação:** E003603052025072316255ddb8ab6159

**Situação:** EFETIVADA      **Data e Hora:** 23/07/2025 às 14:34:18

**Valor Original:** R\$ 2.346,25      **Valor Atualizado:** R\$ 2.346,25      **Tarifa:** R\$ 8,50

**Detalhes:** NF 884

#### 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:** 50070870482

**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  
**000000000885 - E**

Autenticidade  
**TQM4-UKTB**

Data de Emissão  
**23/07/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

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

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

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

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

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

SERVIÇOS PRESTADOS  
VALOR BRUTO R\$ 10.000,00  
COFINS R\$ 300,00  
CSLL R\$ 100,00  
PIS R\$ 65,00  
IR R\$ 150,00  
VALOR LIQUIDO R\$ 9.385,00

PGTO PARCIAL

CONVÊNIO Nº 05/SS/2024  
VALOR PGTO: R\$ 4.692,50

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

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

CONFERE COM  
O ORIGINAL

  
ASSINATURA

Processo executado por: 172.16.20.60

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

Situação de Tributação  
Tributada no Prestador

Código do Serviço

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

Deduções de Materiais  
0,00

Base de Cálculo (R\$)  
10.000,00

Aliquota (%)

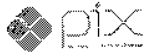
Vr do ISS (R\$)

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



28/07/2025

GERENCIADOR  
**CAIXA**



## Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

### Detalhes do pagamento

**ID da transação:** E00360305202507231625b6be6779281  
**Situação:** EFETIVADA    **Data e Hora:** 23/07/2025 às 14:34:32  
**Valor Original:** R\$ 4.692,50    **Valor Atualizado:** R\$ 4.692,50    **Tarifa:** R\$ 8,50  
**Detalhes:** NF 885

### 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:** 50070891611  
**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  
**000000000335 - E**

Autenticidade  
**NUYB-ADLN**

Data de Emissão  
**23/07/2025**

**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 PLANTÕES 06/2025 (COORDENAÇÃO/ASSESSORIA).

CONVÊNIO - 05/SS/2024.

DR. LEONARDO PARIZZI LEALDINI.

VALOR LÍQUIDO À RECEBER - 9.661,27

PGTO PARCIAL

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

CONVÊNIO Nº 05/SS/2024

VALOR PGTO: R\$ 4.830,64

Serviço realizado em : SANTA CASA DE MOGI GUACU

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

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

**CONFERE COM  
 O ORIGINAL**

*Assinatura*  
 ASSINATURA

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

Processo executado por: 172.16.20.60  
**Consulte a autenticidade desta Nota Fiscal através  
 do site: <http://www.mogiguacu.sp.gov.br>  
 Valor aprox. dos tributos (Lei nº 12.741/2012):  
 R\$ 1.671,00 - Aliq: 16,71%**

Situação de Tributação  
 Tributado no Tomador

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

Deduções de Materiais	Base de Cálculo (R\$)	Aliquota (%)	Vr do ISS (R\$)
<b>0,00</b>	<b>10.000,00</b>	<b>3,3873%</b>	<b>338,73</b>

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



28/07/2025

GERENCIADOR  
CAIXA



## Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

### Detalhes do pagamento

**ID da transação:** E0036030520250723162633e48dff95e

**Situação:** EFETIVADA      **Data e Hora:** 23/07/2025 às 14:34:45

**Valor Original:** R\$ 4.830,64      **Valor Atualizado:** R\$ 4.830,64      **Tarifa:** R\$ 8,50

**Detalhes:** NF 335

### 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:** 50070898119

**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 DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA**

DIRETORIA DE FINANÇAS

SETOR DE FISCALIZAÇÃO TRIBUTÁRIA

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-E

Código de Verificação

3215217FJM



Nº Nota

486

Serie: F

Nº RPS:

Data de Emissão

23/JUL/2025 - 15:45:29

Competência

07/2025

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

Razão Social/Nome: FERREIRA & GARCIA SERVIÇOS MÉDICOS LTDA

CNPJ/CPF: 26.931.282/0001-34

Insc. Municipal: 21293

Insc. Estadual:

Endereço: RUA NAGIB MIGUEL, 4093

Complemento: ANDAR 02 -25-A

Bairro: JARDIM RECANTO DO

CEP: 13.874-439

Município: SÃO JOÃO DA BOA VISTA

UF: SP

País: BRASIL

E-mail: caroisorcl@hotmail.com

Telefone: (19)36223717

Site:

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

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

CNPJ/CPF: 52.739.950/0001-36

Insc. Municipal:

Insc. Estadual:

Endereço: RUA CHICO DE PAULA, 608

Complemento: Não Informado

Bairro: CENTRO

CEP: 13.840-005

Município: MOGI GUAÇU

UF: SP

País: BRASIL

E-mail:

Telefone:

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS.**

Plantões 06/2025 (Coordenação/Assessoria)  
Destacar Conv. 05/SS/2024

PGTO PARCIAL

CONVÊNIO Nº 05/65/2004

VALOR PGTO: R\$ 4.692,80

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU

TERMO DE CONVÊNIO Nº 05/SS/2024

CONTIEM COM  
O ORIGINAL

**FONTES DE RECURSO**

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

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

ASSINATURA

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

Local de Prestação: MOGI GUAÇU - SP

Local de Incidência: SAO JOAO DA BOA VISTA

Código do Serviço:

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

Valor do INSS Retido (R\$)	Valor do IRRF Retido (R\$)	Valor do CSLL Retido (R\$)	Valor do PIS Retido (R\$) / 0,65%	Valor do COFINS Retido (R\$) / 3,00%	
0,00	150,00	100,00	65,00	300,00	
Vlr Deduções (R\$)	Outras Retenções (R\$)	Base de Cálculo do ISS (R\$)	Alíquota	Valor do ISS (R\$)	Valor Líquido da Nota (R\$)
	0,00	10.000,00	2	200,00	9.385,00

**OUTRAS INFORMAÇÕES**

O ISSQN desta NFS-e será recolhido pelo PRESTADOR.

Contribuinte enquadrado no Regime de ISS Variável.

A autenticação da NFS-e pode ser confirmada no Site:  
:https://nfesaojoao.intertecsolucoes.com.br/ords/psjv/f?p=1085:71 RECEBEMOS DO(A) FERREIRA & GARCIA SERVIÇOS MÉDICOS LTDA OS SERVIÇOS CONSTANTES NA NFS-e

Código de Verificação:

3215217FJM

Número da Nota:

486



24/07/2025

GERENCIADOR  
**CAIXA**

Via Gerenciador CAIXA

**Detalhes da Transação**

**Número do Documento:** 241634

**Data:** 24/07/2025

**Valor:** R\$ 4.692,50

**Origem**

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

**Banco:** 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL - 00360305

**Agência:** 4281

**Conta:** 5772172197

**Destino**

**Nome:** FERREIRA E GARCIA

**Banco:** 260 - NU PAGAMENTOS S.A. - 18236120

**Agência:** 1

**Conta:** 720567175

**Informações Adicionais**

**Finalidade:** Credito em Conta

**Tipo TED:** STR0008

**Valor da Tarifa:** 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



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

Número da Nota - Série  
**000000000043 - E**

Autenticidade  
**54ID-8031**

Data de Emissão  
**23/07/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** SFB SAUDE DA MULHER SOCIEDADE SIMPLES UNIPessoal LTDA  
**CPF/CNPJ:** 57.609.557/0001-41 **IM:** 329881 **IE:** **Fone:** 194042-6133  
**Endereço:** RUA RUA INACIO FRANCO ALVES,877,PARQUE CIDADE NOVA - CEP : 13845420  
**Município:** MOGI GUACU **UF:** SP **E-mail:** CONTATO@AUDISER.COM.BR

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** IRMANDADE DA SANTA CASA DE 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 prestados pelo sócio DRA SYLVIA MARIA DE OLIVEIRA FONTES  
Referente Assessoria Maternidade ref. 06/2025.  
Convênio 03/SS/2024

**Retenção:**

IR (1,5%) R\$ 75,00  
CSLL (1%) R\$ 50,00  
COFINS (3%) R\$ 150,00  
PIS (0,65%) R\$ 32,50  
DESCONTOS R\$ 307,50  
VALOR LIQUIDO R\$ 4.692,50

PGTO PARCIAL  
CONVÊNIO nº 03/SS/2024  
VALOR PGTO: R\$ 2.274,25

Obs: A) Não incide a retenção de INSS (Dispensada a retenção da previdência, por serviços prestados pessoalmente pelo sócio. Dispensado nos termos do artigo 115, inciso II da Instrução Normativa RFB n 2110/2022.  
B) Não incide a retenção do ISSQN (ISSQN FIXO)

CONTÉM COM  
O ORIGINAL

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU  
TERMO DE CONVÊNIO Nº 03/SS/2024  
FONTES DE RECURSO

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

*Sylvia*  
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\$)  
**5.000,00**

Alíquota (%)  
**3,0000%**

Vr do ISS (R\$)  
**150,00**

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 5.000,00**



24/07/2025

GERENCIADOR  
**CAIXA**



## Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

### Detalhes do pagamento

**ID da transação:** E003603052025072412487b95284f1e1  
**Situação:** EFETIVADA    **Data e Hora:** 24/07/2025 às 16:34:29  
**Valor Original:** R\$ 2.271,25    **Valor Atualizado:** R\$ 2.271,25    **Tarifa:** R\$ 8,50  
**Detalhes:** NF 43

### Origem

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

### Destino

**Nome:** SFB SAUDE DA MULHER SOCIEDADE SIMPLES UNIPessoal LTDA  
**CNPJ:** 57.609.557/0001-41  
**Instituição:** CC CREDINTER  
**Chave Pix:** 57609557000141

**Código da operação:** 50121761951  
**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  
**000000000048 - E**  
Autenticidade  
**206X-P032**  
Data de Emissão  
**25/07/2025**

**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 3 plantões Semana/Final de semana  
Dias 06, 07, 08 de Junho 2025 - 24 Horas

Dr. Guilherme Rissato sabioni CRM: 174105

Retenções:

IR R\$ 54,00

PIS R\$ 23,40

Cofins R\$ 108,00

CSSL R\$ 36,00

ISSQN R\$ 108,00

PGTO PARCIAL

CONVÊNIO Nº 05/SS/2024

VALOR PGTO: R\$ 4.800,00

Liquido a Receber R\$ 3.270,60

Impostos R\$ 515,88

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

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

CONFERE COM  
O ORIGINAL

  
ASSINATURA

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\$ 515,88 - 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\$)  
3.600,00

Aliquota (%)  
3,0000%

Vr do ISS (R\$)  
108,00

**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: SABLONI CORAÇÃO DE JESUS SERVIÇOS MEDICOS LTDA

Nome Pessoa Física: Guilherme Rissato Sabioni

CNPJ/CPF.: 43.040.306/0001-84

Especialidade: Cirurgião

Convênio: PLANTÕES

Competência: 06/2025

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
Semana/Final de semana	3	24 Horas	R\$ 800,00	R\$ 2.400,00
Dias 06, 07, 08				
Semana/Final de semana	3	24 Horas	R\$ 400,00	R\$ 1.200,00
Dias 06, 07, 08				
<b>TOTAL A PAGAR</b>			<b>R\$</b>	<b>3.600,00</b>

  
Romildo Fontaniello  
Provedor

25/07/2025

GERENCIADOR  
**CAIXA**

Via Gerenciador CAIXA

**Detalhes da Transação**

**Número do Documento:** 251133

**Data:** 25/07/2025

**Valor:** R\$ 1.800,00

**Origem**

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

**Banco:** 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL - 00360305

**Agência:** 4281

**Conta:** 5772172197

**Destino**

**Nome:** SABIONI CORACAO DE JESUS

**Banco:** 260 - NU PAGAMENTOS S.A. - 18236120

**Agência:** 1

**Conta:** 544894205

**Informações Adicionais**

**Finalidade:** Credito em Conta

**Tipo TED:** STR0008

**Valor da Tarifa:** 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



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

Número da Nota - Série  
**000000001213 - E**  
Autenticidade  
**WUXY-6BIU**  
Data de Emissão  
**22/07/2025**

**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: 1938811313  
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 Plantão Otorrino)  
Dr Marcos Alexandre F da Cruz  
CRM 91858

PAGO PARCIAL

CONVÊNIO Nº 05/SS/2024

VALOR PAGO: R\$ 2.725,50

IRRF 1,5% R\$ 90,00  
CSLL 1% R\$ 60,00  
COFINS 180,00  
PIS 0,65% R\$ 39,00

**CONFERE COM**

**O ORIGINAL**

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

**FONTES DE RECURSO**

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

*[Handwritten Signature]*

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  
Tributado no Tomador

Código do Serviço  
401 - Medicina e biomedicina.

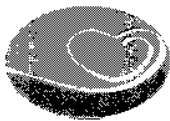
Deduções de Materiais  
**0,00**

Báse de Cálculo (R\$)  
**6.000,00**

Alíquota (%)  
**3,0000%**

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

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

**DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS**Entidade: **Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu**CNPJ: **52.739.950/0001-36**Nome Pessoa Jurídica: **CLINICA MEDICA CAPE SS**Nome Pessoa Física: **Marcos Alexandre Francato da Cruz**CNPJ/CPF.: **08.742.556/0001-65**Especialidade: **Torácico****Convênio: PLANTÕES**Competência: **06/2025**

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\$	6.000,00
<b>TOTAL A PAGAR</b>			R\$	<b>6.000,00</b>

  
Romildo Fortaniello  
Provedor

25/07/2025

GERENCIADOR  
**CAIXA**



### Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

#### Detalhes do pagamento

**ID da transação:** E003603052025072514171d701bfe82b  
**Situação:** EFETIVADA      **Data e Hora:** 25/07/2025 às 11:33:58  
**Valor Original:** R\$ 2.725,50      **Valor Atualizado:** R\$ 2.725,50      **Tarifa:** R\$ 8,50  
**Detalhes:** NF 1213

#### Origem

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

#### Destino

**Nome:** Marcos Alexandre Francato Da Cruz  
**CPF:** XXX.599.738-XX  
**Instituição:** CC POUP E INV UNIÃO PARANÁ/SÃO PAULO  
**Chave Pix:** 12059973856

**Código da operação:** 50153082358  
**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  
**000000001214 - E**  
 Autenticidade  
**MQ0B-Y0AO**  
 Data de Emissão  
**22/07/2025**

**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: 1936611313  
 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 Plantão Torácico)  
 Dr Marcos Alexandre F da Cruz  
 CRM 91656

IRRF 1,5% R\$ 120,00  
 CSLL 1% R\$ 80,00  
 COFINS 3% R\$ 240,00  
 PIS 0,65% R\$ 52,00

FGTO PARCIAL

CONVÊNIO nº 05/SS/2024  
 VALOR FGTO: R\$ 5.634,00

**CONFERE COM  
 O ORIGINAL**

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

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

*Assinatura*  
 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	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Vr do ISS (R\$)
0,00	8.000,00	3,0000%	240,00

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 8.000,00**



### DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

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

CNPJ: **52.739.950/0001-36**

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

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

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

Especialidade: **Cobertura / Otorrino**

**Convênio: PLANTÕES**

**Competência: 06/2025**

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 21 à 30				
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 8.000,00</b>

  
Romildo Fontaniello  
Provedor

25/07/2025



## Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

### Detalhes do pagamento

**ID da transação:** E0036030520250725141748af5ae192b  
**Situação:** EFETIVADA    **Data e Hora:** 25/07/2025 às 11:34:20  
**Valor Original:** R\$ 3.634,00    **Valor Atualizado:** R\$ 3.634,00    **Tarifa:** R\$ 8,50  
**Detalhes:** NF 1214

### Origem

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

### Destino

**Nome:** Marcos Alexandre Francato Da Cruz  
**CPF:** XXX.599.738-XX  
**Instituição:** CC POUP E INV UNIÃO PARANÁ/SÃO PAULO  
**Chave Pix:** 12059973856

**Código da operação:** 50153095220  
**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  
**000000000011 - E**

Autenticidade  
**AWO7-C0LB**

Data de Emissão  
**21/07/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** TULLER SERVICOS MEDICOS SOCIEDADE SIMPLES UNIPESSOAL LTDA  
**CPF/CNPJ:** 60.505.523/0001-11 **IM:** 330790 **IE:** ISENTO **Fone:** 194042-6133  
**Endereço:** RUA JOSÉ ARTIGIANI,51 SALA 2,ARRUAMENTO PRIMAVERA - CEP : 13845263  
**Município:** Mogi Guaçu **UF:** SP **E-mail:** carolineatuller@gmail.com

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

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

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

Serviços médicos prestados DRA CAROLINE DE ALMEIDA TULLER  
Referente aos Plantões - 06/2025  
Convênio 05/SS/2024

**Retenção:**

IR (1.5%) R\$ 285,00  
CSLL (1% R\$ 190,00  
COFINS (3%) R\$ 570,00  
PIS (0.65%) R\$ 123,50  
TOTAL DESC. R\$ 1.168,50  
VALOR LIQUIDO R\$ 17.831,50

**PGTO PARCIAL**

CONVÊNIO nº 05/66 /2024

VALOR PGTO: R\$ 8.630,95

Obs: A) Não incide a retenção de INSS (Dispensada a retenção da previdência, por serviços prestados pessoalmente pelo sócio. Dispensado nos termos do artigo 115, inciso II da Instrução Normativa RFB n 2110/2022.

**CONFERE COM  
O ORIGINAL**

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU

TERMO DE CONVÊNIO Nº 05/SS/2024

**FONTES DE RECURSO**

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

*Assinatura*  
**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\$)  
**19.000,00**

Alíquota (%)  
**3,0000%**

Vr do ISS (R\$)  
**570,00**

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 19.000,00**



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU**  
**SECRETARIA DA FAZENDA**

Nº da Nota - Serie  
**0000000011 - E**

Autenticidade  
**AWO7-C0LB**

Carta Nº 22236 anexada em 2025-07-28 10:48:12

Data de Emissão ....: **21/07/2025 08:30:58** Competência (Serv.): **07/2025**



**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** TULLER SERVICOS MEDICOS SOCIEDADE SIMPLES UNIPessoal LTDA  
**CPF/CNPJ:** 60.505.523/0001-11 **IM:** 330790 **IE:** ISENTO **Fone:** 194042-6133  
**Endereço:** RUA JOSÉ ARTIGIANI,51 SALA 2,ARRUAMENTO PRIMAVERA - CEP : 13845263  
**Município:** Mogi Guaçu **UF:** SP **E-mail:** carolineatuller@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**

Retenção:  
IR (1.5%) R\$ 285,00  
CSLL (1% R\$ 190,00  
COFINS (3%) R\$ 570,00  
PIS (0.65%) R\$ 123,50  
ISSQN (3%) R\$ 570,00  
TOTAL DESC. R\$ 1.738,50  
VALOR LIQUIDO R\$ 17.261,50

**CONFERE COM  
O ORIGINAL**

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

**NOTA EXPLICATIVA**

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

- I - as variáveis que determinam o valor do ISSQN tais como: base de cálculo; alíquota; código de serviço; valor da prestação de serviços;
  - II - a correção de dados cadastrais do prestador ou tomador de serviços;
  - III - o número da nota e a data de emissão;
  - IV - as variáveis que determinam a situação de tributação com a indicação: do local de incidência do ISSQN; do local da prestação do serviço; da responsabilidade pelo recolhimento do ISSQN; de isenção ou imunidade relativa ao ISSQN;
  - V - o número e a data de emissão do Recibo Provisório de Serviços - RPS;
- Obs: Somente é permitida a emissão e 1(uma) carta de correção por NFS-e



## DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

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

CNPJ: **52.739.950/0001-36**

Nome Pessoa Jurídica: **TULLER SERVIOS MEDICOS SOCIEDADE SIMPLES UNIPESSOAL LTDA**

Nome Pessoa Física: **Caroline de Almeida Tuller**

CNPJ/CPF.: **60.505.523/0001-11**

Especialidade: **Obstetra**

Convênio: **PLANTÕES**

Competência: **06/2025**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Semana</b>	8	12 Horas	R\$ 1.700,00	R\$ 13.600,00
Dia 03, 10, 17, 24, 03, 10, 17, 24,				
<b>Final de Semana</b>	3	12 Horas	R\$ 1.800,00	R\$ 5.400,00
Dia 01, 21, 21,				
<b>TOTAL A PAGAR</b>				R\$ 19.000,00

  
Romildo Fontaniello  
Provedor

23/07/2025

GERENCIADOR  
**CAIXA**



### Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

#### Detalhes do pagamento

**ID da transação:** E003603052025072217293ff63e4ee6c  
**Situação:** EFETIVADA      **Data e Hora:** 22/07/2025 às 15:30:54  
**Valor Original:** R\$ 8.630,75      **Valor Atualizado:** R\$ 8.630,75      **Tarifa:** R\$ 8,50  
**Detalhes:** NF 11

#### Origem

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

#### Destino

**Nome:** GAREST SAUDE INTEGRADA LTDA  
**CNPJ:** 34.910.700/0001-35  
**Instituição:** BCO C6 S.A.  
**Chave Pix:** 34910700000135

**Código da operação:** 50027542996  
**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

### Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

#### Detalhes do pagamento

**ID da transação:** E003603052025072217293ff63e4ee6c  
**Descrição:** NF 11  
**Situação:** EFETIVADO **Data e Hora:** 22/07/2025 às 15:30:54  
**Valor:** R\$ 8.630,75

#### Origem

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

#### Destino

**Nome:** GAREST SAUDE INTEGRADA LTDA  
**CPF/CNPJ:** 34.910.700/0001-35  
**Instituição:** BCO C6 S.A.

**Código da operação:** 50027542996

**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

**C6 BANK**



**Pix em  
andamento**

**25/07/2025**

**08:50**



**Pix  
devolvido!**

**25/07/2025**

**09:50**

**IRM**

**IRM STA CASA MISERIC MOGI GUACU**

Banco: CAIXA ECONOMICA FEDERAL

Agência: \*\*\*\*\*

Conta: \*\*\*\*\*9-7

Código de autenticação

**0198416b-9ef8-04e2-7301-0d3951dcea48**

ID da Transação

**D31872495202507251150y1WQ8qDpD6x**

CPF / CNPJ

**52.739.950/0001-36**

Valor

**R\$ 8.630,75**

Data e horário da transação

**sexta-feira, 25 de julho de 2025, 08:50**

**Conta de origem**



**GAREST SAUDE INTEGRADA LTDA**

Banco: 335 - Banco C6 S.A.

Agência: 0001

Conta: 9036359-1

Em caso de dívidas ou se precisar de orientações,  
acesse o chat no app ou ligue para os telefones abaixo.  
Você deverá informar o ID da transação que aparece  
nesse comprovante.

Central de Relacionamento - segunda a sexta (exceto  
feriados): 0h às 23h

Capitais e regiões metropolitanas



**3003 6116**

Demais regiões



**0800 660 6116**

SAC (reclamações, cancelamentos, dívidas, informações  
e sugestões) - atendimento 24h



**0800 660 0060**

Ouvidoria

Segunda à sexta, exceto feriados, das 9h às 16h.

Atendimento gratuito

GERENCIADOR  
**CAIXA**



## Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

### Detalhes do pagamento

**ID da transação:** E00360305202507251206cb47c26f0f4

**Situação:** EFETIVADO **Data e Hora:** 25/07/2025 às 11:34:51

**Valor:** R\$ 8.630,75

### Origem

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

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

**Instituição:** CAIXA ECONOMICA FEDERAL

### Destino

**Nome:** TULLER SERVICOS MEDICOS SOCIEDADE SIMPLES UNIPessoal LTDA

**CPF/CNPJ:** 60.505.523/0001-11

**Instituição:** NU PAGAMENTOS S.A.

**Código da operação:** 50153133054

**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 Santa Barbara d'Oeste

Número da NFS-e e Série  
27 / NFS  
Número e Série do RPS

Competência da NFS-e  
25/07/2025  
Chave de Acesso  
3545803123431708800019100000000002725070000000276

Data e Hora da Emissão da  
25/07/25 11:38



## Dados do Prestador

### Razão Social

FAST MED SERVICOS MEDICOS LTDA

### Nome Fantasia

FAST MED - SERVICOS MEDICOS

### CNPJ / CPF

34.317.088/0001-91

### Inscrição Municipal

55048

### Inscrição Estadual

Isento

### Endereço

R GABRIEL PEREIRA DE BRITO

### Numero

58

### Complemento

SALA 01

### Bairro

JARDIM DONA REGINA

### Município

Santa Bárbara d'Oeste - SP

### CEP

13455-703

### Email

fiscal@fiezacontabilidade.com.br

### Telefone

(19) 3458-1885

## Dados do Tomador

### Razão Social

IRM.STA.CASA DE MIS.DE MOGI GUAÇU

### CNPJ / CPF

52.739.950/0001-36

### Inscrição Municipal

ISENTO

### Inscrição Estadual

### Endereço

RUA: CHICO DE PAULA, 608

### Numero

608

### Complemento

### Bairro

CENTRO

### Município

Mogi Guaçu/SP

### País

Brasil

### Email

tatiana@santamogiguacu.org.br

### CEP

13840-005

### Telefone

## Dados do Intermediário

Não informado

## Obras & Eventos

## Serviço Prestado

### Classificação do Serviço

04.03.03 - Clínicas, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.

### Código NBS

1.2301.21.00 - Serviços de clínica médica

### Local da Prestação

Santa Bárbara d'Oeste-SP

### País da Prestação

-

### Local da Incidência do ISSQN

Santa Bárbara d'Oeste-SP

## Descrição do Serviço

PRESTAÇÃO DE SERVIÇO REFERENTE Plantões 06/2025

Convênio numero 03/SS/2024

BANCO: ITAU UNIBANCO(341)

AGENCIA: 0672

NUMERO DA CONTA: 99145-2

CHAVE PIX: 34317088000191

PGTO PARCIAL

CONVÊNIO nº 06/SS/2024

VALOR PGTO: R\$ 3.400,00

## Tributação Federal

## Valor Total da NFS-E

### Valor da NFS-E

R\$ 6.800,00

### Deduções

R\$ 0,00

### Valor do Serviço

R\$ 6.800,00

### Retenção ISSQN

Não

### Aliquota

-

### Valor do ISSQN

Apuração PGDAS-D

## Valor Líquido

R\$ 6.800,00

## Informações Complementares

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

Nota Fiscal Eletrônica Autorizada pelo Decreto nº 6424 de 04 de Novembro de 2014

Conf. Lei Federal 12741/12 a Carga Tributária Aproximada desta NF é de 13,45% Federal (IBPT) e de 2,89% Municipal, perfazendo o valor de R\$ 1097,52

Forma de Pagamento:

CONFERE COM

O ORIGINAL

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU

TERMO DE CONVÊNIO Nº 06/SS/2024

### FONTES DE RECURSO

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

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



## DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

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

CNPJ: **52.739.950/0001-36**

Nome Pessoa Jurídica: **FAST MED SERVIÇOS MÉDICOS LTDA**

Nome Pessoa Física: **Jaqueline Lima Delgadillo**


CNPJ/CPF.: **34.317.088/0001-91**

Especialidade: **Obstetra**

**Convenio: PLANTÕES**

Competência: **06/2025**

Dias da Semana	Quantidade	Referência	Valor	Valor Total
<b>Final de Semana</b>		12 Horas	R\$ 1.800,00	R\$ -
<b>Semana</b>	4	12 Horas	R\$ 1.700,00	R\$ 6.800,00
Dia 06, 20, 06, 20,				
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>R\$ 6.800,00</b>

  
Romildo Fontaniello  
Provedor

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

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 28/07/2025 às 16:46:33

**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> 341/0672/00000099145-2	<b>CPF/CNPJ:</b> 34.317.088/0001-91
<b>Tipo Conta:</b> 01 - Conta Corrente	<b>Tipo Pessoa:</b> Jurídica
<b>Nome:</b> FAST MED SERVICOS MEDICOS LTDA	<b>Valor:</b> R\$ 3.400,00
<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> 28/07/2025	<b>Código da Operação:</b> 56049510
<b>Data da Operação:</b> 28/07/2025	<b>Chave de Segurança:</b> ZZGFR1Q2VWTRR2PQ

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  
**000000000049 - E**  
Autenticidade  
**600C-70VA**  
Data de Emissão  
**25/07/2025**

**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 3 plantões Semana/Final de semana  
Dias 6,7 e 8 de Junho 2025 - 24 Horas

Dr. Guilherme Rissato sabioni CRM: 174105

Retenções:

IR R\$ 27,00  
PIS R\$ 11,70  
Cofins R\$ 54,00  
CSSL R\$ 18,00  
ISSQN R\$ 54,00

Liquido a Receber R\$ 1.635,30

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU  
TERMO DE CONVÊNIO Nº 05/65/2024  
FONTES DE RECURSO

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

**FOTO PARCIAL**  
CONVÊNIO Nº 05/65/2024  
VALOR PGTO: R\$ 900,00

**CONFERE COM  
O ORIGINAL**

*Guilherme Rissato Sabioni*  
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\$ 257,94 - Aliq: 14,33%**

Situação de Tributação  
Tributado no Tomador

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

Deduções de Materiais <b>0,00</b>	Base de Cálculo (R\$) <b>1.800,00</b>	Aliquota (%) <b>3,0000%</b>	Vr do ISS (R\$) <b>54,00</b>
--------------------------------------	--	--------------------------------	---------------------------------

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 1.800,00**



## DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

Entidade: **Irm. Santa Casa de Mis. Mogí 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: **06/2025**

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>	<b>R\$ -</b>
Dias 06, 07, 08				
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 Transação TED**

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 28/07/2025 às 16:46:33

**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> 260/0001/00054489420-5	<b>CPF/CNPJ:</b> 43.040.306/0001-84
<b>Tipo Conta:</b> 01 - Conta Corrente	<b>Tipo Pessoa:</b> Jurídica
<b>Nome:</b> SABIONI CORACAO DE JESUS SERVICOS MEDICO	<b>Valor:</b> R\$ 900,00
<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> 28/07/2025	<b>Código da Operação:</b> 56049512
<b>Data da Operação:</b> 28/07/2025	<b>Chave de Segurança:</b> G68EN09LZYSAQ0AX

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  
**000000001215 - E**  
Autenticidade  
**GWKY-68OV**  
Data de Emissão  
**28/07/2025**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

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

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

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

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

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

PGTO PARCIAL

IRRF 1,5%R\$ 150,00  
CSLL 1%R\$ 100,00  
COFINS 3%R\$ 300,00  
PIS 0,65%R\$ 65,00

CONVÊNIO nº 05/SS/2024  
VALOR TOTAL DE 4.542,50

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

FONTES DE RECURSO

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

CONFERE COM  
O ORIGINAL

*[Assinatura]*  
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	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Vr do ISS (R\$)
0,00	10.000,00	3,0000%	300,00

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



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

Gerenciador Financeiro CAIXA

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

<b>Banco:</b>	033 - BANCO SANTANDER S.A. - 90400888
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0181 / 00001035580-6
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	CLINICA MEDICA CAPE
<b>CPF/CNPJ:</b>	120.599.738-56
<b>Valor:</b>	R\$ 4.542,50
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 12,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF1215
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	29/07/2025
<b>Data / Hora da operação:</b>	29/07/2025 10:01:17

<b>Código da operação:</b>	00187949
<b>Chave de segurança:</b>	WET6WG89SEE0908W

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