



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

Número da Nota - Série
00000000912 - E
Autenticidade
87G0-8LD8
Data de Emissão
13/06/2025

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 05/2025
Convenio 05/SS/2024

Valor Bruto..... 38.000,00
IR..... 570,00
Pis..... 247,00
Cofins..... 1.140,00
Cstl..... 380,00
Valor Líquido..... 35.663,00

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

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

**CONFERE COM
O ORIGINAL**

Amanda
ASSINATURA

Processo executado por: 172.16.20.60

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

Situação de Tributação
Tributada no Prestador

Código do Serviço

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

Deduções de Materiais
0,00

Base de Cálculo (R\$)
38.000,00

Aliquota (%)

-

Vr do ISS (R\$)

-

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 38.000,00


DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS



Endereço: Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu
PJ: 52.739.950/0001-36
Nome Pessoa Jurídica: SPRICIGO MEDICOS ASSOCIADOS SS
Nome Pessoa Física: Eleandro mendonça Spricigo
PJ/CPF: 08.665.669/0001-04
Especialidade: Intensivista

Convênio: UTI - A
Competência: 05/2025

| Dias da Semana | Quantidade | Referência | Valor | Valor Total |
|------------------------|------------|------------|--------------|---------------|
| Semana | 8 | 24 Horas | R\$ 3.400,00 | R\$ 27.200,00 |
| dias 05, 07, 12, | | | | |
| 4, 19, 21, 26, 28 | | | | |
| Final de Semana | 3 | 24 horas | R\$ 3.600,00 | R\$ 10.800,00 |
| dias 03, 18, 31 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| TOTAL A PAGAR | | | | R\$ 38.000,00 |


 Romildo Fontaniello
 Provedor

17/06/2025

GERENCIADOR
CAIXA



Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

Detalhes do pagamento

ID da transação: E00360305202506161321ba16fde0ae4
Situação: EFETIVADA **Data e Hora:** 16/06/2025 às 14:02:03
Valor Original: R\$ 35.663,00 **Valor Atualizado:** R\$ 35.663,00 **Tarifa:** R\$ 8,50
Detalhes: NF912

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: 48341799474
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
00000000911 - E
 Autenticidade
IYJ6-7BFH
 Data de Emissão
13/06/2025

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 05/2025

Valor Bruto.....8.500,00
 IR.....127,50
 Pis.....55,25
 Cofins.....255,00
 Csll.....85,00
 Valor Líquido.....7.977,25

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 13840001

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

**CONFERE COM
 O ORIGINAL**

Processo executado por: 172.16.20.60

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

Amanda
ASSINATURA
 Titular 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 | 8.500,00 | - | - |

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 8.500,00

DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS



Cidade: Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu
 PJ: 52.739.950/0001-36
 Nome Pessoa Jurídica: SPRICIGO MEDICOS ASSOCIADOS SS
 Nome Pessoa Física: Eleandro mendonça Spricigo
 PJ/CPF.: 08.665.669/0001-04
 Especialidade: Intensivista

Convênio: UTI - B
 Competência: 05/2025

| Dias da Semana | Quantidade | Referência | Valor | Valor Total |
|--------------------------|------------|------------|--------------|-----------------|
| Semana | | 24 Horas | R\$ 3.400,00 | R\$ - |
| Semana | 5 | 12 Horas | R\$ 1.700,00 | R\$ 8.500,00 |
| Dia 01, 08, 15 22, 29 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| TOTAL A PAGAR | | | R\$ | 8.500,00 |

Romildo Fontaniello
 Provedor

17/06/2025



Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

Detalhes do pagamento

ID da transação: E003603052025061613280e8fd0b4ad8
Situação: EFETIVADA **Data e Hora:** 16/06/2025 às 14:02:25
Valor Original: R\$ 7.977,25 **Valor Atualizado:** R\$ 7.977,25 **Tarifa:** R\$ 8,50
Detalhes: NF911

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: 48341806462
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
00000000156 - 1

Autenticidade
CVWX-6CX5

Data de Emissão
13/06/2025

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 serviços médicos prestados UTI B em maio de 2025, pelo Dr. Cesar de Magalhães Rocha Leonello.
Convênio 05/SS/2024

Valor: R\$1.841,66

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 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**

Amanda
ASSINATURA

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

Processo executado por: 172.16.20.60

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

Situação de Tributação
Tributada no Prestador

Código de Serviço e Aliquota de ISSQN correspondente ao Município de Itapira

Código do Serviço
401 - Medicina e biomedicina.

| | | | | |
|----------------|---------------|-----------|--------------|------------|
| I.N.S.S. (R\$) | I.RENDA (R\$) | PIS (R\$) | COFINS (R\$) | CSLL (R\$) |
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

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

| | | | |
|-----------------------|-----------------------|--------------|--------------------|
| Deduções de Materiais | Base de Cálculo (R\$) | Aliquota (%) | Valor do ISS (R\$) |
| 0,00 | 1.841,66 | 3,620% | 66,67 |

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 1.841,66

DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS



Endereço: Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu
PJ: 52.739.950/0001-36
Nome Pessoa Jurídica: MAGALHAES RL MEDICAL LTDA
Nome Pessoa Física: Cesar De Magalhães R Leonello
PJ/CPF.: 50.317.987/0001-40
Especialidade: Intensivista

Convênio: UTI - B
Competência: 05/2025

| Dias da Semana | Quantidade | Referência | Valor: | Valor Total |
|----------------------|------------|------------|------------------|-----------------|
| Semana | 1 | 12 Horas | R\$ 1.700,00 R\$ | 1.700,00 |
| dia 29 | | | | |
| Semana | 1 | 01 horas | R\$ 141,66 R\$ | 141,66 |
| Dia 30 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| TOTAL A PAGAR | | | R\$ | 1.841,66 |

Romildo Fontaniello
 Provedor



2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 17/06/2025 às 07:53:57

Dados do Pagador

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

Dados do Recbedor

| | |
|--|-------------------------------------|
| Conta Destino: 001/0171/00000058904-7 | CPF/CNPJ: 50.317.987/0001-40 |
| Tipo Conta: 01 - Conta Corrente | Tipo Pessoa: Jurídica |
| Nome: MAGALHAES RL MEDICAL LTDA | Valor: R\$ 1.841,66 |
| Finalidade: 10 - Crédito em Conta | Valor Tarifa: R\$ 12,00 |
| Histórico: | |

Informações do Pagamento

| | |
|-------------------------------------|---|
| Data do Débito: 16/06/2025 | Código da Operação: 30424622 |
| Data da Operação: 16/06/2025 | Chave de Segurança: JR78K6VYH9T94AY1 |

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 POÇOS DE CALDAS

100001681/NF-e



Nota Fiscal Eletrônica de Serviços

Número / Série 100001681 NF-e Emissão 13/06/2025 15:42:06 Incidência Poços de Caldas (MG) ISS a reter Não
 Prest. do Serviço 13/06/2025 Código de verificação 19UV.ONY7.71NN.4V3Z 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. 05.25) CONVENIO 05/SS/2024 | R\$ 13.800,00 | 1,00 | R\$ 13.800,00 |

Tributos Federais

| PIS | INSS | CSLL | IRRF | COFINS |
|-------|------|--------|--------|--------|
| 89,70 | 0,00 | 138,00 | 207,00 | 414,00 |

Detalhamento de Valores

| Valor Total da Nota(R\$) | ISS(R\$) | Desconto Condicional(R\$) | Base de Cálculo(R\$) | Alíquota (%) |
|--------------------------|----------|-----------------------------|----------------------|------------------------------|
| 13.800,00 | 690,00 | 0,00 | 13.800,00 | 5,00 % |
| Outras Retenções(R\$) | | Desconto Incondicional(R\$) | | Valor Líquido: R\$ 12.951,30 |
| 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 100001681, série ELETRONICA, conforme verificável pelo endereço eletrônico:

<http://www.nfe-cidades.com.br/documento/19UV.ONY7.71NN.4V3Z>

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

Rmanda

ASSINATURA



DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

Idade: Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu
PJ: 52.739.950/0001-36
Nome Pessoa Jurídica: PRATES E MIRANDA SS LTDA
Nome Pessoa Física: Mariana Missano Florido
PJ/CPF.: 12.474.253/0001-86
Especialidade: Intensivista

Convênio: UTI - A
Competência: 05/2025

| Quantidade | Referência | Valor | Valor Total |
|----------------------|------------|--------------|---------------|
| 3 | 24 Horas | R\$ 3.400,00 | R\$ 10.200,00 |
| 1 | 24 horas | R\$ 3.600,00 | R\$ 3.600,00 |
| TOTAL A PAGAR | | | |
| | | R\$ | 13.800,00 |

Romildo Fontaniello
Provedor



2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 17/06/2025 às 07:53:57

Dados do Pagador

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

Dados do Recebedor

| | |
|--|---------------------------------|
| Conta Destino: 001/2664/00000106162-3 | CPF/CNPJ: 224.248.078-25 |
| Tipo Conta: 01 - Conta Corrente | Tipo Pessoa: Física |
| Nome: PRATES MIRANDA SS LTDA | Valor: R\$ 12.951,30 |
| Finalidade: 10 - Crédito em Conta | Valor Tarifa: R\$ 12,00 |
| Histórico: | |

Informações do Pagamento

| | |
|-------------------------------------|---|
| Data do Débito: 16/06/2025 | Código da Operação: 30424630 |
| Data da Operação: 16/06/2025 | Chave de Segurança: WW7QQ446HAPQJWH7 |

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 POÇOS DE CALDAS

100001682/NF-e



Nota Fiscal Eletrônica de Serviços

Número / Série 100001682 NF-e Emissão 13/06/2025 15:48:16 Incidência Poços de Caldas (MG) ISS a reter Não
 Prest. do Serviço 13/06/2025 Código de verificação 6DR3.P1JA.C33F.MUND 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 de código tributário municipal ou a LC 116/2003

Discriminação dos Serviços

| Descrição | Unitário | Qtd. | Total |
|--|--------------|------|--------------|
| SERVIÇOS MEDICOS PRESTADOS UTI - B (REF. 05.25) CONVENIO 05/SS/2024 | R\$ 6.800,00 | 1,00 | R\$ 6.800,00 |

Tributos Federais

| PIS | INSS | CSLL | IRRF | COFINS |
|-------|------|-------|--------|--------|
| 44,20 | 0,00 | 68,00 | 102,00 | 204,00 |

Detalhamento de Valores

| Valor Total da Nota(R\$) | ISS(R\$) | Desconto Condicional(R\$) | Base de Cálculo(R\$) | Alíquota (%) |
|--------------------------|----------|-----------------------------|----------------------|--------------|
| 6.800,00 | 340,00 | 0,00 | 6.800,00 | 5,00 % |
| Outras Retenções(R\$) | | Desconto Incondicional(R\$) | Valor Líquido: | R\$ 6.381,80 |
| 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 100001682, série ELETRONICA, conforme verificável pelo endereço eletrônico:

<http://www.nfe-cidades.com.br/documento/6DR3.P1JA.C33F.MUND>

Data: / /

Assinatura:

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

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

CONFERE COM
O ORIGINAL

Amanda
ASSINATURA



DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

Endereço: Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu
PJ: 52.739.950/0001-36
Nome Pessoa Jurídica: PRATES E MIRANDA SS LTDA
Nome Pessoa Física: Mariana Missano Florido
PJ/CPF.: 12.474.253/0001-86
Especialidade: Intensiva

Convênio: UTI - B
Competência: 05/2025

| Dias da Semana | Quantidade | Referência | Valor | Valor Total |
|-----------------------|-------------------|-------------------|--------------|--------------------|
| Semana | 2 | 24 Horas | R\$ 3.400,00 | R\$ 6.800,00 |
| dias 07, 14 | | | | |
| Total de Semana | | 24 horas | R\$ 3.600,00 | R\$ - |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| TOTAL A PAGAR | | | R\$ | R\$ 6.800,00 |

Romildo Fontaniello
Provedor

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 17/06/2025 às 07:53:57

Dados do Pagador

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

Dados do Recebedor

| | |
|--|---------------------------------|
| Conta Destino: 001/2664/00000106162-3 | CPF/CNPJ: 224.248.078-25 |
| Tipo Conta: 01 - Conta Corrente | Tipo Pessoa: Física |
| Nome: PRATES MIRANDA SS LTDA | Valor: R\$ 6.381,80 |
| Finalidade: 10 - Crédito em Conta | Valor Tarifa: R\$ 12,00 |
| Histórico: | |

Informações do Pagamento

| | |
|-------------------------------------|---|
| Data do Débito: 16/06/2025 | Código da Operação: 30424631 |
| Data da Operação: 16/06/2025 | Chave de Segurança: 9NASF2CVMGTSH5F6 |

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
000000373 - E

Autenticidade
CLKQ-68PU

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFSe

Data de Emissão: **13/06/2025 16:27:59**
Competência (Serv.): **06/2025**



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 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 A SERVIÇOS MÉDICOS INTENSIVISTAS - UTI B - 05/2025
DR. FÁBIO LUIZ RAMOS DA SILVA - CRM: 90093

CHAVE PIX: CNPJ 15.523.532/0001-80
Convênio número 03/SS/2024

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**

Orlando
ASSINATURA

Processo executado por: 172.16.20.60

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

Valor aprox. dos tributos (Lei nº 12.741/2012):
R\$ 1.920,66 - 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 | 178,50 | 77,35 | 357,00 | 119,00 | 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 |
|------------------|-------------|------------------|----------------|---------------|------------------|
| 11.900,00 | 0,00 | 11.900,00 | 3,0000% | 357,00 | 10.811,15 |



MUNICÍPIO DE MOGI MIRIM
SECRETARIA DE FINANÇAS

Nº da Nota - Serie
000000373 - E

Autenticidade
CLKQ-68PU

CARTA DE CORREÇÃO Nº 14807 ANEXADA EM 2025-06-16 09:41:18



Data de Emissão: **13/06/2025 16:27:59** Competência (Serv.): **06/2025**

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,808 - CEP : 13840005, CENTRO**
Município.....: **Mogi Guaçu** UF: **SP**
Email.....: **santacasamogiguacu@dglnet.com.br**

DESCRIÇÃO

REFERENTE A SERVIÇOS MÉDICOS INTENSIVISTAS - UTI B - 05/2025
DR. FÁBIO LUIZ RAMOS DA SILVA - CRM: 90093

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

NOTA EXPLICATIVA

A Carta de Correção permite a regularização exclusiva de erro na discriminação dos serviços.

DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS



Endereço: Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu

PJ: 52.739.950/0001-36

Nome Pessoa Jurídica:

RAMOS E IEMINI SAUDE LTDA ME

Nome Pessoa Física:

Fabio Luis Ramos da Silva

PJ/CPF.:

15.523.532/0001-80

Especialidade:

Intensivista

Convênio: UTI - B

Competência: 05/2025

| Dias da Semana | Quantidade | Referência | Valor | Valor Total |
|--------------------------|------------|------------|--------------|----------------------|
| Semana dias 6, 20, 27 | 3 | 24 Horas | R\$ 3.400,00 | R\$ 10.200,00 |
| Semana Dia 13 | 1 | 12 Horas | R\$ 1.700,00 | R\$ 1.700,00 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| TOTAL A PAGAR | | | | R\$ 11.900,00 |

Romildo Fontaniello
Provedor



2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 17/06/2025 às 07:53:57

Dados do Pagador

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

Dados do Recebedor

| | |
|--|-------------------------------------|
| Conta Destino: 001/6652/00000007685-6 | CPF/CNPJ: 15.523.532/0001-80 |
| Tipo Conta: 01 - Conta Corrente | Tipo Pessoa: Jurídica |
| Nome: RAMOS & IEMINI SAUDE LTDA | Valor: R\$ 10.811,15 |
| Finalidade: 10 - Crédito em Conta | Valor Tarifa: R\$ 12,00 |
| Histórico: | |

Informações do Pagamento

| | |
|-------------------------------------|---|
| Data do Débito: 16/06/2025 | Código da Operação: 30424650 |
| Data da Operação: 16/06/2025 | Chave de Segurança: FQA0FEXV7UE1R4KR |

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
0000000372 - E

Autenticidade
CYWC-DXH3

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFSe

Data de Emissão: **13/06/2025 16:21:01**
Competência (Serv.): **06/2025**



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 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 A SERVIÇOS MÉDICOS INTENSIVISTAS - UTI A - 05/2025
DR. FÁBIO LUIZ RAMOS DA SILVA - CRM: 80093

CHAVE PIX: CNPJ 15.523.532/0001-80
Convênio número 03/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**

Ramos
ASSINATURA

Processo executado por: 172.16.20.60
Consulte a autenticidade desta Nota Fiscal através do site:
mogimirim.sigfss.com.br

Valor aprox. dos tributos (Lei nº 12.741/2012):
R\$ 1.097,52 - 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 | 102,00 | 44,20 | 204,00 | 68,00 | 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 |
|-----------------|----------|-----------------|----------|--------------|---------------|
| 6.800,00 | 0,00 | 6.800,00 | 3,0000% | 204,00 | 6.177,80 |



MUNICÍPIO DE MOGI MIRIM
SECRETARIA DE FINANÇAS

Nº da Nota - Serie
0000000372 - E

Autenticidade
CYWC-DXH3

CARTA DE CORREÇÃO Nº 14806 ANEXADA EM 2025-06-16 09:36:58

Data de Emissão: 13/06/2025 16:21:01 Competência (Serv.): 06/2025



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@dglnet.com.br

DESCRIÇÃO

REFERENTE A SERVIÇOS MÉDICOS INTENSIVISTAS - UTI A - 05/2025
DR. FÁBIO LUIZ RAMOS DA SILVA - CRM: 90093

CHAVE PIX: CNPJ 15.523.532/0001-80
Convênio número 05/SS/2025

NOTA EXPLICATIVA

A Carta de Correção permite a regularização exclusiva de erro na discriminação dos serviços.

DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS



Unidade: Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu
 PJ: **52.739.950/0001-36**
 Nome Pessoa Jurídica: RAMOS E IEMINI SAUDE LTDA ME
 Nome Pessoa Física: Fabio Luis Ramos da Silva
 PJ/CPF.: 15.523.532/0001-80
 Especialidade: Intensivista

Convênio: UTI - A
 Competência: 05/2025

| Dias da Semana | Quantidade | Referência | Valor | Valor Total |
|----------------------|------------|------------|--------------|-----------------|
| Semana | 4 | 12 Horas | R\$ 1.700,00 | R\$ 6.800,00 |
| dias 01, 08, | | | | |
| 22, 29 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| TOTAL A PAGAR | | | R\$ | 6.800,00 |

Romildo Fontaniello
 Provedor



2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 17/06/2025 às 07:53:57

Dados do Pagador

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

Dados do Recbedor

| | |
|--|-------------------------------------|
| Conta Destino: 001/6652/00000007685-6 | CPF/CNPJ: 15.523.532/0001-80 |
| Tipo Conta: 01 - Conta Corrente | Tipo Pessoa: Jurídica |
| Nome: RAMOS & IEMINI SAUDE LTDA | Valor: R\$ 6.177,80 |
| Finalidade: 10 - Crédito em Conta | Valor Tarifa: R\$ 12,00 |
| Histórico: | |

Informações do Pagamento

| | |
|-------------------------------------|---|
| Data do Débito: 16/06/2025 | Código da Operação: 30424648 |
| Data da Operação: 16/06/2025 | Chave de Segurança: 3LW16K6W4YF8NP6S |

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 MOGI GUAÇU
SECRETARIA DA FAZENDA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS

Número da Nota - Série
000000000898 - E

Autenticidade
Z00A-K2T0

Data de Emissão
13/06/2025

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 - 05/2025.

Convênio 03/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

Líquido a Receber R\$ 3.270,60

| | | | |
|---|------------------------|--|--|
| PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU | | | |
| TERMO DE CONVÊNIO Nº 03/SS/2024 | | | |
| FONTES DE RECURSO | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> MUNICIPAL R\$ _____ | () FMDCA R\$ _____ | | |
| () ESTADUAL R\$ _____ | () PRÓPRIOS R\$ _____ | | |
| () FEDERAL R\$ _____ | () OUTROS R\$ _____ | | |

**CONFERE COM
O ORIGINAL**

Amanda
ASSINATURA

Processo executado por: 172.16.20.60

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

Alíquota (%)
3,0000%

Vr do ISS (R\$)
108,00

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 3.600,00



PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU
SECRETARIA DA FAZENDA

Nº da Nota - Serie
0000000898 - E

Autenticidade
Z00A-K2T0

Carta Nº 21908 anexada em 2025-06-16 16:49:17

Data de Emissão: 13/06/2025 11:35:08 Competência (Serv.): 06/2025



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

DESCRIÇÃO

Convênio correto 05/SS/2024

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

Idade: 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 Emilio Marconi
 Cnpj/CPF.: 19.047.154/0001-67
 Especialidade: Intensivista

Convênio: UTI - A
 Competência: 05/2025

| Dias da Semana | Quantidade | Referência | Valor | Valor Total |
|---------------------------|------------|------------|--------------|---------------------|
| Total de Semana dia 10 | 1 | 24 horas | R\$ 3.600,00 | R\$ 3.600,00 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| TOTAL A PAGAR | | | | R\$ 3.600,00 |


 Romildo Fontaniello
 Provedor

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 17/06/2025 às 07:53:57

Dados do Pagador

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

Dados do Recebedor

| | |
|--|-------------------------------------|
| Conta Destino: 033/3208/00013002193-8 | CPF/CNPJ: 19.047.154/0001-67 |
| Tipo Conta: 01 - Conta Corrente | Tipo Pessoa: Jurídica |
| Nome: ST - SERVICOS MEDICOS S/S LTDA | Valor: R\$ 3.270,60 |
| Finalidade: 10 - Crédito em Conta | Valor Tarifa: R\$ 12,00 |
| Histórico: | |

Informações do Pagamento

| | |
|-------------------------------------|---|
| Data do Débito: 16/06/2025 | Código da Operação: 30424658 |
| Data da Operação: 16/06/2025 | Chave de Segurança: 8FF95EKXRNY9CZRS |


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 AGUAI SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e | | | Número da NFS-e 124 | | |
| | Data e Hora da Emissão | 13/06/2025 15:55:44 | Competência | Junho/2025 | Código de Verificação | E2SH1JXGH |
| | Número do RPS / Lote | | Nº da NFS-e Substituída | | Local da Prestação | Mogi Guaçu |

Dados do Prestador de Serviço

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

Dados do Tomador de Serviço

| | | | | | |
|-------------------|---|---------------------|--|-----------|-----------------|
| Razão Social/Nome | IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MOGI GUAÇU | | | | |
| Nome Fantasia | | | | | |
| CPF/CNPJ | 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 | Qty | Valor do Serviço | Base de Cálculo (%) | ISS |
|--------|--|----------------|--------|------------------|---------------------|----------|
| 04.01 | SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS NA UTI II PELO DR IGOR CONVÊNIO 05/SS/2024 . | 50.532,0000 | 1,0000 | 50.532,0000 | 50.532,00x 2,17 | 1.096,54 |

CONFERE COM O ORIGINAL

Código do serviço

04.01 - Medicina e biomedicina.

Amanda

ASSINATURA

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\$) | Parcela | Vencimento | Tipo | Valor (R\$) |
|---------|------------|---------|-------------|---------|------------|------|-------------|---------|------------|------|-------------|
| 1 | | À vista | 50.532,00 | | | | | | | | |

| Detalhamento de Valores - Prestador dos Serviços | | Outras Retenções | | Cálculo do ISSQN devido no Município | |
|--|-----------|----------------------------------|--|--------------------------------------|-----------|
| Valor dos Serviços R\$ | 50.532,00 | Natureza Operacional | | Valor dos Serviços R\$ | 50.532,00 |
| (-) Desconto Condicionado | 0,00 | 2 - Tributação fora do município | | (-) Dedução Permitida em Lei | 0,00 |
| (-) Retenções Federais | 0,00 | Regime Especial de Tributação | | (-) Desconto Condicionado | 0,00 |
| Outras Retenções | 0,00 | ME - Microempresa | | | |
| | | Optante do Simples Nacional | | | |
| (=) ISS Retido / Substituído | | Sim | | ISS | 1.096,54 |
| (=) Valor Líquido R\$ | 50.532,00 | Incentivo a 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. Alíquota do ISS 2.17%
 Situação desta NFS-e: Normal
 Documento emitido por ME ou EPP optante pelo simples Nacional.

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\$ _____



Verificar autenticidade

Valor aproximado do tributo federal - R\$ 6.796,55 (13,45%), estadual - R\$ 0,00 (0,00%), municipal - R\$ 1.642,29 (3,25%) , com base na

DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS



Endereço: 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
CPF: 40.830.930/0001-97
Especialidade: Intensivista

Evento: UTI - B
Competência: 05/2025

| Dias da Semana | Quantidade | Referência | Valor | Valor Total |
|-------------------------|------------|------------|--------------|---------------|
| Final de Semana | 9 | 24 horas | R\$ 3.600,00 | R\$ 32.400,00 |
| Dias 03, 04, 10, 11 | | | | |
| Dias 17, 18, 24, 25, 31 | | | | |
| Semana | 1 | 24 horas | R\$ 3.400,00 | R\$ 3.400,00 |
| Dia 23 | | | | |
| Semana | 4 | 23 Horas | R\$ 3.258,00 | R\$ 13.032,00 |
| Dia 02, 09, 16, 30 | | | | |
| Final de semana | | 23 Horas | R\$ 3.450,00 | R\$ - |
| Semana | 1 | 12 Horas | R\$ 1.700,00 | R\$ 1.700,00 |
| Dia 22 | | | | |
| TOTAL A PAGAR | | | R\$ | R\$ 50.532,00 |

Romildo Fontaniello
 Provedor

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 17/06/2025 às 07:53:57

Dados do Pagador

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

Dados do Recebedor

| | |
|--|-------------------------------------|
| Conta Destino: 077/0001/00010947162-8 | CPF/CNPJ: 40.830.930/0001-97 |
| Tipo Conta: 01 - Conta Corrente | Tipo Pessoa: Jurídica |
| Nome: IGOR DANIEL ROCHA DE LIMA | Valor: R\$ 50.532,00 |
| Finalidade: 10 - Crédito em Conta | Valor Tarifa: R\$ 12,00 |
| Histórico: | |

Informações do Pagamento

| | |
|-------------------------------------|---|
| Data do Débito: 16/06/2025 | Código da Operação: 30424761 |
| Data da Operação: 16/06/2025 | Chave de Segurança: 91TPK2E3RW75YA8P |

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 LIMEIRA - SP
SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA

NÚMERO DA NOTA
00148

DATA DA EMISSÃO
16/06/2025 16:13:26
CÓDIGO VERIFICAÇÃO
250544544

SÉRIE: NFS **COMPETÊNCIA:** 16/06/2025 **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 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:

PAÍS:
BRASIL

E-MAIL:
elionora@santacasamogiguacu.org.br

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

4.01 | Medicina e biomedicina.

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

REFERENTE SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS UTI A - 05/2025
CONVÊNIO 05/SS/2025

***** FIM

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU
TERMO DE CONVÊNIO Nº 05/SS/2025
FONTES DE RECURSO

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

CONFERE COM
O ORIGINAL

Amanda
ASSINATURA

DETALHAMENTO DE VALORES

| IMPOSTOS FEDERAIS | DEDUÇÕES / DESCONTOS | VALOR DO SERVIÇO..... | R\$ 5.300,00 |
|----------------------|---------------------------------------|-------------------------------|---------------------|
| PIS..... R\$ 0,00 | Alíquota do ISS 3,43 % | Base de Cálculo..... | R\$ 5.300,00 |
| 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\$ 181,79 |
| CSLL..... R\$ 0,00 | Outras Deduções..... R\$ 0,00 | VALOR LÍQUIDO..... | R\$ 5.300,00 |

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Trib aprox R\$: 67,25 Federal e 16,25 Municipal Fonte: IBPT/empresometro.com.br 6ADA76

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 | 00148
Data da Emissão
16/06/2025 16:13:26
Código de Verificação

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

Identificação do recebedor

Data do recebimento



DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

Endereço: Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu
CNPJ: 52.739.950/0001-36
Nome Pessoa Jurídica: WS BRANDAO SERVICOS MEDICOS LTDA
Nome Pessoa Física: Windsor da Silveira Brandão Filho
CNPJ/CPF.: 50.918.436/0001-32
Atividade: Intensivista

| Dias da Semana | Quantidade | Referência | Valor | Valor Total |
|-----------------------------------|-------------------|-------------------|--------------|---------------------|
| Semana dias 15 | 1 | 12 Horas | R\$ 1.700,00 | 1.700,00 |
| Final de Semana dias 17 | 1 | 24 horas | R\$ 3.600,00 | 3.600,00 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| TOTAL A PAGAR | | | | R\$ 5.300,00 |

Romildo Fontaniello
 Provedor



2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 17/06/2025 às 07:53:57

Dados do Pagador

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

Dados do Recebedor

| | |
|---|-------------------------------------|
| Conta Destino: 748/0718/00000046488-6 | CPF/CNPJ: 50.918.436/0001-32 |
| Tipo Conta: 01 - Conta Corrente | Tipo Pessoa: Jurídica |
| Nome: WS BRANDAO SERVICOS MEDICOS LTDA | Valor: R\$ 5.300,00 |
| Finalidade: 10 - Crédito em Conta | Valor Tarifa: R\$ 12,00 |
| Histórico: | |

Informações do Pagamento

| | |
|-------------------------------------|---|
| Data do Débito: 16/06/2025 | Código da Operação: 30424763 |
| Data da Operação: 16/06/2025 | Chave de Segurança: RYTALEMVJ0237U05 |

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 LIMEIRA - SP
SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA

NÚMERO DA NOTA
00146
DATA DA EMISSÃO
13/06/2025 15:15:22
CÓDIGO VERIFICAÇÃO
A7E898664

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA

SÉRIE: NFS COMPETÊNCIA: 13/06/2025 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 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
PAÍS: BRASIL
E-MAIL: elionora@santacasamogiguacu.org.br

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

4.01 | Medicina e biomedicina.

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

REFERENTE SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS UTI B - 05/2025.

CONVÊNIO 05/SS/2024
DR. WINDSOR

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

CONFERE COM
O ORIGINAL

Amanda
ASSINATURA

FIM

DETALHAMENTO DE VALORES

| IMPOSTOS FEDERAIS | DEDUÇÕES / DESCONTOS | VALOR DO SERVIÇO..... | R\$ 14.024,98 |
|----------------------|---------------------------------------|-------------------------------|----------------------|
| PIS..... R\$ 0,00 | Alíquota do ISS 3,43 % | Base de Cálculo..... | R\$ 14.024,98 |
| 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\$ 481,06 |
| CSLL..... R\$ 0,00 | Outras Deduções..... R\$ 0,00 | VALOR LÍQUIDO..... | R\$ 14.024,98 |

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Trib aprox R\$: 67,25 Federal e 16,25 Municipal Fonte: IBPT/empresometro.com.br 6A0A76

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.

PREFEITURA MUNICIPAL DE LIMEIRA - SP
Série | Número NFS-e
NFS | 00146
Data da Emissão
13/06/2025 15:15:22
Código de Verificação
A7E898664

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


_____/_____/_____
Identificação do receptor Data do recebimento



DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

Endereço: Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu
CNPJ: 52.739.950/0001-36
Nome Pessoa Jurídica: WS BRANDAO SERVICOS MEDICOS LTDA
Nome Pessoa Física: Windsor da Silveira Brandão Filho
CNPJ/CPF.: 50.918.436/0001-32
Especialidade: Intensivista
Convênio: UTI - B
Competência: 05/2025

| Dias da Semana | Quantidade | Referência | Valor: | Valor Total |
|----------------------|------------|------------|--------------|----------------------|
| Semana | 2 | 24 horas | R\$ 3.400,00 | R\$ 6.800,00 |
| Dias 21, 28 | | | | |
| Semana | | 18 Horas | R\$ 2.550,00 | R\$ - |
| dia 30 | | | | |
| Semana | 3 | 01 Horas | R\$ 141,66 | R\$ 424,98 |
| Dias 02, 09, 16, | | | | |
| Semana | 4 | 12 Horas | R\$ 1.700,00 | R\$ 6.800,00 |
| Dias 01, 08, 13, 15 | | | | |
| TOTAL A PAGAR | | | | R\$ 14.024,98 |


Romildo Fontaniello
Provedor

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 17/06/2025 às 07:53:57

Dados do Pagador

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

Dados do Recebedor

| | |
|---|-------------------------------------|
| Conta Destino: 748/0718/00000046488-6 | CPF/CNPJ: 50.918.436/0001-32 |
| Tipo Conta: 01 - Conta Corrente | Tipo Pessoa: Jurídica |
| Nome: WS BRANDAO SERVICOS MEDICOS LTDA | Valor: R\$ 14.024,98 |
| Finalidade: 10 - Crédito em Conta | Valor Tarifa: R\$ 12,00 |
| Histórico: | |

Informações do Pagamento

| | |
|-------------------------------------|---|
| Data do Débito: 16/06/2025 | Código da Operação: 30424762 |
| Data da Operação: 16/06/2025 | Chave de Segurança: G80WM9NJUVP5JZ2R |

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
000000003040 - E

Autenticidade
Q919-HM0E

Data de Emissão
13/06/2025

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

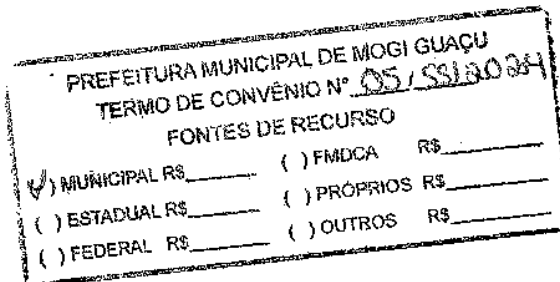
Base IRRF R\$: 24.000,00 - Vir R\$ 360,00 - Base PIS/Cofins/CSLL R\$ 24.000,00 - PIS R\$ 156,00 - Cofins R\$ 720,00 - CSLL R\$ 240,00

Valor Líquido R\$ 22.524,00

Vencimento: 13/06/2025

Convênio 05/SS/2024

FAVOR DEPOSITAR
BANCO SICREDI
AG: 0718
C/C: 63407-8



**CONFERE COM
O ORIGINAL**

Orlando
ASSINATURA

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

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

DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS



Endereçadade: Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu
 Nº: 52.739.950/0001-36
 Nome da Pessoa Jurídica: MUDENUTI E RODRIGUES SERVICOS MEDICOS SS
 Nome da Pessoa Física: Marcia R. Mudenuti Rodrigues
 Nº/CPF.: 15.131.463/0001-60
 Especialidade: Intensivista
 Convênio: UTI - A
 Competência: 05/2025

| Descrição: | Valor: | Valor Total |
|------------------------------|-------------------|------------------|
| Serviços Prestados Referente | R\$ 24.000,00 R\$ | 24.000,00 |
| Coordenação UTI A e B | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| TOTAL A PAGAR | R\$ | 24.000,00 |

Romilão Fontaniello
 Provedor

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 17/06/2025 às 07:53:57

Dados do Pagador

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

Dados do Recebedor

| | |
|---|-------------------------------------|
| Conta Destino: 748/0718/00000063407-8 | CPF/CNPJ: 15.131.463/0001-60 |
| Tipo Conta: 01 - Conta Corrente | Tipo Pessoa: Juridica |
| Nome: MUDENUTI E RODRIGUES SERVICOS MEDICOS S/ | Valor: R\$ 22.524,00 |
| Finalidade: 10 - Crédito em Conta | Valor Tarifa: R\$ 12,00 |
| Histórico: | |

Informações do Pagamento

| | |
|-------------------------------------|---|
| Data do Débito: 16/06/2025 | Código da Operação: 30424765 |
| Data da Operação: 16/06/2025 | Chave de Segurança: 4PAVTFM4XWUMK93L |

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
00000000900 - E

Autenticidade
155J-ZZY3

Data de Emissão
16/06/2025

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

ESTE DOCUMENTO SUBSTITUI A NFS e Nº 899

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Valor referente serviços médicos prestados UTI B - 05/2025.

convênio 05/SS/2024

Dr. Thyago Emílio Marconi CRM: 121615

Retenções:

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

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

Liquido a Receber R\$ 12.355,60

**CONFERE COM
O ORIGINAL**

Amanda

ASSINATURA

Processo executado por: 172.16.20.60

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

Situação de Tributação
Tributado no Tomador

Código do Serviço

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

Deduções de Materiais
0,00

Base de Cálculo (R\$)
13.600,00

Alíquota (%)
3,0000%

Vr do ISS (R\$)
408,00


VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 13.600,00

DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS



Endereço: Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu
CNPJ: 52.739.950/0001-36
Inscrição em Pessoa Jurídica: ST SERVICOS MEDICOS SS LTDA
Inscrição em Pessoa Física: Thyago Emilio Marconi
CNPJ/CPF: 19.047.154/0001-67
Especialidade: Intensivista
Local de Atendimento: UTI - B
Competência: 05/2025

| Período da Semana | Quantidade | Referência | Valor | Valor Total |
|------------------------------|------------|------------|--------------|----------------------|
| Semana das 05, 12, 19, 26 | 4 | 24 Horas | R\$ 3.400,00 | R\$ 13.600,00 |
| Total de Semana | | 24 horas | R\$ 3.600,00 | R\$ - |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| TOTAL A PAGAR | | | | R\$ 13.600,00 |


 Romildo Fontaniello
 Provedor



2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 17/06/2025 às 07:53:57

Dados do Pagador

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

Dados do Recbedor

| | |
|--|-------------------------------------|
| Conta Destino: 033/3208/00013002193-8 | CPF/CNPJ: 19.047.154/0001-67 |
| Tipo Conta: 01 - Conta Corrente | Tipo Pessoa: Jurídica |
| Nome: ST SERVICOS MEDICOS LTDA | Valor: R\$ 12.355,60 |
| Finalidade: 10 - Crédito em Conta | Valor Tarifa: R\$ 12,00 |
| Histórico: NF900 | |

Informações do Pagamento

| | |
|-------------------------------------|---|
| Data do Débito: 16/06/2025 | Código da Operação: 38089214 |
| Data da Operação: 16/06/2025 | Chave de Segurança: 3KTRZQ0PRSJTKZ51 |

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

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

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica (NFS-e)

SANTOS OLIVEIRA CLINICA MEDICA LTDA
 RUA RUA DA LIBERDADE, 58 - 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
20250000000158

Data do Serviço: **16/06/2025**
 Código Verificador: **946e22ae6**

CNPJ / CPF: **49.976.692/0001-05**
 Inscrição Estadual: ********
 Inscrição Municipal: **541264**



Prefeitura Municipal da Estância Hidromineral de Monte Alegre do Sul/SP
 Fiscalização
 Fone: (19) 3899-9120 -
<https://montealegredosul.gov.br.cloud/NFSe.Portal>

Dt. de Emissão: **16/06/2025**
 Exigibilidade ISS: **Extgível**
 Tributado no Município: **Monte Alegre do Sul/SP**

TOMADOR DO SERVIÇO

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

Monte Alegre do Sul/SP

INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO

Nome / Razão Social

 CNPJ / CPF

 Inscrição Municipal

 E-mail
 Fone
 Cidade

| DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS | VALOR TOTAL | ALIQ. | VALOR IMPOSTO | RETIDO |
|--|-------------|-------|---------------|--------|
| Serviços Prestados - Serviços Médicos UTI A - Dr. Marcelo Dos S Oliveira-CRM 240847 Convênio 05/SS/2024 Dados para recebimento BANCO SICCOOB AG: 3122 C.C: 853652-0 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p style="text-align: center;">PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUACU</p> <p style="text-align: center;">TERMO DE CONVÊNIO Nº 05 / SS/2024</p> <p style="text-align: center;">FONTES DE RECURSO</p> <p> <input checked="" type="checkbox"/> MUNICIPAL R\$ _____ () FMDCA R\$ _____ <input type="checkbox"/> ESTADUAL R\$ _____ () PRÓPRIOS R\$ _____ <input type="checkbox"/> FEDERAL R\$ _____ () OUTROS R\$ _____ </p> </div> | 7,000,00 | 2,00 | 140,00 | Não |
| Código do Serviço 04.01 - Medicina e biomedicina. CIDE 0,00 COFINS 210,00 COFINS Importação 0,00 ICMS 0,00 IOF 0,00 IPI 0,00 PIS/PASEP 45,50 PIS/PASEP Importação 0,00 Base Cálculo ISSQN Próprio 7.000,00 Valor da ISSQN Próprio 140,00 Base Cálculo ISSQN Retido 0,00 Valor do ISSQN Retido 0,00 Valor Total do ISSQN 140,00 Valor Dedução/Descontos 0,00 Valor Total da NFS-e 7.000,00 Valor Líquido da NFS-e 6.569,50 | | | | |

Informações Adicionais
 Lei 12741/2012: Mun: R\$227,50; Est: R\$0,00; Fed: R\$941,50; Total Aprox: R\$1169,00. Fonte: IPTU.
 IR Retido: R\$105,00
 Retenções: COFINS R\$ 210,00;PIS R\$ 45,50;CSLL R\$ 70,00;

O ORIGINAL

Amanda



Consulta realizada em 16/06/2025 às 15:43:04
ASSINATURA
 Para consultar a autenticidade acesse: <https://montealegredosul.gov.br.cloud/NFSe.Portal>



20250000000158946e22ae649976692000105

| | | |
|---|---|---|
| Recebi(emos) de SANTOS OLIVEIRA CLINICA MEDICA LTDA os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado. _____ Data | Identificação e assinatura do receptor _____ _____ _____ | Número da NFS-e 20250000000158 Competência 16/06/2025 NFS-e 946e22ae6 Número de Controle do Município |
|---|---|---|

Consulta realizada em 16/06/2025 às 15:43:04.



DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

Endereço: Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu
PJ: 52.739.950/0001-36
Nome Pessoa Jurídica: SANTOS OLIVEIRA CLINICA MEDICA LTDA
Nome Pessoa Física: Marcelo dos Santos
PJ/CPF: 49.976.692/0001-05
Especialidade: Intensivista

Convênio: UTI - A
Competência: 05/2025

| Dias da Semana | Quantidade | Referência | Valor | Valor Total |
|----------------------|------------|------------|--------------|---------------------|
| Semana | 1 | 24 horas | R\$ 3.400,00 | R\$ 3.400,00 |
| Dia 30 | | | | |
| Total de Semana | 1 | 24 horas | R\$ 3.600,00 | R\$ 3.600,00 |
| Dia 24 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| TOTAL A PAGAR | | | | R\$ 7.000,00 |


 Romildo Fontaniello
 Provedor

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 17/06/2025 às 07:53:57

Dados do Pagador

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

Dados do Recebedor

| | |
|--|-------------------------------------|
| Conta Destino: 756/3122/00000853652-0 | CPF/CNPJ: 49.976.692/0001-05 |
| Tipo Conta: 01 - Conta Corrente | Tipo Pessoa: Jurídica |
| Nome: SANTOS OLIVEIRA CLINICA MEDICA | Valor: R\$ 6.569,50 |
| Finalidade: 10 - Crédito em Conta | Valor Tarifa: R\$ 12,00 |
| Histórico: NF158 | |

Informações do Pagamento

| | |
|-------------------------------------|---|
| Data do Débito: 16/06/2025 | Código da Operação: 37967812 |
| Data da Operação: 16/06/2025 | Chave de Segurança: Y2M7LK3Q36YS9W23 |

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
000000269 - E

Autenticidade
JXSQ-KCT9

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFSe

Data de Emissão: **16/06/2025 16:19:55**
Competência (Serv.): **06/2025**



PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social.: **FRONTMED DO BRASIL ASSISTENCIA MEDICA LTDA**
Nome Fantasia: **FRONTMED 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@dglnet.com.br**

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

SERVIÇOS MÉDICO PRESTADOS NA UTI A MAIO/2025
DR. VALDIR SEKSENIAN - CRM/SP Nº 57.633
VALORR\$ 25.500,00
(-) IR-FONTE - 1,5%.....R\$ 382,50
(-) ISSQN = 3%R\$ 765,00
(-) CSLL/PIS/COFINS = 4,65%.....R\$ 1.185,75
(=) Valor LíquidoR\$ 23.166,75
CONVÊNIO 05/SS/2024
Dispensa de retenção para Seguridade Social, conf. artigo 115, inciso III, parágrafo 3º - IN Nº 2.110/2022
Pix: 06.145.252/0001-95

**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\$ _____

Armanda
ASSINATURA

Processo executado por: 172.16.20.60
Consulte a autenticidade desta Nota Fiscal através do site:
mogimirim.sigiss.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\$) |
|----------------|---------------|-----------|--------------|------------|-----------------------|
| 0,00 | 382,50 | 165,75 | 765,00 | 255,00 | 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 |
|-------------|----------|-----------------|----------|--------------|---------------|
| 25.500,00 | 0,00 | 25.500,00 | 3,0000% | 765,00 | 23.166,75 |




DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

Idade: Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu
PJ: 52.739.950/0001-36
Pessoa Jurídica: PRONTMED DO BRASIL ASSITENCIA MEDICA SS
Pessoa Física: Valdir Seksenian
CPF: 06.145.252/0001-95
Especialidade: Intensivista

Convênio: UTI - A
Competência: 05/2025

| Dias da Semana | Quantidade | Referência | Valor | Valor Total |
|-------------------------|------------|------------|--------------|---------------|
| Semana | 5 | 24 Horas | R\$ 3.400,00 | R\$ 17.000,00 |
| dias 06, 13, 16, 20, 27 | | | | |
| Semana | 5 | 12 Horas | R\$ 1.700,00 | R\$ 8.500,00 |
| dias 01, 08, 15, 22, 29 | | | | |
| TOTAL A PAGAR | | | | R\$ 25.500,00 |


Romildo Fontaniello
Provedor

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 17/06/2025 às 07:53:57

Dados do Pagador

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

Dados do Recebedor

| | |
|--|-------------------------------------|
| Conta Destino: 748/0718/00000081388-3 | CPE/CNPJ: 06.145.252/0001-95 |
| Tipo Conta: 01 - Conta Corrente | Tipo Pessoa: Jurídica |
| Nome: PRONTMED DO BRASIL ASSISTENCIA MEDICA | Valor: R\$ 23.166,75 |
| Finalidade: 10 - Crédito em Conta | Valor Tarifa: R\$ 12,00 |
| Histórico: NF269 | |

Informações do Pagamento

| | |
|-------------------------------------|---|
| Data do Débito: 16/06/2025 | Código da Operação: 39692374 |
| Data da Operação: 16/06/2025 | Chave de Segurança: F1JKVQ5T18MV2TEQ |

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

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



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



Número da NFS-e
432
Código de Verificação de Autenticidade
FHGYR0TC7
Data e Hora de Emissão da NFS-e
18/06/2025 às 15:58:48
Chave de Acesso
 615430FUVJT4H0WQL8BH1CH91T5N8C2

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

| Informações Fiscais | | | | |
|--|------------------------------------|--|---|-------------|
| Exigibilidade do ISS Exigível | Número do Processo | Município de Incidência do ISS JACUTINGA-MG | Local da Prestação JACUTINGA - MG | |
| Número do RPS | Série do RPS | Tipo do RPS | Data do RPS 18/06/2025 | Competência |
| Optante Simples Nacional 2 - Não | Incentivo Fiscal 2 - Não | Regime Especial Tributação Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP) 04 - Fixo | Tipo ISS | |

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

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

| Discriminação dos Serviços | | | | |
|----------------------------|------------|---|---------------|------------|
| Qtde. | Un. Medida | Descrição | Vir. Unitário | T |
| 1,00 | UN | Referente serviços médicos prestados Plantões 05/2025 Convênio numero 03/SS/2024 | 15.300,00 | R\$ 15.300 |

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

Amanda
 ASSINATURA

| Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS | | | | Construção Civil | |
|---|--|---|---|---------------------------------|--|
| LC 116/2003: 04.01 | Aliquota 0,00% | Atividade Município 0000040000024 | Código CNAE | Código da Obra | Código ART |
| Medicina e biomedicina | | | | | |
| Valor Total dos Serviços R\$ 15.300,00 | Desconto incondicionado R\$ 0,00 | Deduções Base Cálculo R\$ 0,00 | Base de Cálculo R\$ 15.300,00 | Total do ISS R\$ 0,00 | ISS Retido 2 - Não |
| | | | | | Desconto Condicionado R\$ 0,00 |

| Retenções de Impostos | | | | | | |
|---|---|-------------------------|---|---|-------------------------------------|--|
| PIS (15.300,00 x 0,65%) R\$ 99,45 | COFINS (15.300,00 x 3,00%) R\$ 459,00 | INSS R\$ 0,00 | IRRF (15.300,00 x 1,50%) R\$ 229,50 | CSLL (15.300,00 x 1,00%) R\$ 153,00 | Outras Retenções R\$ 0,00 | |

Valor Líquido da NFS-e: **R\$ 14.359,05** Val. Aprox. Trib: _____

Informações Complementares

PGTO PARCIAL
 CONVÊNIO Nº 05/SS/2024
 VALOR PGTO: R\$ 4.307,30

RECEBI(EMOS) DE **LUCIA SERVIÇOS MÉDICOS LTDA** O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO **432** E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO **FHGYR0TC7**.

Data: _____ 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: **05/2025**

| Dias da Semana | Quantidade | Referência | Valor | Valor Total |
|-------------------------|------------|------------|--------------|---------------|
| Semana | 9 | 12 Horas | R\$ 1.700,00 | R\$ 15.300,00 |
| Dias 07, 14, 16, 21, 29 | | | | |
| Final de Semana | | 12 Horas | R\$ 1.800,00 | R\$ - |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| TOTAL A PAGAR | | | | R\$ 15.300,00 |


Romildo Fontaniello
Provedor

02/07/2025

GERENCIADOR
CAIXA



Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

Detalhes do pagamento

ID da transação: E00360305202506241446b86130336b6
Situação: EFETIVADA **Data e Hora:** 24/06/2025 às 15:35:39
Valor Original: R\$ 4.307,72 **Valor Atualizado:** R\$ 4.307,72 **Tarifa:** R\$ 8,50
Detalhes: NF432

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: 48716584258
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 DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE SALTO
SECRETARIA DE FINANÇAS
NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e

Número da
NFS-e
59



| | | | | | |
|------------------------|---------------------|-------------------------|-----------|-----------------------|-----------------|
| Data e Hora de Emissão | 24/06/2025 07:28:29 | Competência | 24/6/2025 | Código de Verificação | YLCEIS2WF |
| Número do RPS | | Nº da NFS-e substituída | | Local de Prestação | MOGI GUACU - SP |

| | | | | | |
|-------------------|---|---------------------|--------|-----------|-----------------------|
| 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 |

| | | | | | |
|-------------------|---|---------------------|--|-----------|-----------------|
| 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 | |

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS NA CLÍNICA MÉDICA DO MÊS DE MAIO/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 03/SS/2024

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

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

O ORIGINAL

ASSINATURA Nº 863050300 - ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL RESTRITA A CONSULTAS

| | | | |
|----------------|--|------------|--|
| Código da Obra | | Código ART | |
| PIS | | COFINS | |
| IR(R\$) | | INSS(R\$) | |
| CSLL(R\$) | | | |

| | | | | |
|-----------------------------|--------|----------------------------|--------------------------------|-----------------|
| Valor dos Serviços - R\$ | 900,00 | Natureza Operação | Valor dos Serviços - R\$ | 900,00 |
| (-) 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 | 900,00 |
| Outras Retenções | | Opção Simples Nacional | (X) Alíquota % | 2,17 |
| (-) ISS Retido | 0,00 | 1 - Sim | ISS a ratear | () Sim (X) Não |
| (-) Valor líquido - R\$ | 900,00 | Incentivos Cultura | (-) Valor do ISS - R\$ | 0,00 |
| | | 2-Não | | |

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.

**DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS**Entidade: **Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu**CNPJ: **52.739.950/0001-36**Nome Pessoa Jurídica: **PRISCILLA FRASIER ABREU SERVICOS MEDICOS LTDA**Nome Pessoa Física: **PRISCILLA FRASIER ABREU**CNPJ/CPF.: **50.918.337/0001-50**Especialidade: **Clinico**Convênio: **PLANTÕES**Competência: **05/2025**

| Dias da Semana | Quantidade | Referência | Valor | Valor Total |
|----------------------|------------|------------|--------------|-------------------|
| Final de semana | | 12 Horas | R\$ 1.800,00 | R\$ - |
| Semana | | 12 Horas | R\$ 1.700,00 | R\$ - |
| Final de semana | 1 | 06 Horas | R\$ 900,00 | R\$ 900,00 |
| Semana | | 06 Horas | R\$ 850,00 | R\$ - |
| TOTAL A PAGAR | | | | R\$ 900,00 |


Romildo Fontaniello
Provedor

02/07/2025

GERENCIADOR
CAIXA



Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

Detalhes do pagamento

ID da transação: E003603052025062415002f28531eaa8
Situação: EFETIVADA **Data e Hora:** 24/06/2025 às 15:36:16
Valor Original: R\$ 270,00 **Valor Atualizado:** R\$ 270,00 **Tarifa:** R\$ 2,40
Detalhes: NF59

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: 48716614850
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

431

Código de Verificação de Autenticidade

H58RVMF1A

Data e Hora de Emissão da NFS-e

18/06/2025 às 15:06:46

Chave de Acesso

615409VB3BB9VNZABV662K8SNJPTUFS

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

Informações Fiscais

| | | | |
|----------------------------------|-------------------------------------|--|---|
| Exigibilidade do ISS Exigível | Número do Processo | Município de Incidência do ISS JACUTINGA-MG | Local da Prestação JACUTINGA - MG |
| Número do RPS | Série do RPS | Tipo do RPS | Data do RPS 18/06/2025 |
| Competência | Optante Simples Nacional 2 - Não | Incentivo Fiscal 2 - Não | Regime Especial Tributação Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP) |
| Tipo ISS 04 - Fixo | | | |

PRESTADOR DE SERVIÇOS

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

ADQUIRIDOR DE SERVIÇOS

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

Discriminação dos Serviços

| Qtd. | Un. Medida | Descrição | Vir. Unitário | Tot |
|------|------------|--|---------------|--------------|
| 1,00 | UN | Serviços prestados referente coordenação/maternidade 05/2025. 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\$ _____

CONFERE COM
O ORIGINAL

Amanda
ASSINATURA

Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS

| | | | | | |
|--------------------------|-------------------------|-----------------------|-----------------|----------------|-----------------------|
| LC 116/2003: 04.01 | Alíquota | Atividade Município | Código CNAE | Código da Obra | Código ART |
| Medicina e biomédicina | 0,00% | 0000040000024 | | | |
| Valor Total dos Serviços | Desconto Incondicionado | Deduções Base Cálculo | Base de Cálculo | Total do ISS | ISS Retido |
| R\$ 5.000,00 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 5.000,00 | R\$ 0,00 | 2 - Não |
| | | | | | Desconto Condicionado |
| | | | | | R\$ 0,00 |

Retenções de Impostos

| | | | | | |
|------------------------|---------------------------|----------|-------------------------|-------------------------|------------------|
| PIS (5.000,00 x 0,65%) | COFINS (5.000,00 x 3,00%) | INSS | IRRF (5.000,00 x 1,50%) | CSLL (5.000,00 x 1,00%) | Outras Retenções |
| R\$ 32,50 | R\$ 150,00 | R\$ 0,00 | R\$ 75,00 | R\$ 50,00 | R\$ 0,00 |

Valor Líquido da NFS-e: R\$ 4.692,50

Val. Aprox. Tribut

Informações Complementares

PGTO PARCIAL
 CONVÊNIO Nº 05/SS/2024
 VALOR PGTO: R\$ 1.408,75

RECEB(EMOS) DE LUCIA SERVIÇOS MÉDICOS LTDA O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO 431 E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO H58RVMF1A.

Data

CPF/RG

Assinatura

DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS



Endereço: Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu

CNPJ: 52.739.950/0001-36

Nome Pessoa Jurídica:

Nome Pessoa Física:

CNPJ/CPF.:

Especialidade:

LUCIA SERVICOS MEDICOS LTDA

Dra. Lucia Meira Pereira Rocha

33.504.476/0001-19

Ginecologista/Obstetra

Objeto: ASSESSORIA/COORDENÇÃO

Competência: 05/2025

| Descrição | Referência | Valor | Valor Total |
|---|------------|--------------|---------------------|
| Serviços Prestados Coordenação/Maternidade | Mensal | R\$ 5.000,00 | R\$ 5.000,00 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| TOTAL A PAGAR | | | R\$ 5.000,00 |

Romildo Fontaniello
Provedor

02/07/2025

GERENCIADOR
CAIXA



Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

Detalhes do pagamento

ID da transação: E0036030520250624134151e688c5006
Situação: EFETIVADA **Data e Hora:** 24/06/2025 às 15:36:51
Valor Original: R\$ 1.407,75 **Valor Atualizado:** R\$ 1.407,75 **Tarifa:** R\$ 8,50
Detalhes: NF431

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: 48716647714
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
0000000200 - E

Autenticidade
VXKN-B55N

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

Data de Emissão: **23/06/2025 12:58:55**
Competência (Serv.): **06/2025**



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:13806016**
Município.....: **Mogi Mirim** UF: **SP** Email: **corfe.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,608 - CEP : 13840005, CENTRO**
Município.....: **Mogi Guaçu** UF: **SP**
Email.....: **santacasamogiguacu@dglnet.com.br**

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Referente aos serviços prestados - Ambulatório 05/2025
Convênio numero 03/SS/2024
Dr. Pedro Cristino Cortes
Dados Bancários:
Agencia 0718
Conta 15252-1

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

PGTO PARCIAL
CONVÊNIO nº 05/SS/2024
VALOR PGTO: R\$ 957,07

CONFERE COM
O ORIGINAL

Amanda
ASSINATURA

Processo executado por: 172.16.20.60

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

Situação de Tributação

Tributada no Prestador
Tributada em Mogi Mirim.

Código do Serviço
401 - Medicina e biomedicina.

| I.N.S.S. (R\$) | I.RENDA (R\$) | PIS (R\$) | COFINS (R\$) | CSLL (R\$) | OUTRAS DEDUÇÕES (R\$) |
|----------------|---------------|-----------|--------------|------------|-----------------------|
| 0,00 | 51,00 | 22,10 | 102,00 | 34,00 | 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 |
|-------------|----------|-----------------|----------|--------------|---------------|
| 3.400,00 | 0,00 | 3.400,00 | 3,0000% | 102,00 | 3.190,90 |

DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS



Endereç: Irm. Santa Casa de Mís. Mogi Guaçu
 CEP: 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

Local: AMBULATÓRIO
 Período: 05/2025

| Dias da Semana | Quantidade | Referência | Valor | Valor Total |
|----------------------|------------|------------|--------------|---------------------|
| Semana | 2 | 12 Horas | R\$ 1.700,00 | R\$ 3.400,00 |
| Dia 05, 26 | | | | |
| Final de Semana | | 12 horas | R\$ 1.800,00 | R\$ - |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| TOTAL A PAGAR | | | | R\$ 3.400,00 |

Assinatura: Tomilda Fontaniello
 Provedor



2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/07/2025 às 13:57:29

Dados do Pagador

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

Dados do Recebedor

| | |
|--|-------------------------------------|
| Conta Destino: 748/0718/00000015252-1 | CPF/CNPJ: 37.542.325/0001-06 |
| Tipo Conta: 01 - Conta Corrente | Tipo Pessoa: Jurídica |
| Nome: CRISTINO E CORTES SERV MEDICOS LTDA | Valor: R\$ 957,27 |
| Finalidade: 10 - Crédito em Conta | Valor Tarifa: R\$ 12,00 |
| Histórico: | |

Informações do Pagamento

| | |
|-------------------------------------|---|
| Data do Débito: 24/06/2025 | Código da Operação: 71773202 |
| Data da Operação: 24/06/2025 | Chave de Segurança: TX9LHKN92WTP4CMV |

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
00000000188 - E
 Autenticidade
FCTQ-8BT9
 Data de Emissão
19/06/2025

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: ALVES JUNIOR SERVICOS MEDICOS LTDA
CPF/CNPJ: 48.493.767/0001-26 **IM:** 326668 **IE:** **Fone:** 19 3861-2800
Endereço: RUA ALAGOAS,134 SALA 02,JD CENTENÁRIO - CEP : 13845237
Município: Mogi Guaçu **UF:** SP **E-mail:** alvesjuniorservmedicos2022@gmail.com

TOMADOR DE SERVIÇOS

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

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Honorários médicos prestados pelo Dr Delvo Candido Alves Junior, CRM 123387.Plantões 05/2025. Convênio número 03/SS/2024.

Valor Bruto.....13.600,00
 Irenda fonte 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 N° 05/SS/2024
 FONTES DE RECURSO
 MUNICIPAL R\$ _____ FMDCA R\$ _____
 ESTADUAL R\$ _____ PRÓPRIOS R\$ _____
 FEDERAL R\$ _____ OUTROS R\$ _____

CONFERE COM O ORIGINAL

Conta para depósito
 Banco Sicoob -756
 Agencia 3122
 C/C 856804-9
 Pix : 38-9 99923550

PGTO PARCIAL

CONVÊNIO n° 05/SS / 2024
 VALOR PGTO: R\$ 3.706,68

Amanda
ASSINATURA

"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."

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

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: ALVES JUNIOR SERVICOS MEDICOS LTDA

Nome Pessoa Física: Delvo Candido Alves Junior

CNPJ/CPF.: 48.493.767/0001-26

Especialidade: Ortopedista

Competência: 05/2025

| Dias da Semana | Quantidade | Referência | Valor | Valor Total |
|------------------------|------------|------------|--------------|---------------|
| Semana | 4 | 24 Horas | R\$ 3.400,00 | R\$ 13.600,00 |
| Dias 07, 14, 21, 28 | | | | |
| Final de semana | | 24 Horas | R\$ 3.600,00 | R\$ - |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| TOTAL A PAGAR | | | | |

Romildo Fontaniello
Provedor

02/07/2025

GERENCIADOR
CAIXA



Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

Detalhes do pagamento

ID da transação: E0036030520250624162104a0d8649b4
Situação: EFETIVADA **Data e Hora:** 24/06/2025 às 15:38:43
Valor Original: R\$ 3.706,68 **Valor Atualizado:** R\$ 3.706,68 **Tarifa:** R\$ 8,50
Detalhes: NF188

Origem

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

Destino

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

Código da operação: 48716741822
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
246
Código de Verificação de Autenticidade
P2K1TZO4Y
Data e Hora de Emissão da NFS-e
18/06/2025 às 18:39:29
Chave de Acesso
 737677R05TAM5EL11A35VPIP4OPIZ080

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

Informações Fiscais

| | | | |
|--|------------------------------------|---|--|
| Exigibilidade do ISS Exigível | Número do Processo | Município de Incidência do ISS AGUAS DE LINDOIA-SP | Local da Prestação AGUAS DE LINDOIA - SP |
| Número do RPS | Série do RPS | Tipo do RPS | Data do RPS 18/06/2025 |
| Optante Simples Nacional 1 - Sim | Incentivo Fiscal 2 - Não | Regime Especial Tributação Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP) 03 - Sobre Faturamento | Tipo ISS |

PRESTADOR DE SERVIÇOS

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

TOMADOR DE SERVIÇOS

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

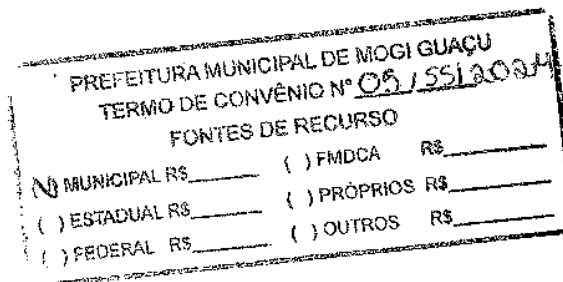
Descrição dos Serviços

| Qtd. | Un. Medida | Descrição | Vlr. Unitário | To |
|------|------------|--|---------------|---------------|
| 1,00 | UN | SERVIÇOS PRESTADOS REFERENTE 05/2025 CONVÊNIO 03/SS/2024 | 14.000,00 | R\$ 14.000,00 |

**CONFERE COM
O ORIGINAL**

Amanda

ASSINATURA



Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS

| | | | | | |
|--|-------------------------|-----------------------|----------------------|-------------------|----------------|
| LC 116/2003: 04.03 | Alíquota | Atividade Município | Código CNAE | Código da Obra | Código ART |
| Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, am... | 2,6894% | 0000040000003 | | | |
| Valor Total dos Serviços | Desconto Incondicionado | Deduções Base Cálculo | Base de Cálculo | Total do ISS | ISS Retido |
| R\$ 14.000,00 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 14.000,00 | R\$ 373,72 | 2 - Não |

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\$ 14.000,00**

Val. Aprox. Tribut

Informações Complementares

Conta PJ - NUBANK
 Banco: 0260
 Agência: 0001
 Conta: 708689818-6
 PIX CNPJ:36.599.034/0001-91

PGTO PARCIAL
CONVÊNIO nº 05/SS / 2024
VALOR PGTO: R\$ 4200,00



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: 05/2025

| Dias da Semana | Quantidade | Referência | Valor | Valor Total |
|----------------------|------------|------------|--------------|---------------|
| Semana | 4 | 12 Horas | R\$ 1.700,00 | R\$ 6.800,00 |
| Dia 14, 28, 09, 23 | | | | |
| Final de Semana | 4 | 12 Horas | R\$ 1.800,00 | R\$ 7.200,00 |
| Dias 11, 25 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| TOTAL A PAGAR | | | | R\$ 14.000,00 |

Romildo Fontaniello

Provedor

02/07/2025

GERENCIADOR
CAIXA



Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

Detalhes do pagamento

ID da transação: E0036030520250624163598393ea3418
Situação: EFETIVADA **Data e Hora:** 24/06/2025 às 15:39:06
Valor Original: R\$ 4.200,00 **Valor Atualizado:** R\$ 4.200,00 **Tarifa:** R\$ 8,50
Detalhes: NF246

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: 48716754221
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

| | | | |
|---|--|---------------------------|---|
| FAST MED - SERVICOS MEDICOS FAST MED SERVICOS MEDICOS LTDA CNPJ: 34.317.088/0001-91 I. Mun.: 55048 I. Est.: Telefone: (19) 3458-1885 R GABRIEL PEREIRA DE BRITO, 58 - SALA 01 - JARDIM DONA REGINA Santa Barbara D'Oeste - SP CEP: 13455703 E-mail: fiscal@fiezacontabilidade.com.br | NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO | NÚMERO 00000023 | SÉRIE NFS |
| | CÓDIGO DE AUTENTICIDADE 046427088000132408000010030015291834310237 | |  |

Consulte a Autenticidade em: santabarbara.sigissweb.com

REMETENTE / DESTINATÁRIO

| | | | |
|--|---|---|--------------------|
| NOME / RAZÃO SOCIAL IRM. STA. CASA DE MIS. DE MOGI GUAÇU | C.N.P.J. / C.P.F. 52.739.950/0001-38 | INS. MUNICIPAL ISENTO | INSCRIÇÃO ESTADUAL |
| ENDEREÇO RUA: CHICO DE PAULA, 608, 608 | BAIRRO / DISTRITO CENTRO | MUNICÍPIO Mogi Guaçu | UF SP |
| CEP 13840-005 | TELEFONE / FAX | E-MAIL tatiana@santamogiguacu.org.br | |

DATA EMISSÃO

FORMA DE PAGAMENTO

23/06/2025

DESCRIÇÃO DO(S) SERVIÇO(S).

PRESTAÇÃO DE SERVIÇO REFERENTE Plantões 05/2025
 Convênio numero 03/SS/2024
 BANCO: ITAU UNIBANCO(341)
 AGENCIA: 0672
 NUMERO DA CONTA: 99145-2
 CHAVE PIX: 34317088000191

**CONFERE COM
O ORIGINAL**

Amanda
ASSINATURA

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

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

PGTO PARCIAL
 CONVÊNIO nº 05/SS/2024
 VALOR PGTO: R\$ 1590,00

CLASSIFICAÇÃO DO SERVIÇO

4.01 - Medicina e biomedicina.

| | |
|--|---|
| VALOR POR EXTENSO cinco mil, trezentos reais | VALOR BRUTO DA NOTA FISCAL R\$ 5.300,00 |
| INSTRUÇÃO DE RETENÇÃO DO ISS O ISS NÃO DEVE SER RETIDO | DEDUÇÕES R\$ 0,00 |
| ALIQUOTA ISS(%) - | VALOR DO(S) SERVIÇO(S) R\$ 5.300,00 |
| VALOR I.S.S. Apuração PGDAS-D | VALOR LÍQUIDO A RECEBER R\$ 5.300,00 |

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Nota Fiscal Eletrônica Autorizada pelo Decreto nº 6424 de 04 de Novembro de 2014
 Empresa Optante pelo Simples Nacional, conforme Lei Federal Complementar nº 123 de 14/12/2006.
 Conf. Lei Federal 12741/12 a Carga Tributária Aproximada desta NF é de 13,45% Federal (IBPT) e de 3,25% Municipal, perfazendo o valor de R\$ 885,10



DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

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

CNPJ: **52.739.950/0001-36**

Nome Pessoa Jurídica: **FAST MED SERVIOS MEDICOS LTDA**

Nome Pessoa Física: **Jaqueline Lima Delgadillo**

CNPJ/CPF.: **34.317.088/0001-91**

Especialidade: **Obstetra**

Convênio: **PLANTÕES**

Competência: **05/2025**

| Dias da Semana | Quantidade | Referência | Valor | Valor Total |
|------------------------|------------|-----------------|---------------------|---------------------|
| Final de Semana | 2 | 12 Horas | R\$ 1.800,00 | R\$ 3.600,00 |
| Dia 18, | | | | |
| Semana | 1 | 12 Horas | R\$ 1.700,00 | R\$ 1.700,00 |
| Dia 30 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| TOTAL A PAGAR | | | | R\$ 5.300,00 |


 Romildo Fontaniello
 Provedor

02/07/2025

GERENCIADOR
CAIXA



Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

Detalhes do pagamento

ID da transação: E00360305202506241636ad1fealc668
Situação: EFETIVADA **Data e Hora:** 24/06/2025 às 15:39:47
Valor Original: R\$ 1.590,00 **Valor Atualizado:** R\$ 1.590,00 **Tarifa:** R\$ 8,50
Detalhes: NF23

Origem

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

Destino

Nome: FAST MED SERVICOS MEDICOS LTDA
CNPJ: 34.317.088/0001-91
Instituição: ITAÚ UNIBANCO S.A.
Chave Pix: 34317088000191

Código da operação: 48716800160
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
00000000016 - 1

Autenticidade
F2MB-4N3B

Data de Emissão
18/06/2025

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 Plantões 05/2025 prestados pela Dra. Luciana Sagan Batista de Souza em Maio de 2025 - Convênio numero 03/SS/2024.

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

| | |
|---|---|
| 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

Luciana Sagan
ASSINATURA

PGTO PARCIAL

CONVÊNIO Nº 05/SS/2024

VALOR PGTO: R\$ 1.590,00

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 0,00 | Base de Cálculo (R\$) 5.300,00 | Aliquota (%) 2,010% | Valor do ISS (R\$) 106,53 | |

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 5.300,00



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: 05/2025

| Dias da Semana | Quantidade | Referência | Valor | Valor Total |
|----------------------|------------|------------|--------------|---------------------|
| Final de Semana | 2 | 12 Horas | R\$ 1.800,00 | R\$ 3.600,00 |
| Dia 17 | | | | |
| Semana | 1 | 12 Horas | R\$ 1.700,00 | R\$ 1.700,00 |
| Dia 21 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| TOTAL A PAGAR | | | | R\$ 5.300,00 |

Romildo Fontaniello

Provedor

02/07/2025

GERENCIADOR
CAIXA



Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

Detalhes do pagamento

ID da transação: E00360305202506241637a83367b0b65
Situação: EFETIVADA **Data e Hora:** 24/06/2025 às 15:40:34
Valor Original: R\$ 1.590,00 **Valor Atualizado:** R\$ 1.590,00 **Tarifa:** R\$ 8,50
Detalhes: NF16

Origem

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

Destino

Nome: SAGAN E HENRIQUES SERVIÇOS MEDICOS LTDA
CNPJ: 59.316.055/0001-58
Instituição: CORA SCD S.A.
Chave Pix: 59316055000158

Código da operação: 48716837509
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
000000002030 - E

Autenticidade
4HG7-26R1

Data de Emissão
19/06/2025

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 03/SS/2024. Plantões 05/2025.

Valor Bruto.....8.800,00
 Imposto renda 132,00
 Pis 57,20
 Cofins 264,00
 CstII 88,00
 Valor Líquido.....8.258,80

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

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

"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

CONFERE COM O ORIGINAL

CONVÊNIO nº 05/SS / 2024
VALOR PGTO: R\$ 2477,64

Armando

Processo executado por: 172.16.20.60
Consulte a autenticidade desta Nota Fiscal através do site: <http://www.mogiguacu.sp.gov.br>
Valor aprox. dos tributos (Lei nº 12.741/2012):
R\$ 1.261,04 - Aliq: 14,33%

ASSINATURA

Situação de Tributação
 Tributada no Prestador

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

| | | | |
|--------------------------------------|--|--------------------------|-----------------------------|
| Deduções de Materiais 0,00 | Base de Cálculo (R\$) 8.800,00 | Aliquota (%) - | Vr do ISS (R\$) - |
|--------------------------------------|--|--------------------------|-----------------------------|

VAI OR TOTAL DA NOTA = R\$ 8.800.00



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: 05/2025

| Dias da Semana | Quantidade | Referência | Valor | Valor Total |
|---|------------|------------|------------|--------------|
| Semana/Final de semana | 11 | 24 Horas | R\$ 800,00 | R\$ 8.800,00 |
| Dias 01, 02, 03, 04, 12, 13 14, 15, 16, 17, 18 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| TOTAL A PAGAR | | | | R\$ 8.800,00 |


Romildo Fontaniello
Provedor



2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/07/2025 às 13:57:29

Dados do Pagador

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

Dados do Recebedor

| | |
|--|-------------------------------------|
| Conta Destino: 001/1172/00000027081-4 | CPF/CNPJ: 07.672.539/0001-36 |
| Tipo Conta: 01 - Conta Corrente | Tipo Pessoa: Jurídica |
| Nome: BARZON SERVICOS MEDICOS LTDA | Valor: R\$ 2.477,64 |
| Finalidade: 10 - Crédito em Conta | Valor Tarifa: R\$ 12,00 |
| Histórico: | |

Informações do Pagamento

| | |
|-------------------------------------|---|
| Data do Débito: 24/06/2025 | Código da Operação: 72906611 |
| Data da Operação: 24/06/2025 | Chave de Segurança: HKEALGQNGLJM3Z36 |

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 ITAPIRA
SECRETARIA MUNICIPAL DE NEGÓCIOS DA FAZENDA
FISCALIZAÇÃO TRIBUTÁRIA

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

Número da Nota - Série
000000000159 - 1

Autenticidade
6PUY-V05Z

Data de Emissão
23/06/2025

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

ESTE DOCUMENTO SUBSTITUI A NFS-e Nº 157

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

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

Convênio numero 03/SS/2024
Valor: R\$31.250,00

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 Nº <u>03/SS/2024</u> | | | |
| FONTES DE RECURSO | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> MUNICIPAL R\$ _____ | <input type="checkbox"/> FMDCA R\$ _____ | | |
| <input type="checkbox"/> ESTADUAL R\$ _____ | <input type="checkbox"/> PRÓPRIOS R\$ _____ | | |
| <input type="checkbox"/> FEDERAL R\$ _____ | <input type="checkbox"/> OUTROS R\$ _____ | | |

PGTO PARCIAL
CONVÊNIO Nº 03/SS/2024
VALOR PGTO: R\$ 9375,00

**CONFERE COM
O ORIGINAL**

Amanda

ASSINATURA

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

Processo executado por: 172.16.20.60

Consulte a autenticidade desta Nota Fiscal através
do site: <http://www.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\$) 0,00 | I.RENDA (R\$) 0,00 | PIS (R\$) 0,00 | COFINS (R\$) 0,00 | CSLL (R\$) 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\$) 31.250,00 | Aliquota (%) 3,620% | Valor do ISS (R\$) 1.131,25 | |

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 31.250,00

**DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS**

Entidade: Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu

CNPJ: 52.739.950/0001-36

Nome Pessoa Jurídica: MAGALHAES RL MEDICAL LTDA

Nome Pessoa Física: Cesar de Magalhães Rocha Leonello

CNPJ/CPF.: 50.317.987/0001-40

Especialidade: Clínico

Convênio: PLANTÕES

Competência: 05/2025

| Dias da Semana | Quantidade | Referência | Valor | Valor Total |
|--------------------------------|------------|------------|--------------|---------------|
| Semana | 1 | 06 Horas | R\$ 850,00 | R\$ 850,00 |
| Dia 26 | | | | |
| Semana | 11 | 12 Horas | R\$ 1.700,00 | R\$ 18.700,00 |
| Dia 08, 12, 14, 15, 19, 21, 22 | | | | |
| 26, 28, 29 | | | | |
| Final de semana | 6 | 12 Horas | R\$ 1.800,00 | R\$ 10.800,00 |
| Dia 11, 10, 24, 25 | | | | |
| Final de semana | 1 | 6 Horas | R\$ 900,00 | R\$ 900,00 |
| Dia 10 | | | | |
| TOTAL A PAGAR | | | | R\$ 31.250,00 |


Romildo Fontaniello

Provedor



2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/07/2025 às 13:57:29

Dados do Pagador

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

Dados do Recebedor

| | |
|--|-------------------------------------|
| Conta Destino: 001/0171/00000058904-7 | CPF/CNPJ: 50.317.987/0001-40 |
| Tipo Conta: 01 - Conta Corrente | Tipo Pessoa: Jurídica |
| Nome: MAGALHAES RL MEDICAL LTDA | Valor: R\$ 9.375,00 |
| Finalidade: 10 - Crédito em Conta | Valor Tarifa: R\$ 12,00 |
| Histórico: | |

Informações do Pagamento

| | |
|-------------------------------------|---|
| Data do Débito: 24/06/2025 | Código da Operação: 72906606 |
| Data da Operação: 24/06/2025 | Chave de Segurança: 5LQ8R7L600HWYSTT |

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
00000000158 - 1

Autenticidade
OLDQ-B06C

Data de Emissão
18/06/2025

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

Serviços prestados Ambulatório em maio de 2025, pelo Dr. Cesar de Magalhães Rocha Leonello.

Valor: R\$11.050,00

Convênio numero 03/SS/2024

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 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\$ _____ |

PGTO PARCIAL

CONVÊNIO Nº 03/SS / 2024

VALOR PGTO: R\$ 3.315,00

CONFERE COM O ORIGINAL

Amanda

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

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 | Base de Cálculo (R\$) | Alíquota (%) | Valor do ISS (R\$) | |
| 0,00 | 11.050,00 | 3,620% | 400,01 | |

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 11.050,00

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: **05/2025**

| Dias da Semana | Quantidade | Referência | Valor | Valor Total |
|------------------------|------------|------------|--------------|---------------|
| Semana | 3 | 06 Horas | R\$ 850,00 | R\$ 2.550,00 |
| Dia 13, 20, 27 | | | | |
| Semana | 5 | 12 Horas | R\$ 1.700,00 | R\$ 8.500,00 |
| Dia 06, 07, 14, 21, 28 | | | | |
| Final de semana | | 12 Horas | R\$ 1.800,00 | R\$ - |
| Final de semana | | 24 Horas | R\$ 3.600,00 | R\$ - |
| TOTAL A PAGAR | | | | R\$ 11.050,00 |


 Romildo Fontaniello
 Provedor

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/07/2025 às 13:57:29

Dados do Pagador

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

Dados do Recebedor

| | |
|--|-------------------------------------|
| Conta Destino: 001/0171/00000058904-7 | CPF/CNPJ: 50.317.987/0001-40 |
| Tipo Conta: 01 - Conta Corrente | Tipo Pessoa: Jurídica |
| Nome: MAGALHAES RL MEDICAL LTDA | Valor: R\$ 3.315,00 |
| Finalidade: 10 - Crédito em Conta | Valor Tarifa: R\$ 12,00 |
| Histórico: | |

Informações do Pagamento

| | |
|-------------------------------------|---|
| Data do Débito: 24/06/2025 | Código da Operação: 72906607 |
| Data da Operação: 24/06/2025 | Chave de Segurança: 476YXRZAHV2N7ZM8 |

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
00000007214 - E
 Autenticidade
OCM0-UE3R
 Data de Emissão
18/06/2025

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: RCJC SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA S/S
 CPF/CNPJ: 11.330.542/0001-49 IM: 221520 IE: Fone: 19 3861-1280
 Endereço: RUA CONSELHEIRO JOAO DIAS DE CAMPOS, 48, PLANALTO JD. VERDE - CEP : 13843215
 Município: Mogi Guaçu UF: SP E-mail: floresicristiane@ig.com.br

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MOGI GU
 CPF/CNPJ: 52.739.950/0001-36 IM: 10286 IE: ISENTO Fone: 1938611313
 Endereço: RUA CHICO DE PAULA, 608, CENTRO - CEP : 13840006
 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 MAIO/2025 - TERMO DE CONVÊNIO: NÚMERO: 03/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 LIQUIDO A RECEBER R\$ 39.229,30

DADOS BANCARIOS

BANCO: SANTANDER – 033
 AGENCIA: 3208
 CONTA: 13.001487-7

Serviço realizado em: MOGI GUAÇU

CONVÊNIO Nº 05/ISS / 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 O ORIGINAL

Amanda
 ASSINATURA

Processo executado por: 172.16.20.60

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

Situação de Tributação
 Tributada no Prestador

Código do Serviço

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

Deduções de Materiais
 0,00

Base de Cálculo (R\$)
 41.800,00

Aliquota (%)

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

COMPENSAÇÃO PLANTÕES

Competência: 05/2025

| Dias da Semana | Quantidade | Referência | Valor | Valor Total |
|-----------------------------|------------|------------|--------------|---------------|
| Semana (P1) | 3 | 24 Horas | R\$ 3.400,00 | R\$ 10.200,00 |
| Dia 15, 22, 29 | | | | |
| Final de semana (P1) | 3 | 24 Horas | R\$ 3.600,00 | R\$ 10.800,00 |
| Dia 17, 25, 31 | | | | |
| Semana (P2) | 4 | 24 Horas | R\$ 3.400,00 | R\$ 13.600,00 |
| Dia 07, 21, 27, 28 | | | | |
| Final de semana (P2) | 2 | 24 Horas | R\$ 3.600,00 | R\$ 7.200,00 |
| Dia 11, 24 | | | | |
| TOTAL A PAGAR | | | | R\$ 41.800,00 |


Romildo Fontaniello
Provedor

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/07/2025 às 13:57:29

Dados do Pagador

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

Dados do Recbedor

| | |
|---|-------------------------------------|
| Conta Destino: 033/3208/00013001487-7 | CPF/CNPJ: 11.330.542/0001-49 |
| Tipo Conta: 01 - Conta Corrente | Tipo Pessoa: Jurídica |
| Nome: RCJC SERVICO DE ANESTESIOLOGIA S/S | Valor: R\$ 11.768,79 |
| Finalidade: 10 - Crédito em Conta | Valor Tarifa: R\$ 12,00 |
| Histórico: | |

Informações do Pagamento

| | |
|-------------------------------------|---|
| Data do Débito: 24/06/2025 | Código da Operação: 72906629 |
| Data da Operação: 24/06/2025 | Chave de Segurança: PJ8N7A3VMVP41VCF |

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
00000009562 - E

Autenticidade
GHIF-07W6

Data de Emissão
18/06/2025

PRESTADOR DE SERVIÇOS



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

TOMADOR DE SERVIÇOS

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

Vencimento: 20/06/2025

Convênio 03/SS/2024 -

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

ISSQN ANUAL
**CONFERE COM
O ORIGINAL**

Amanda
ASSINATURA

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\$ _____

Processo executado por: 172.16.20.60

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

Situação de Tributação
Tributada no Prestador

Código do Serviço

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

Deduções de Materiais
0,00

Base de Cálculo (R\$)
8.400,00

Aliquota (%)
-

Vr do ISS (R\$)
-

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 8.400,00



DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

Entidade: Irm. Santa Casa de Mis. Mogí Guaçu

CNPJ: 52.739.950/0001-36

Nome Pessoa Jurídica:

RPVI SERVICOS MEDICOS SOCIEDADE SIMPLES

Nome Pessoa Física:

Ricardo Suarez Castedo

CNPJ/CPF.:

12.843.826/0001-00

Especialidade:

Vascular

Convênio: PLANIOES

Competência: 05/2025

| Dias da Semana | Quantidade | Referência | Valor | Valor Total |
|---------------------------------|------------|------------|------------|---------------------|
| Semana/Final de semana | 7 | 24 Horas | R\$ 800,00 | R\$ 5.600,00 |
| Dias 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 | | | | |
| Semana/Final de semana | 7 | 24 Horas | R\$ 400,00 | R\$ 2.800,00 |
| Dias 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| TOTAL A PAGAR | | | | R\$ 8.400,00 |

Romildo Fontaniello
Provedor



2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/07/2025 às 13:57:29

Dados do Pagador

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

Dados do Recebedor

| | |
|---|-------------------------------------|
| Conta Destino: 033/3208/00013002147-1 | CPF/CNPJ: 12.843.826/0001-00 |
| Tipo Conta: 01 - Conta Corrente | Tipo Pessoa: Jurídica |
| Nome: RPM SERVICOS MEDICOS SOCIEDADE SIMPLES | Valor: R\$ 2.365,02 |
| Finalidade: 10 - Crédito em Conta | Valor Tarifa: R\$ 12,00 |
| Histórico: | |

Informações do Pagamento

| | |
|-------------------------------------|---|
| Data do Débito: 24/06/2025 | Código da Operação: 72906632 |
| Data da Operação: 24/06/2025 | Chave de Segurança: QL999W08QCA0L088 |

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
000000007212 - E

Autenticidade
FBWM-ZHC4

Data de Emissão
18/06/2025

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

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

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

SERVIÇO PRESTADO REF COORDENAÇÃO ANESTESIOLOGIA - 05/2025
 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 GUAÇU

PARCIAL

CONVÊNIO Nº 05/SS/2024

VALOR PGTO: R\$ 2825,50

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
 O ORIGINAL

Amanda
 ASSINATURA

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

Situação de Tributação
 Tributada no Prestador

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

| Deduções de Materiais | Base de Cálculo (R\$) | Alíquota (%) | Vr do ISS (R\$) |
|-----------------------|-----------------------|--------------|-----------------|
| 0,00 | 10.000,00 | - | - |

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 10.000,00



PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU
SECRETARIA DA FAZENDA

Nº da Nota - Serie
000007212 - E

Autenticidade
FBWM-ZHC4

Carta Nº 21930 anexada em 2025-06-23 08:32:05
Data de Emissão: **18/06/2025 15:13:31** Competência (Serv.): **06/2025**



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

DESCRIÇÃO

SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS
CONVÊNIO 03/SS/2024
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 COORDENAÇÃO ANESTESIOLOGIA - 05/2025
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

CONFERE COM
O ORIGINAL

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

CNPJ: **52.739.950/0001-36**

Nome Pessoa Jurídica:

RJC SERVICOS DE ANESTESIOLOGIA SS LTDA

Nome Pessoa Física:

Dr. João Ricardo Flores!

CNPJ/CPF: :

11.330.542/0001-49


Especialidade:

Anestesiista

Convênio: **ASSESSORIAS/COORDENACAO**

Competência: **05/2025**

| Descrição | Referência | Valor | Valor Total |
|--------------------------------|-------------------|---------------|--------------------|
| Serviços Prestados | Mensal | R\$ 10.000,00 | R\$ 10.000,00 |
| Coordenação/ Diretoria Clínica | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| TOTAL A PAGAR | | | R\$ 10.000,00 |


Romildo Fontanelli
Provedor



2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/07/2025 às 13:57:29

Dados do Pagador

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

Dados do Recebedor

| | |
|---|-------------------------------------|
| Conta Destino: 033/3208/00013001487-7 | CPF/CNPJ: 11.330.542/0001-49 |
| Tipo Conta: 01 - Conta Corrente | Tipo Pessoa: Jurídica |
| Nome: RCJC SERVICO DE ANESTESIOLOGIA S/S | Valor: R\$ 2.815,50 |
| Finalidade: 10 - Crédito em Conta | Valor Tarifa: R\$ 12,00 |
| Histórico: | |

Informações do Pagamento

| | |
|-------------------------------------|---|
| Data do Débito: 24/06/2025 | Código da Operação: 72906634 |
| Data da Operação: 24/06/2025 | Chave de Segurança: WHP1ZYHYPUNZZCJQ |

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
00000007213 - E

Autenticidade
WG1Q-Q8TQ

Data de Emissão
18/06/2025

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: RCJC SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA S/S
CPF/CNPJ: 11.330.542/0001-49 **IM:** 221520 **IE:** **Fone:** 19 3861-1280
Endereço: RUA CONSELHEIRO JOAO DIAS DE CAMPOS,48,PLANALTO JD. VERDE - CEP : 13843215
Município: Mogi Guaçu **UF:** SP **E-mail:** floresicristiane@ig.com.br

TOMADOR DE SERVIÇOS

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

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

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

ISSQN – ANUAL

SERVIÇO PRESTADO REF PLANTÕES

- COMPETÊNCIA MAIO/2025 - TERMO DE CONVÊNIO: NÚMERO: 03/SS/2024.

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

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

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

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

CONFERE COM O ORIGINAL

Amanda

Processo executado por: 172.16.20.60

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

ASSINATURA

Situação de Tributação
 Tributada no Prestador

Código do Serviço

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

PARCIAL

CONVÊNIO Nº 05/SS/2024

VALOR PAGO DE R\$ 41.718,48

Deduções de Materiais
0,00

Base de Cálculo (R\$)
41.600,00

Alíquota (%)
-

Vf do ISS (R\$)

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: **Carlos Augusto dos Santos Borges**


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

Especialidade: **Anestesiologista**

Convênio: **PLANTÕES**

Competência: **05/2025**

| Dias da Semana | Quantidade | Referência | Valor | Valor Total |
|-----------------------------|------------|------------|--------------|---------------|
| Semana (P1) | 4 | 24 Horas | R\$ 3.400,00 | R\$ 13.600,00 |
| Dia 05, 12, 19, 26 | | | | |
| Final de semana (P1) | 2 | 24 Horas | R\$ 3.600,00 | R\$ 7.200,00 |
| Dia 01, 03 | | | | |
| Semana (P2) | 4 | 24 Horas | R\$ 3.400,00 | R\$ 13.600,00 |
| Dia 06, 13, 20, 30 | | | | |
| Final de semana (P2) | 2 | 24 Horas | R\$ 3.600,00 | R\$ 7.200,00 |
| Dia 17, 31 | | | | |
| TOTAL A PAGAR | | | | R\$ 41.600,00 |


Romildo Fontaniello
Provedor



2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/07/2025 às 13:57:29

Dados do Pagador

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

Dados do Recebedor

| | |
|---|-------------------------------------|
| Conta Destino: 033/3208/00013001487-7 | CPF/CNPJ: 11.330.542/0001-49 |
| Tipo Conta: 01 - Conta Corrente | Tipo Pessoa: Jurídica |
| Nome: RCJC SERVICO DE ANESTESIOLOGIA S/S | Valor: R\$ 11.712,48 |
| Finalidade: 10 - Crédito em Conta | Valor Tarifa: R\$ 12,00 |
| Histórico: | |

Informações do Pagamento

| | |
|-------------------------------------|---|
| Data do Débito: 24/06/2025 | Código da Operação: 72906631 |
| Data da Operação: 24/06/2025 | Chave de Segurança: 5S2HHU74JRCJNUQM |

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
00000000229 - E

Autenticidade
MBQA-6ECK

Data de Emissão
20/06/2025

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 05/2025.
CONVÊNIO NUMERO 03/SS/2024

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

DRA ANA PAULA

NÃO SUJEITO Á SEGURIDADE SOCIAL CONFORME ART-31 DA LEI-8212/91, OS/INSS-209/99,
IN/INSS-DC-100/03 E IN/MPS-IRP-03/05

| | | | |
|---|--------------|-----------|--|
| PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU | | | |
| TERMO DE CONVÊNIO N° 03/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

PGTO PARCIAL

CONVÊNIO n° 03/SS / 2024

VALOR PGTO: R\$ 1.536,68

Amanda

ASSINATURA

Processo executado por: 172.16.20.60

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

Situação de Tributação
Tributada no Prestador

Código do Serviço

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

Deduções de Materiais
0,00

Base de Cálculo (R\$)
5.600,00

Alíquota (%)
-

Vr do ISS (R\$)
-

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: **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: **05/2025**

| Dias da Semana | Quantidade | Referência | Valor | Valor Total |
|------------------------------------|------------|-----------------|-------------------|---------------------|
| Semana/Final de semana | 7 | 24 Horas | R\$ 800,00 | R\$ 5.600,00 |
| Dias 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| TOTAL A PAGAR | | | | R\$ 5.600,00 |


Romildo Fontaniello
Provedor



2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/07/2025 às 13:57:29

Dados do Pagador

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

Dados do Recebedor

| | |
|---|-------------------------------------|
| Conta Destino: 341/0025/00000099509-3 | CPF/CNPJ: 45.928.502/0001-15 |
| Tipo Conta: 01 - Conta Corrente | Tipo Pessoa: Jurídica |
| Nome: CLINICA DE OFTALMOLOGIA APPLIMA LTDA | Valor: R\$ 1.576,68 |
| Finalidade: 10 - Crédito em Conta | Valor Tarifa: R\$ 12,00 |
| Histórico: | |

Informações do Pagamento

| | |
|-------------------------------------|---|
| Data do Débito: 24/06/2025 | Código da Operação: 72906649 |
| Data da Operação: 24/06/2025 | Chave de Segurança: 06J383FTJ2LLFF3V |

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
78 / E
Número e Série do RPS
-

Competência da NFS-e
18/06/2025
Chave de Acesso
350330712540717270001990000000000782506000000786

Data e Hora da Emissão da
18/06/25 17:04

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** 46121 **Inscrição Estadual** Isento **Numero** 200
Endereço
AV RUBENS FRANCO
Complemento
Bairro JARDIM SAMANTHA I
Município Araras - SP **CEP** 13600-020
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 **Numero** 608
Endereço
RUA CHICO DE PAULA
Complemento
Bairro CENTRO
Município Mogi Guaçu/SP **País** Brasil **CEP** 13840-005
Email **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 Mogi Guaçu-SP **País da Prestação** **Local da Incidência do ISSQN** Araras-SP

Descrição do Serviço

Ambulatório 05/2025.

Convênio numero 03/SS/2024

PGTO PARCIAL

CONVÊNIO Nº 03/SS / 2024

VALOR PGTO: R\$ 1013,58

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\$ _____

ASSINATURA

Tributação Federal

| | | |
|-----------------------------|--------------------------|---|
| IRRF R\$ 54,00 | CSLL R\$ 36,00 | PIS R\$ 23,40 |
| COFINS R\$ 108,00 | INSS R\$ 0,00 | Total de Impostos Federais R\$ 221,40 |

Valor Total da NFS-E

| | | |
|---------------------------------------|-----------------------------|---|
| Valor da NFS-E R\$ 3.600,00 | Deduções R\$ 0,00 | Valor do Serviço R\$ 3.600,00 |
|---------------------------------------|-----------------------------|---|

Valor Líquido

R\$ 3.378,60

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\$ 628,20

Forma de Pagamento:

CONFERE COM
O ORIGINAL

Armando

ASSINATURA

DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS



Endereço: Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu
CNPJ: 52.739.950/0001-36
Insc. Pessoa Jurídica: IZABELA DE OLIVEIRA SERVICOS MEDICOS LTDA
Insc. Pessoa Física: Izabela de Oliveira
CNPJ/CPF: 54.071.727/0001-99
Especialidade: Clínico
Local: AMBULATÓRIO
Período: 05/2025

| Dias da Semana | Quantidade | Referência | Valor | Valor Total |
|----------------------|------------|------------|--------------|---------------------|
| Fim de Semana | 2 | 12 Horas | R\$ 1.800,00 | R\$ 3.600,00 |
| Dia 11, 25 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| TOTAL A PAGAR | | | | R\$ 3.600,00 |

Romildo Fontaniello
 Provedor



2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 25/06/2025 às 08:10:48

Dados do Pagador

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

Dados do Recebedor

| | |
|---|-------------------------------------|
| Conta Destino: 237/0329/00000099302-6 | CPF/CNPJ: 54.071.727/0001-99 |
| Tipo Conta: 01 - Conta Corrente | Tipo Pessoa: Jurídica |
| Nome: IZABELA DE OLIVEIRA SERVICOS MEDICOS LTD | Valor: R\$ 1.013,58 |
| Finalidade: 10 - Crédito em Conta | Valor Tarifa: R\$ 12,00 |
| Histórico: | |

Informações do Pagamento

| | |
|-------------------------------------|---|
| Data do Débito: 24/06/2025 | Código da Operação: 72906643 |
| Data da Operação: 24/06/2025 | Chave de Segurança: FFC0F7CFU7TNMGHK |

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

Número / Série 119 / NFS-e Emissão 20/06/2025 13:55:20 Incidência Amparo (SP) ISS a reter Não
 Prest. do Serviço 20/06/2025 Código de verificação 2HD8.FSEC.86JZ.5VPH 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 País: 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 País: 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 de 05/2025. Convênio número: 03/SS/2024 Dr. João Paulo De Oliveira | R\$ 18.400,00 |
| PGTO PARCIAL CONVÊNIO nº 05/SS/2024 VALOR PGTO: R\$ 5180,52 | |

Tributos Federais

| PIS | INSS | CSLL | IRRF | COFINS |
|--------|------|--------|--------|--------|
| 119,60 | --- | 184,00 | 276,00 | 552,00 |

Detalhamento de Valores

| Valor Total da Nota(R\$) | ISS(R\$) | Desconto Condicional(R\$) | Base de Cálculo(R\$) | Aliquota (%) |
|--------------------------|----------|---------------------------|-----------------------|----------------------|
| 18.400,00 | --- | 0,00 | --- | --- |
| Outras Retenções(R\$) | | | | |
| 0,00 | | | Valor Líquido: | R\$ 17.268,40 |

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

Recebi(emos) de OLIVEIRA E CASSAROTTI SERVIÇOS MEDICOS S/S, os serviços constantes da nota fiscal nº 119, série NFS-e, conforme verificável pelo endereço eletrônico:

<http://www.nfe-cidades.com.br/documento/2HD8.FSEC.86JZ.5VPH>

Data: / /

Assinatura:

CONFERE COM
O ORIGINAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| 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\$ _____ | | |

Amanda
ASSINATURA

**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: **Clinico**Convênio: **PLANODES**Competência: **05/2025**

| Dias da Semana | Quantidade | Referência | Valor | Valor Total |
|------------------------|------------|------------|--------------|---------------|
| Semana | 5 | 12 Horas | R\$ 1.700,00 | R\$ 8.500,00 |
| Dia 02, 09, 16, 23, 30 | | | | |
| Semana | | 06 Horas | R\$ 850,00 | R\$ - |
| | | | | |
| Final de semana | 5 | 12 Horas | R\$ 1.800,00 | R\$ 9.000,00 |
| Dia 03, 24, 17, 24 | | | | |
| Final de semana | 1 | 6 Horas | R\$ 900,00 | R\$ 900,00 |
| Dia 17 | | | | |
| TOTAL A PAGAR | | | | R\$ 18.400,00 |


Romildo Fontaniello
Provedor



2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/07/2025 às 13:57:29

Dados do Pagador

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

Dados do Recebedor

| | |
|--|-------------------------------------|
| Conta Destino: 341/8849/00000015288-2 | CPF/CNPJ: 23.866.413/0001-59 |
| Tipo Conta: 01 - Conta Corrente | Tipo Pessoa: Jurídica |
| Nome: OLIVEIRA, CASSAROTTI E MOREIRA SERVICOS | Valor: R\$ 5.180,52 |
| Finalidade: 10 - Crédito em Conta | Valor Tarifa: R\$ 12,00 |
| Histórico: | |

Informações do Pagamento

| | |
|-------------------------------------|---|
| Data do Débito: 24/06/2025 | Código da Operação: 72906660 |
| Data da Operação: 24/06/2025 | Chave de Segurança: G9SQ9294CZGU70FW |

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
000000006539 - E
 Autenticidade
RHHY-BU5V
 Data de Emissão
19/06/2025

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 Thaltes Passos Ferreira, CRM 169828-Plantões 05/2025.
 Convênio número 03/SS/2024.

Valor Bruto.....4.000,00
 IR Renda 60,00
 Pis 26,00
 Cofins 120,00
 CstII 40,00
 Valor Líquido.....3.754,00

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\$ _____

**CONFERE COM
 O ORIGINAL**

Conta para depósito
 Sicredi
 Agência 0718
 C/C 88446-2

Amanda

"Não sujeito à retenção a seguridade social, conforme Art. 4º 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 03/SS/2024
 VALOR PGTO: R\$ 1126,80

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\$ 453,20 - Aliq: 11,33%

Situação de Tributação
 Tributada no Prestador

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

| | | | |
|-------------------------------|-----------------------------------|-------------------|----------------------|
| Deduções de Materiais 0,00 | Base de Cálculo (R\$) 4.000,00 | Aliquota (%) - | Vr do ISS (R\$) - |
|-------------------------------|-----------------------------------|-------------------|----------------------|

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: NEURO GUACU SOCIEDADE SIMPLES

Nome Pessoa Física: Thalles Passos Ferreira


CNPJ/CPF: 17.574.066/0001-98

Especialidade: Neurologista

Convênio: PLANIPRES

Competência: 05/2025

| Dias da Semana | Quantidade | Referência | Valor | Valor Total |
|------------------------|------------|------------|------------|---------------------|
| Semana/Final de semana | 4 | 24 Horas | R\$ 800,00 | R\$ 3.200,00 |
| Dias 19, 26, 30, 31 | | | | |
| Semana/Final de semana | 2 | 12 Horas | R\$ 400,00 | R\$ 800,00 |
| Dias 22, 29 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| TOTAL A PAGAR | | | | R\$ 4.000,00 |


Romildo Fontaniello
Provedor



2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/07/2025 às 13:57:29

Dados do Pagador

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

Dados do Recebedor

| | |
|--|-------------------------------------|
| Conta Destino: 748/0718/00000088446-2 | CPF/CNPJ: 17.574.066/0001-98 |
| Tipo Conta: 01 - Conta Corrente | Tipo Pessoa: Jurídica |
| Nome: NEURO GUACU SOCIEDADE SIMPLES | Valor: R\$ 1.126,20 |
| Finalidade: 10 - Crédito em Conta | Valor Tarifa: R\$ 12,00 |
| Histórico: | |

Informações do Pagamento

| | |
|-------------------------------------|---|
| Data do Débito: 24/06/2025 | Código da Operação: 72906738 |
| Data da Operação: 24/06/2025 | Chave de Segurança: SN0U902WJRENUPNP |

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
00000000031 - E

Autenticidade
75IJ-ES72

Data de Emissão
23/06/2025

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 SYLVIA MARIA DE OLIVEIRA FONTES
Referente Assessoria Maternidade ref. 05/2025.
Convênio número 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

| | |
|---|---|
| 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\$ _____ |

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 I da Instrução Normativa nº 2110/2022.
B) Não incide a retenção do ISSQN (ISSQN FIXO)

CONFIRMADO

O ORIGINAL

PGTO PARCIAL

CONVÊNIO Nº 05/SS / 2024

VALOR PGTO: R\$ 1.260,75

Amanda

ASSINATURA

Processo executado por: 172.16.20.60

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

Situação de Tributação
Tributado no Tomador

Código do Serviço

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

Deduções de Materiais
0,00

Base de Cálculo (R\$)
5.000,00

Alíquota (%)
3,0000%

Vr do ISS (R\$)
150,00

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 5.000,00

DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS



Endereço: Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu
CNPJ: 52.739.950/0001-36
Insc. Pessoa Jurídica:
Insc. Pessoa Física:
CPF: 7.609.557/0001-41
Especialidade: Ginecologista/Obstetra

SFBA SAUDE DA MULHER SOCIEDADE SIMPLES UNIPESSOAL LTDA
 Sylvia Maria de Oliveira Vicente de Biazzi
 7.609.557/0001-41
 Ginecologista/Obstetra

Item: SERVIÇOS/COORDENAÇÃO
Período: 05/2025

| Descrição | Referência | Valor | Valor Total |
|---|------------|------------------|---------------------|
| Serviços Prestados Coordenação/Maternidade | Mensal | R\$ 5.000,00 R\$ | 5.000,00 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| TOTAL A PAGAR | | | R\$ 5.000,00 |

Romildo Fontaniello
 Provedor



2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/07/2025 às 15:17:30

Dados do Pagador

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

Dados do Recebedor

| | |
|---|-------------------------------------|
| Conta Destino: 756/3122/00000868930-0 | CPF/CNPJ: 57.609.557/0001-41 |
| Tipo Conta: 01 - Conta Corrente | Tipo Pessoa: Jurídica |
| Nome: SFB SAUDE DA MULHER SOCIEDADE SIMPLES UN | Valor: R\$ 1.362,75 |
| Finalidade: 10 - Crédito em Conta | Valor Tarifa: R\$ 12,00 |
| Histórico: | |

Informações do Pagamento

| | |
|-------------------------------------|--|
| Data do Débito: 24/06/2025 | Código da Operação: 72906739 |
| Data da Operação: 24/06/2025 | Chave de Segurança: 3WQUIJKQX2JVZC6 |

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
00000006538 - E

Autenticidade
5FJ3-K9RS

Data de Emissão
19/06/2025

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

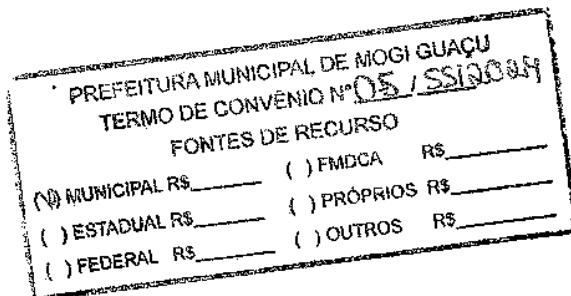
TOMADOR DE SERVIÇOS

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 José Eugenio Colombo, CRM 80718. Plantões 05/2025.
 Convênio número 03/SS/2024.

Valor Bruto.....9.800,00
 Irenda 147,00
 Pis 63,70
 Cofins 294,00
 CstII 98,00
 Valor Líquido.....9.197,30



Conta para depósito
 Sicredi
 Agencia 0718
 C/C 88446-2

"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."

FGTO PARCIAL

CONVÊNIO Nº 05/SS / 2024

VALOR FGTO: R\$ 2.359,19

O ORIGINAL

Assinatura

ASSINATURA

Situação de Tributação
 Tributada no Prestador

Processo executado por: 172.16.20.60

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

Valor aprox. dos tributos (Lei nº 12.741/2012):
 R\$ 1.110,34 - Aliq: 11,33%

Código do Serviço

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

Deduções de Materiais
 0,00

Base de Cálculo (R\$)
 9.800,00

Aliquota (%)
 -

Vr do ISS (R\$)
 -

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 9.800,00

**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: **Jose Eugenio Colombo**CNPJ/CPF.: **17.574.066/0001-98**Especialidade: **Neurologista**Convênio: **PLAN TOES**Competência: **05/2025**

| Dias da Semana | Quantidade | Referência | Valor | Valor Total |
|---|------------|------------|------------|--------------|
| Semana/Final de semana | 11 | 24 Horas | R\$ 800,00 | R\$ 8.800,00 |
| Dias 06, 08, 10, 11, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 27. | | | | |
| Semana/Final de semana | 3 | 06 Horas | R\$ 200,00 | R\$ 600,00 |
| Dias 07, 21, 28 | | | | |
| Semana/Final de semana | 1 | 12 Horas | R\$ 400,00 | R\$ 400,00 |
| Dia 21 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| TOTAL A PAGAR | | | | R\$ 9.800,00 |


Romildo Fontaniello
Provedor



2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/07/2025 às 13:57:29

Dados do Pagador

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

Dados do Recebedor

| | |
|--|-------------------------------------|
| Conta Destino: 748/0718/00000088446-2 | CPF/CNPJ: 17.574.066/0001-98 |
| Tipo Conta: 01 - Conta Corrente | Tipo Pessoa: Jurídica |
| Nome: NEURO GUACU SOCIEDADE SIMPLES | Valor: R\$ 2.759,19 |
| Finalidade: 10 - Crédito em Conta | Valor Tarifa: R\$ 12,00 |
| Histórico: | |

Informações do Pagamento

| | |
|-------------------------------------|---|
| Data do Débito: 24/06/2025 | Código da Operação: 72906740 |
| Data da Operação: 24/06/2025 | Chave de Segurança: 0GF4L4JSR0VF2K8E |

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
000000000870 - E

Autenticidade
BUKG-D0E2

Data de Emissão
22/06/2025

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: 03/SS/2024

SERVIÇOS PRESTADOS
 VALOR BRUTO R\$ 10.000,00
 COFINS R\$ 300,00
 CSLL R\$ 100,00
 PIS R\$ 65,00
 IR R\$ 150,00
 VALOR LIQUIDO R\$ 9.385,00

CONFERE COM
 O ORIGINAL

Amanda
 ASSINATURA

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

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

PGTO PARCIAL

CONVÊNIO Nº 05/SS/2024
 VALOR PGTO: R\$ 2.815,60

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

DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS



Jade: Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu

CNPJ: 52.739.950/0001-36

Natureza Jurídica:

Pessoa Física:

CPF: /

Especialidade:

AMPARO MED CARE SERVICOS MEDICOS SS

Dr. Ellington Jose Spricigo

15.626.947/0001-80

Clinico

VENIO: ASSESSORIAS/COORDENACAO

Competência: 05/2025

| Descrição | Referência | Valor | Valor Total |
|-------------------------|------------|---------------|----------------------|
| Serviços Prestados | Mensal | R\$ 10.000,00 | R\$ 10.000,00 |
| Coordenação/Ambulatório | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| TOTAL A PAGAR | | | R\$ 10.000,00 |

Romildo Fontaniello
Provedor



2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CATXA

Data Emissão: 02/07/2025 às 13:57:29

Dados do Pagador

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

Dados do Recebedor

| | |
|---|-------------------------------------|
| Conta Destino: 001/0456/00000046871-1 | CPF/CNPJ: 15.626.947/0001-80 |
| Tipo Conta: 01 - Conta Corrente | Tipo Pessoa: Jurídica |
| Nome: AMPARO MED CARE SERVICOS MEDICOS S/S | Valor: R\$ 2.815,50 |
| Finalidade: 10 - Crédito em Conta | Valor Tarifa: R\$ 12,00 |
| Histórico: | |

Informações do Pagamento

| | |
|-------------------------------------|---|
| Data do Débito: 24/06/2025 | Código da Operação: 72906741 |
| Data da Operação: 24/06/2025 | Chave de Segurança: 4ULQNAWP0T5AQT39 |

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
00000006537 - E

Autenticidade
DGKS-2Y8K

Data de Emissão
19/06/2025

PRESTADOR DE SERVIÇOS

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

TOMADOR DE SERVIÇOS

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

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Honorários médicos prestados pelo Dr Gleidson Campos Rodrigues, CRM 129516. Plantões 05/2025.
Convênio número 03/SS/2024.

Valor Bruto.....10.600,00
Irenda 159,00
Pis 68,90
Cofins 318,00
Csl 106,00
Valor Líquido..... 9.948,10

Conta para depósito
Sicredi
Agencia 0718
C/C 88446-2

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

"Não sujeito à 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\$ 9984,43

CONFERE COM
O ORIGINAL

Amanda

Processo executado por: 172.16.20.60

Consulte a autenticidade desta Nota Fiscal através
do site: <http://www.mogiguacu.sp.gov.br>
Valor aprox. dos tributos (Lei nº 12.741/2012):
R\$ 1.200,98 - Aliq: 11,33%

ASSINATURA

Situação de Tributação
Tributada no Prestador

Código do Serviço

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

Deduções de Materiais
0,00

Base de Cálculo (R\$)
10.600,00

Aliquota (%)
-

Vr do ISS (R\$)
-

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 10.600,00



DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

Entidade: Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu

CNPJ: 52.739.950/0001-36

Nome Pessoa Jurídica: NEURO GUACU SOCIEDADE SIMPLES

Nome Pessoa Física: Gleidson Campos Rodrigues

CNPJ/CPF.: 17.574.066/0001-98

Especialidade: Neurologista

Convênio: PLANODES

Competência: 05/2025

| Dias da Semana | Quantidade | Referência | Valor | Valor Total |
|--|------------|------------|------------|---------------|
| Semana/Final de semana | 9 | 24 Horas | R\$ 800,00 | R\$ 7.200,00 |
| Dias 01, 03, 04, 05, 12, 15, 23, 24, 25 | | | | |
| Semana/Final de semana | 3 | 18 Horas | R\$ 600,00 | R\$ 1.800,00 |
| Dias 07, 21, 28 | | | | |
| Semana/Final de semana | 4 | 12 Horas | R\$ 400,00 | R\$ 1.600,00 |
| Dias 02, 09, 22, 29 | | | | |
| TOTAL A PAGAR | | | | R\$ 10.600,00 |


Romildo Fontaniello
Provedor



2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/07/2025 às 13:57:29

Dados do Pagador

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

Dados do Recebedor

| | |
|--|-------------------------------------|
| Conta Destino: 748/0718/00000088446-2 | CPF/CNPJ: 17.574.066/0001-98 |
| Tipo Conta: 01 - Conta Corrente | Tipo Pessoa: Jurídica |
| Nome: NEURO GUACU SOCIEDADE SIMPLES | Valor: R\$ 2.984,43 |
| Finalidade: 10 - Crédito em Conta | Valor Tarifa: R\$ 12,00 |
| Histórico: | |

Informações de Pagamento

| | |
|-------------------------------------|---|
| Data do Débito: 24/06/2025 | Código da Operação: 72906742 |
| Data da Operação: 24/06/2025 | Chave de Segurança: RQFR7NXCWVZF8TQM |

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
00000004809 - E

Autenticidade
IAQG-39ET

Data de Emissão
18/06/2025

PRESTADOR DE SERVIÇOS



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

TOMADOR DE SERVIÇOS

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

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

HONORÁRIOS MÉDICOS - WANDERLEI FRANCISCO M.DIAS

Base IRRF R\$: 8.800,00 - Vlr R\$ 132,00 - Base PIS/Cofins/CSLL R\$ 8.800,00 - PIS R\$ 57,20 - Cofins R\$ 264,00 - CSLL R\$ 88,00 - Valor Aprox Tributos: 997,04 (11,33%) - Fonte: IBPT

Valor Líquido R\$ 8.258,80

Vencimento: 20/06/2025

Convênio 03/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 03/SS/2024 | |
| FONTES DE RECURSO | |
| <input checked="" type="checkbox"/> MUNICIPAL R\$ _____ | () FMDCA R\$ _____ |
| () ESTADUAL R\$ _____ | () PRÓPRIOS R\$ _____ |
| () FEDERAL R\$ _____ | () OUTROS R\$ _____ |

PGTO PARCIAL
CONVÊNIO Nº 03/SS/2024
VALOR PGTO: R\$ 2477,84

CONFERE COM
O ORIGINAL

Amanda
ASSINATURA

Processo executado por: 172.16.20.60

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

Situação de Tributação
Tributada no Prestador

Código do Serviço

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

Deduções de Materiais
0,00

Base de Cálculo (R\$)
8.800,00

Aliquota (%)

Vr do ISS (R\$)

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 8.800,00



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: PLANIUS

Competência: 05/2025

| Dias da Semana | Quantidade | Referência | Valor | Valor Total |
|--|------------|------------|------------|---------------------|
| Semana/Final de semana | 8 | 24 Horas | R\$ 800,00 | R\$ 6.400,00 |
| Dias 01, 10, 11, 16, 19, 20, 21, 22 | | | | |
| | | | 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 | | | | |
| TOTAL A PAGAR | | | | R\$ 8.800,00 |

Romildo Fontaniello
Provedor



2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/07/2025 às 13:57:29

Dados do Pagador

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

Dados do Recebedor

| | |
|--|-------------------------------------|
| Conta Destino: 033/3208/00013000401-2 | CPF/CNPJ: 08.979.287/0001-55 |
| Tipo Conta: 01 - Conta Corrente | Tipo Pessoa: Jurídica |
| Nome: WFM SERVICOS MEDICOS S/S | Valor: R\$ 2.477,64 |
| Finalidade: 10 - Crédito em Conta | Valor Tarifa: R\$ 12,00 |
| Histórico: | |

Informações do Pagamento

| | |
|-------------------------------------|---|
| Data do Débito: 24/06/2025 | Código da Operação: 72906746 |
| Data da Operação: 24/06/2025 | Chave de Segurança: Y8PHAW799MTF6NX1 |

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
000000000869 - E

Autenticidade
E8RK-VGUQ

Data de Emissão
22/06/2025

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: 03/SS/2024

SERVIÇOS PRESTADOS
 VALOR BRUTO R\$ 5.000,00
 COFINS R\$150,00
 CSLL R\$ 50,00
 PIS R\$ 32,50
 IR R\$ 75,00
 VALOR LIQUIDO R\$ 4.692,50

CONFERE COM
 O ORIGINAL

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU
 TERMO DE CONVÊNIO N° 03/SS/2024
 FONTES DE RECURSO

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

Amanda
 ASSINATURA

PGTO PARCIAL
 CONVÊNIO Nº 03/SS/2024
 VALOR PGTO: R\$ 1407,75

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

Situação de Tributação
 Tributada no Prestador

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

| Deduções de Materiais | Base de Cálculo (R\$) | Alíquota (%) | Vr do ISS (R\$) |
|-----------------------|-----------------------|--------------|-----------------|
| 0,00 | 5.000,00 | - | - |

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 5.000,00



DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

Entidade: Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu
 CNPJ: 52.739.950/0001-36

Nome Pessoa Jurídica:
 Nome Pessoa Física:

AMPARO MED CARE SERVICOS MEDICOS SS
 Dr. Ellington Jose Spricigo

CNPJ/CPF:
 Especialidade:

15.626.947/0001-80
 Clínico

CONVÊNIO: ASSESSORIAS/COORDENAÇÃO

Competência: 05/2025

| Descrição | Referência | Valor | Valor Total |
|----------------------------|------------|--------------|---------------------|
| Serviços Prestados | Mensal | R\$ 5.000,00 | R\$ 5.000,00 |
| Coordenação/Clinica Medica | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| TOTAL A PAGAR | | | R\$ 5.000,00 |

Romildo Fantaniello
 Provedor



2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/07/2025 às 13:57:29

Dados do Pagador

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

Dados do Recebedor

| | |
|---|-------------------------------------|
| Conta Destino: 001/0456/00000046871-1 | CPF/CNPJ: 15.626.947/0001-80 |
| Tipo Conta: 01 - Conta Corrente | Tipo Pessoa: Jurídica |
| Nome: AMPARO MED CARE SERVICOS MEDICOS S/S | Valor: R\$ 1.407,75 |
| Finalidade: 10 - Crédito em Conta | Valor Tarifa: R\$ 12,00 |
| Histórico: | |

Informações do Pagamento

| | |
|-------------------------------------|---|
| Data do Débito: 24/06/2025 | Código da Operação: 72906744 |
| Data da Operação: 24/06/2025 | Chave de Segurança: K79ZSS0136XU4S1K |

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
000000004969 - E

Autenticidade
KEU8-WNZY

Data de Emissão
18/06/2025

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\$: 9.600,00 - Vir R\$ 144,00 - Base PIS/Cofins/CSLL R\$ 9.600,00 - PIS R\$ 62,40 - Cofins R\$ 288,00 - CSLL R\$ 96,00 - Valor Aprox Tributos: 1087,68 (11,33%) - Fonte: IBPT

Valor Líquido R\$ 9.009,60

Vencimento: 20/08/2025

Convênio 03/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. ISSON ANUAL

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU
TERMO DE CONVÊNIO Nº 03/SS/2024

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

PGTO PARCIAL
CONVÊNIO Nº 03/SS/2024
VALOR PGTO: R\$ 9.009,60

CONFERE COM
O ORIGINAL

Amanda
ASSINATURA

Processo executado por: 172.16.20.60

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

Situação de Tributação
Tributada no Prestador

Código do Serviço

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

Deduções de Materiais
0,00

Base de Cálculo (R\$)
9.600,00

Alíquota (%)
-

Vr do ISS (R\$)
-

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 9.600,00



DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

Entidade: Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu

CNPJ: 52.739.950/0001-36

Nome Pessoa Jurídica: ATIVIDADE SERVICOS MEDICOS SS

Nome Pessoa Física: Marcelo Mitsuo Funai

CNPJ/CPF.: 09.590.354/0001-08

Especialidade: Cirurgião

Convênio: PLAN TOBS

Competência: 05/2025

| Dias da Semana | Quantidade | Referência | Valor | Valor Total |
|---------------------------------------|------------|------------|------------|-----------------|
| Semana/Final de semana | 8 | 24 Horas | R\$ 800,00 | R\$ 6.400,00 |
| Dias 02, 03, 04, 06, 13, 19 20, 27 | | | | |
| Semana/Final de semana | 8 | 24 Horas | R\$ 400,00 | R\$ 3.200,00 |
| Dias 02, 03, 04, 06, 13, 19 20, 27 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| TOTAL A PAGAR | | | R\$ | 9.600,00 |

(Handwritten signature)

Romildó Fontaniello
Provedor



2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/07/2025 às 13:57:29

Dados do Pagador

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

Dados do Recebedor

| | |
|--|-------------------------------------|
| Conta Destino: 748/0718/00000081890-8 | CPF/CNPJ: 09.590.354/0001-08 |
| Tipo Conta: 01 - Conta Corrente | Tipo Pessoa: Jurídica |
| Nome: ATIVA IDADE SERVICOS MEDICOS S/S. | Valor: R\$ 2.702,88 |
| Finalidade: 10 - Crédito em Conta | Valor Tarifa: R\$ 12,00 |
| Histórico: | |

Informações do Pagamento

| | |
|-------------------------------------|---|
| Data do Débito: 24/06/2025 | Código da Operação: 72906748 |
| Data da Operação: 24/06/2025 | Chave de Segurança: 9H6A4FSK3UR5EEKL |

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
00000005077 - E

Autenticidade
GY39-XFUJ

Data de Emissão
18/06/2025

PRESTADOR DE SERVIÇOS



Nome/Razão Social: NF SERVICOS MEDICOS S/S
CPF/CNPJ: 06.183.408/0001-22 IM: 163023 IE: Fone: 19 3851-8000
Endereço: AVENIDA LOTHÁRIO TEIXEIRA, 342, PQ CIDADE NOVA - CEP : 13845430
Município: Mogi Guaçu UF: SP E-mail: elia.bonfim@empmed.com.br

TOMADOR DE SERVIÇOS

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

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

HONORÁRIOS MÉDICOS - FÁBIO MAXIMIANO MARTINI

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

Valor Líquido R\$ 7.883,40

PGTO PARCIAL

Vencimento: 20/06/2025

CONVÊNIO Nº 05ISS / 2024

Convênio 03/SS/2024 -

VALOR PGTO: R\$ 2365,00

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 <u>05ISS/2024</u> | | | |
| FONTES DE RECURSO | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> MUNICIPAL R\$ _____ | () FMDCA R\$ _____ | | |
| () ESTADUAL R\$ _____ | () PRÓPRIOS R\$ _____ | | |
| () FEDERAL R\$ _____ | () OUTROS R\$ _____ | | |

CONFERE COM
O ORIGINAL

Amanda
ASSINATURA

Processo executado por: 172.16.20.60

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

Situação de Tributação
Tributada no Prestador

Código do Serviço

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

Deduções de Materiais
0,00

Base de Cálculo (R\$)
8.400,00

Aliquota (%)
-

Vr do ISS (R\$)
-

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 8.400,00



DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

Entidade: Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu

CNPJ: 52.739.950/0001-36

Nome Pessoa Jurídica: NE SERVIÇOS MEDICOS SS

Nome Pessoa Física: Fabio Maximiano Martini

CNPJ/CPF.: 06.183.408/0001-22

Especialidade: Vascular

Convênio: PLANI OBS

Competência: 05/2025

| Dias da Semana | Quantidade | Referência | Valor | Valor Total |
|---------------------------------|------------|------------|------------|--------------|
| Semana/Final de semana | 7 | 24 Horas | R\$ 800,00 | R\$ 5.600,00 |
| Dias 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25 | | | | |
| Semana/Final de semana | 7 | 24 Horas | R\$ 400,00 | R\$ 2.800,00 |
| Dias 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| TOTAL A PAGAR | | | | R\$ 8.400,00 |

 Romildo Fontaniello
 Provedor



2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/07/2025 às 13:57:29

Dados do Pagador

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

Dados do Recebedor

| | |
|--|-------------------------------------|
| Conta Destino: 033/3208/00013002353-8 | CPF/CNPJ: 06.183.408/0001-22 |
| Tipo Conta: 01 - Conta Corrente | Tipo Pessoa: Jurídica |
| Nome: NF SERVICOS MEDICOS S/S | Valor: R\$ 2.365,02 |
| Finalidade: 10 - Crédito em Conta | Valor Tarifa: R\$ 12,00 |
| Histórico: | |

Informações do Pagamento

| | |
|-------------------------------------|---|
| Data do Débito: 24/06/2025 | Código da Operação: 72906751 |
| Data da Operação: 24/06/2025 | Chave de Segurança: 2J5GH7QWWV6QXLF3 |

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
00000004970 - E
Autenticidade
8ULD-0TEM
Data de Emissão
18/06/2025

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\$: 4.800,00 - Vlr R\$ 72,00 - Base PIS/Cofins/CSLL R\$ 4.800,00 - PIS R\$ 31,20 - Cofins R\$ 144,00 - CSLL R\$ 48,00 - Valor Aprox Tributos: 543,84 (11,33%) - Fonte: IBPT

Valor Líquido R\$ 4.504,80

Vencimento: 20/06/2025

Convênio 03/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

FGTO PARCIAL
CONVÊNIO Nº 03/SS/2024
VALOR PGTO: R\$ 1351,44

CONFERE COM
O ORIGINAL

Amanda
ASSINATURA

| | | | |
|---|---|--|--|
| PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU | | | |
| TERMO DE CONVÊNIO Nº 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\$ _____ | | |

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

Situação de Tributação
Tributada no Prestador

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

| | | | |
|--------------------------------------|--|-------------------|----------------------|
| Deduções de Materiais 0,00 | Base de Cálculo (R\$) 4.800,00 | Alíquota (%) - | Vr do ISS (R\$) - |
|--------------------------------------|--|-------------------|----------------------|

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 4.800,00



DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

Entidade: Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu

CNPJ: 52.739.950/0001-36

Nome Pessoa Jurídica:

Nome Pessoa Física:

CNPJ/CPF:

Especialidade:

ATIVAIDADE SERVIÇOS MÉDICOS
 Marcelo Mitsuo Funai
 09.590.354/0001-08
 Torácico

Convenio: PLANÍTIOS
Competência: 05/2025

| Dias da Semana | Quantidade | Referência | Valor | Valor Total |
|--|------------|------------|------------|---------------------|
| Semana/Final de semana | 8 | 24 Horas | R\$ 800,00 | R\$ - |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| Devido a falta de especialistas médicos torácicos na entidade, foi solicitado aos médicos cirurgiões para suprir esta necessidade (1/4). | | | | R\$ 4.800,00 |
| TOTAL A PAGAR | | | | R\$ 4.800,00 |

Romildo Fontaniello
 Provedor



2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/07/2025 às 13:57:29

Dados do Pagador

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

Dados do Recebedor

| | |
|--|-------------------------------------|
| Conta Destino: 748/0718/00000081890-8 | CPF/CNPJ: 09.590.354/0001-08 |
| Tipo Conta: 01 - Conta Corrente | Tipo Pessoa: Jurídica |
| Nome: ATIVA IDADE SERVICOS MEDICOS S/S. | Valor: R\$ 1.351,44 |
| Finalidade: 10 - Crédito em Conta | Valor Tarifa: R\$ 12,00 |
| Histórico: | |

Informações do Pagamento

| | |
|-------------------------------------|---|
| Data do Débito: 24/06/2025 | Código da Operação: 72906745 |
| Data da Operação: 24/06/2025 | Chave de Segurança: 43R7E4WUN16Q367L |

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
000000002379 - E

Autenticidade
XIX3-J24V

Data de Emissão
20/06/2025

PRESTADOR DE SERVIÇOS



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

TOMADOR DE SERVIÇOS

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

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Valor referente serviços médicos prestados Plantões 05/2025.

Convênio numero 03/SS/2024

Dra. Carolina Urbini dos Santos CRM: 105767

Retenções:

IR R\$ 312,00

PIS R\$ 135,20

Cofins R\$ 624,00

CSSL R\$ 208,00

Liquido a Receber R\$ 19.520,80

FGTO PARCIAL
CONVÊNIO nº 05/SS/2024
VALOR FGTO: R\$ 5856,804

CONFERE COM
O ORIGINAL

Amanda
ASSINATURA

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

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

Processo executado por: 172.16.20.60

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

Valor aprox. dos tributos (Lei nº 12.741/2012):
R\$ 2.356,64 - 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
0,00

Base de Cálculo (R\$)
20.800,00

Aliquota (%)
-

Vr do ISS (R\$)
-

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 20.800,00

DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

Entidade: Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu

CNPJ: 52.739.950/0001-36

Nome Pessoa Jurídica: HEMOGIANA SERVICOS MEDICOS SOCIEDADE SIMPLES

Nome Pessoa Física: Carolina Urbini dos Santos

CNPJ/CPF.: 15.294.609/0001-98

Especialidade: Nefrologista

Comentário: PLANTÕES

Competência: 05/2025

| Dias da Semana | Quantidade | Referência | Valor | Valor Total |
|------------------------|------------|------------|------------|----------------------|
| Semana/Final de semana | 26 | 24 Horas | R\$ 800,00 | R\$ 20.800,00 |
| dias 01 a 26 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| TOTAL A PAGAR | | | | R\$ 20.800,00 |

Romildo Fontaniello
Provedor



2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/07/2025 às 13:57:29

Dados do Pagador

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

Dados do Recebedor

| | |
|---|-------------------------------------|
| Conta Destino: 033/0181/00013004020-0 | CPF/CNPJ: 15.294.609/0001-98 |
| Tipo Conta: 01 - Conta Corrente | Tipo Pessoa: Jurídica |
| Nome: HEMOGIANA SERVICOS MEDICOS SOCIEDADE SIM | Valor: R\$ 5.856,24 |
| Finalidade: 10 - Crédito em Conta | Valor Tarifa: R\$ 12,00 |
| Histórico: | |

Informações do Pagamento

| | |
|-------------------------------------|---|
| Data do Débito: 24/06/2025 | Código da Operação: 72906755 |
| Data da Operação: 24/06/2025 | Chave de Segurança: VEN0TZKV5VSF4JZL |

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
000000005078 - E

Autenticidade
QZ3E-6M8W

Data de Emissão
18/06/2025

PRESTADOR DE SERVIÇOS



Nome/Razão Social: NF SERVICOS MEDICOS S/S
CPF/CNPJ: 06.183.408/0001-22 **IM:** 163023 **IE:** **Fone:** 19 3851-8000
Endereço: AVENIDA LOTHÁRIO TEIXEIRA,342,PQ CIDADE NOVA - CEP : 13845430
Município: Mogi Guaçu **UF:** SP **E-mail:** elia.bonfim@empmed.com.br

TOMADOR DE SERVIÇOS

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

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

HONORÁRIOS MÉDICOS - 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: 20/06/2025

Convênio 03/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 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\$ _____ |

PGTO PARCIAL
CONVÊNIO Nº 05/SS/2024
VALOR PGTO: R\$ 1403,35.

CONFERE COM
O ORIGINAL

Comanda
ASSINATURA

Processo executado por: 172.16.20.60

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

Situação de Tributação
Tributada no Prestador

Código do Serviço

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

Deduções de Materiais
0,00

Base de Cálculo (R\$)
5.000,00

Aliquota (%)
-

Vr do ISS (R\$)
-

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 5.000,00



DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

Entidade: Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu
CNPJ: 52.739.950/0001-36

Nome Pessoa Jurídica:

NF SERVIÇOS MEDICOS SS

Nome Pessoa Física:

Dr. Antonio Aiello Neto

CNPJ/CPF.:

06.183.408/0001-22


Especialidade:

Ginecologista/Obstetra

Comentário: ASSESSORIAS/COORDENAÇÃO

Competência: 05/2025

| Descrição | Referência | Valor | Valor Total |
|---|------------|--------------|---------------------|
| Serviços Prestados | Mensal | R\$ 5.000,00 | R\$ 5.000,00 |
| Coordenação/ Diretoria Medica Tecnica Adm | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| TOTAL A PAGAR | | | R\$ 5.000,00 |


Romildo Fontaniello
Provedor

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/07/2025 às 13:57:29

Dados do Pagador

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

Dados do Recebedor

| | |
|--|-------------------------------------|
| Conta Destino: 033/3208/00013002353-8 | CPF/CNPJ: 06.183.408/0001-22 |
| Tipo Conta: 01 - Conta Corrente | Tipo Pessoa: Jurídica |
| Nome: NF SERVICOS MEDICOS S/S | Valor: R\$ 1.407,75 |
| Finalidade: 10 - Crédito em Conta | Valor Tarifa: R\$ 12,00 |
| Histórico: | |

Informações do Pagamento

| | |
|-------------------------------------|---|
| Data do Débito: 24/06/2025 | Código da Operação: 72906750 |
| Data da Operação: 24/06/2025 | Chave de Segurança: 85A820GMC9AXQ2YZ |

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o JD 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

COMPOSTA POR 1 PÁGINA(S)



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



Número da NFS-e
100
Código de Verificação de Autenticidade
CU2G6UFTU
Data e Hora da Emissão da NFS-e
20/06/2025 às 08:18:27
Chave de Acesso
 144780M5BU0NOGBL2C7BPC677LVXJZD

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

| Informações Fiscais | | Número do Processo | Município de Incidência do ISS | Local da Prestação |
|-------------------------------|------------------|--|--------------------------------|------------------------|
| Exigibilidade do ISS Exigível | | | NOVA CANAA DO NORTE-MT | MOGI GUACU - SP |
| Número do RPS | Série do RPS | Tipo do RPS | Data do RPS | Competência |
| | | | | 20/06/2025 |
| Optante Simples Nacional | Incentivo Fiscal | Regime Especial Tributação | Tipo ISS | |
| 1 - Sim | 2 - Não | Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP) | 03 - Sobre Faturamento | |

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

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

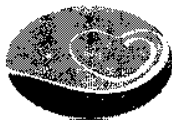
| Discriminação dos Serviços | | | Vir. Unitário | T |
|---|------------|--|--|--------------|
| Qtde. | Un. Medida | Descrição | 1,800,00 | R\$ 1.800,00 |
| 1,00 | UN | Serviços médicos prestados pelo DR. MATHEUS DE OLIVEIRA MUNHOES. Referente aos Plantões 05/2025 Convênio numero 03/SS/2024 | | |
| Dados Bancários: PJ Banco: 748 - Banco Cooperativo Sicoredi S.A. - Bansiocredi Agência: 0718 Conta: 54107-3 ***DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL*** | | | 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\$ _____ | |
| COPIA COM O ORIGINAL | | | PGTO PARCIAL CONVÊNIO Nº 05/SS/2024 VALOR PGTO: R\$ 540,00 | |

| Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS | | Alíquota | Atividade Município | Código CNAE | Código de Obra | Código ART |
|---|-------------------------|-----------------------|----------------------|------------------|----------------|-----------------------|
| LC 116/2003: 04.01 | 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\$ 1.800,00 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 1.800,00 | R\$ 36,00 | 2 - Não | R\$ 0,00 |

| Retenções de Impostos | | IRRF | CSLL | Outras Retenções |
|-----------------------|-----------------|-----------------|-----------------|------------------|
| PIS | COFINS | INSS | | |
| R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |

Valor Líquido da NFS-e: **R\$ 1.800,00**

Informações Complementares



DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

Entidade: Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu

CNPJ: 52.739.950/0001-36

Nome Pessoa Jurídica: MOM MEDICAL LTDA

Nome Pessoa Física: Matheus de Oliveira Munhoes

CNPJ/CPF.: 53.111.978/0001-97

Especialidade: Clínico

Convênio: PLANTÕES

Competência: 05/2025

| Dias da Semana | Quantidade | Referência | Valor | Valor Total |
|----------------------|------------|------------|--------------|---------------------|
| Final de semana | 1 | 12 Horas | R\$ 1.800,00 | R\$ 1.800,00 |
| Dia 18 | | | | |
| Semana | | 12 Horas | R\$ 1.700,00 | R\$ - |
| Final de semana | | 06 Horas | R\$ 900,00 | R\$ - |
| Semana | | 06 Horas | R\$ 850,00 | R\$ - |
| TOTAL A PAGAR | | | | R\$ 1.800,00 |


Romildo Fontaniello
Provedor



2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/07/2025 às 13:57:29

Dados do Pagador

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

Dados do Recebedor

| | |
|--|-------------------------------------|
| Conta Destino: 748/0718/00000054107-3 | CPF/CNPJ: 53.111.978/0001-97 |
| Tipo Conta: 01 - Conta Corrente | Tipo Pessoa: Jurídica |
| Nome: MOM MEDICAL LTDA | Valor: R\$ 540,00 |
| Finalidade: 10 - Crédito em Conta | Valor Tarifa: R\$ 12,00 |
| Histórico: | |

Informações do Pagamento

| | |
|-------------------------------------|---|
| Data do Débito: 24/06/2025 | Código da Operação: 72906752 |
| Data da Operação: 24/06/2025 | Chave de Segurança: Q6ZRHUWCX1XJ4JJE |

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
00000000298 - E
Autenticidade
JPWE-PODW
Data de Emissão
18/06/2025

PRESTADOR DE SERVIÇOS

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

TOMADOR DE SERVIÇOS

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

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS
SERVIÇO PRESTADO NÃO SUJEITO A RETENÇÃO DA SEGURIDADE SOCIAL, CONFORME ART. 31 LEI 8212/1991 – IN 971/2009 – SERVIÇOS ACIMA DESCRITOS FORAM PRESTADOS PESSOALMENTE PELO SÓCIO SEM O CONCURSO DE EMPREGADOS OU OUTROS CONTRIBUINTE INDIVIDUAIS
ISSQN – ANUAL
SERVIÇO PRESTADO REF PLANTÕES
- COMPETÊNCIA MAIO/2025 - TERMO DE CONVÊNIO: NÚMERO: 03/SS/2024.
SERVIÇO PRESTADO PELA DRº RENATO SARDINHA MANTOVANI – CRM 97169
VALOR BRUTO: R\$ 24.800,00

PGTO PARCIAL

CONVÊNIO Nº 05 ISS / 0004

VALOR PGTO: R\$ _____

VALOR LIQUIDO A RECEBER R\$ 23.274,80

Serviço realizado em: **MOGI GUAÇU**
PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU
TERMO DE CONVÊNIO Nº 05 / 2024
FONTES DE RECURSO
 MUNICIPAL R\$ _____ () FMDCA R\$ _____
 ESTADUAL R\$ _____ () PRÓPRIOS R\$ _____
 FEDERAL R\$ _____ () OUTROS R\$ _____

**CONFERE COM
O ORIGINAL**

Amanda
ASSINATURA

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

Situação de Tributação
Tributada no Prestador

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

| | | | |
|--------------------------------------|---|--------------------------|-----------------------------|
| Deduções de Materiais 0,00 | Base de Cálculo (R\$) 24.800,00 | Alíquota (%) - | Vr do ISS (R\$) - |
|--------------------------------------|---|--------------------------|-----------------------------|

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 24.800,00



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
Renato Sardinha Mantovani

CNPJ/CPF:

52.882.642/0001-65
Neuropediatra

Especialidade:

Convênio: PLANTÕES

Competência: 05/2025

| Dias da Semana | Quantidade | Referência | Valor | Valor Total |
|--|------------|------------|------------|---------------|
| Semana/Final de semana Dias 01 a 31/05/2025 | 31 | 24 Horas | R\$ 800,00 | R\$ 24.800,00 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| TOTAL A PAGAR | | | R\$ | R\$ 24.800,00 |


 Romildo Fontaniallo
 Provedor



2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/07/2025 às 13:57:29

Dados do Pagador

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

Dados do Recebedor

| | |
|--|-------------------------------------|
| Conta Destino: 033/0181/00013006460-4 | CPF/CNPJ: 52.882.642/0001-65 |
| Tipo Conta: 01 - Conta Corrente | Tipo Pessoa: Jurídica |
| Nome: RSM NEUROPEDIATRIA SS LTDA | Valor: R\$ 6.982,44 |
| Finalidade: 10 - Crédito em Conta | Valor Tarifa: R\$ 12,00 |
| Histórico: | |

Informações do Pagamento

| | |
|-------------------------------------|---|
| Data do Débito: 24/06/2025 | Código da Operação: 72906753 |
| Data da Operação: 24/06/2025 | Chave de Segurança: 917C91FZ92E21398 |

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
00000003853 - E

Autenticidade
73IU-X8TH

Data de Emissão
18/06/2025

PRESTADOR DE SERVIÇOS



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

TOMADOR DE SERVIÇOS

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

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

HONORÁRIOS MÉDICOS - LUIS FRANCISCO B GABRIOTTI

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

Valor Líquido R\$ 10.511,20

Vencimento: 20/06/2025

Convênio 03/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 CONTRIBUINTE INDIVIDUAIS. ISSQN ANUAL

PGTO PARCIAL

CONVÊNIO nº 05/SS/2024
 VALOR PGTO: R\$ 3153,36

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

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

CONFERE COM
 O ORIGINAL

Amanda

ASSINATURA

Processo executado por: 172.16.20.60

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

Situação de Tributação
 Tributada no Prestador

Código do Serviço

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

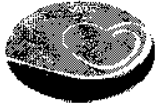
Deduções de Materiais
0,00

Base de Cálculo (R\$)
11.200,00

Aliquota (%)
0,0000%

Vr do ISS (R\$)
0,00

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 11.200,00

**DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS**

Entidade: Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu

CNPJ: 52.739.950/0001-36

Nome Pessoa Jurídica:

TGG NEONATOLOGIA SERVICOS MEDICOS SOCIEDADE SIMPLE

Nome Pessoa Física:

Luis Francisco Barbero Gabriotti

CNPJ/CPF.:

20.385.622/0001-92

Especialidade:

Urologista

Convênio: PLANTÕES

Competência: 05/2025

| Dias da Semana | Quantidade | Referência | Valor | Valor Total |
|---|------------|------------|------------|---------------|
| Semana/Final de semana | 14 | 24 Horas | R\$ 800,00 | R\$ 11.200,00 |
| Dias de 05 a 11, de 19 a 25/05 | | | | |
| | | | Ajuste 50% | |
| Conforme acordado entre os especialistas, pagar 50 % sobre valor total dos plantões, para os Drs. Bruno e Luis Francisco, fizemos o ajuste para o valor ficar igual | | | | |
| TOTAL A PAGAR | | | | R\$ 11.200,00 |


Romildo Fontaniello
Provedor

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/07/2025 às 13:57:29

Dados do Pagador

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

Dados do Recebedor

| | |
|---|-------------------------------------|
| Conta Destino: 033/3208/00013002306-4 | CPF/CNPJ: 20.385.622/0001-92 |
| Tipo Conta: 01 - Conta Corrente | Tipo Pessoa: Jurídica |
| Nome: TGG NEONATOLOGIA SERVICOS MEDICOS SOCIED | Valor: R\$ 3.153,36 |
| Finalidade: 10 - Crédito em Conta | Valor Tarifa: R\$ 12,00 |
| Histórico: | |

Informações do Pagamento

| | |
|-------------------------------------|---|
| Data do Débito: 24/06/2025 | Código da Operação: 72906759 |
| Data da Operação: 24/06/2025 | Chave de Segurança: T7K25XH4WFSA55FY |

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
577 / NFD
Número e Série do RPS
-

Competência da NFS-e
18/06/2025
Chave de Acesso
3556206122524382100018000000000057725060000005775

Data e Hora da Emissão da
18/06/25 18:15



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

Numero

157

Complemento

Bairro

Jardim Ribeiro

Município

Valinhos - SP

CEP

13270-185

Email

draanaligia@gmail.com

Telefone

11981630242

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

Numero

608

Complemento

Bairro

Centro

Município

Mogi Guaçu/SP

País

Brasil

Email

tesouraria@santacasamogiguacu.org.br

CEP

13840-005

Telefone

Dados do Intermediário

Não Informado

CONFERE COM

Obras & Eventos

O ORIGINAL

Serviço Prestado

Classificação do Serviço

04.01.01 - Medicina.

Código NBS

1.2301.12.00 - Serviços ginecológicos e obstétricos

Local da Prestação

Valinhos-SP

País da Prestação

Local da Incidência do ISSQN

Valinhos-SP

Descrição do Serviço

SERVIÇOS PERSTADOS REFERENTE PLANTÕES MAIO/2025.

CONVENIO NUMERO 03/SS/2024.

DRA ANA LIGIA RIBEIRO FEITOSA - CRM 137669

EMPRESA OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL

VALOR APROXIMADOS DOS TRIBUTOS 15,60%

PGTO PARCIAL

CONVENIO n° 03/SS / 2024

VALOR PGTO: R\$ 5130,00

Tributação Federal

Valor Total da NFS-E

Valor da NFS-E

R\$ 19.100,00

Deduções

R\$ 0,00

Valor do Serviço

R\$ 19.100,00

Retenção ISSQN

Não

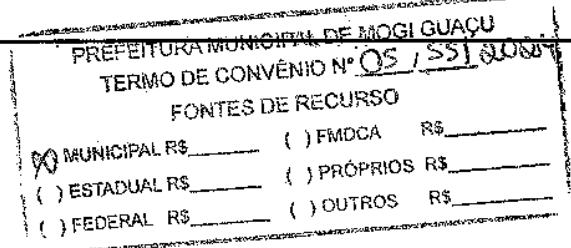
Aliquota

Valor do ISSQN

Apuração PGDAS-D

Valor Líquido

R\$ 19.100,00



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\$ 3189,70

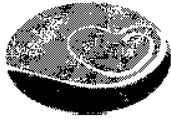
Forma de Pagamento:

CONFERE COM
O ORIGINAL

Amanda

ASSINATURA

DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS



Entidade: **Irm. Santa Casa de Mls. 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: **05/2025**

| Dias da Semana | Quantidade | Referência | Valor | Valor Total |
|------------------------|------------|------------|--------------|---------------|
| Semana | 7 | 12 Horas | R\$ 1.700,00 | R\$ 11.900,00 |
| Dias 08, 15, 22, 28, | | | | |
| Final de Semana | 4 | 12 Horas | R\$ 1.800,00 | R\$ 7.200,00 |
| Dias 10, 31 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| TOTAL A PAGAR | | | | R\$ 19.100,00 |


 Romildo Fontaniello
 Provedor

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/07/2025 às 13:57:29

Dados do Pagador

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

Dados do Recbedor

| | |
|--|-------------------------------------|
| Conta Destino: 033/0781/00013000576-4 | CPF/CNPJ: 25.243.821/0001-80 |
| Tipo Conta: 01 - Conta Corrente | Tipo Pessoa: Jurídica |
| Nome: ANA LIGIA RIBEIRO FEITOSA DE BRITO LTDA | Valor: R\$ 5.730,00 |
| Finalidade: 10 - Crédito em Conta | Valor Tarifa: R\$ 12,00 |
| Histórico: | |

Informações do Pagamento

| | |
|-------------------------------------|---|
| Data do Débito: 24/06/2025 | Código da Operação: 72906757 |
| Data da Operação: 24/06/2025 | Chave de Segurança: 3MNN0EJ0XTP8KHG5 |

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
000000003479 - E

Autenticidade
L1Y-YS1A

Data de Emissão
19/06/2025

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: NEUROCOR - SERVICOS MEDICOS S/S
CPF/CNPJ: 05.976.969/0001-16 **IM:** 158992 **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 prestados pelo Dr Mateus Dal Fabbro. Plantões 05/2025. Convênio número 03/SS/2024.

Valor Bruto.....400,00
Irenda 6,00
4,65% 18,60
Valor Líquido.....375,40

CONFERE COM
O ORIGINAL

Conta para depósito
Banco Santander
Agencia 0181
C/C 13003450-4

Amando
ASSINATURA

"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"

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU
TERMO DE CONVÊNIO Nº 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\$ _____ |

PGTO PARCIAL
CONVÊNIO Nº 03/SS/2024
VALOR PGTO: R\$ 111,60

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\$ 45,32 - 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\$)
400,00

Alíquota (%)
-

Vr do ISS (R\$)
-

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 400,00

DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS



Entidade: Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu

CNPJ: 52.739.950/0001-36

Nome Pessoa Jurídica: NEUROCOR - SERVIÇOS MÉDICOS SS

Nome Pessoa Física: MATEUS DAL FABRO

CNPJ/CPF: 05.976.969/0001-16

Especialidade: Neurologista

CONVÊNIOS PLANILHAS

Competência: 05/2025

| Dias da Semana | Quantidade | Referência | Valor | Valor Total |
|------------------------|------------|------------|------------|-------------------|
| Semana/Final de semana | | 24 Horas | R\$ 800,00 | R\$ - |
| Semana/Final de semana | 1 | 12 Horas | R\$ 400,00 | R\$ 400,00 |
| Dia 02 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| TOTAL A PAGAR | | | | R\$ 400,00 |

Romildo Fontaniello
Provedor

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/07/2025 às 13:57:29

Dados do Pagador

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

Dados do Recebedor

| | |
|--|-------------------------------------|
| Conta Destino: 033/0181/00013003450-4 | CPF/CNPJ: 05.976.969/0001-16 |
| Tipo Conta: 01 - Conta Corrente | Tipo Pessoa: Jurídica |
| Nome: NEUROCOR - SERVICOS MEDICOS S/S | Valor: R\$ 112,62 |
| Finalidade: 10 - Crédito em Conta | Valor Tarifa: R\$ 12,00 |
| Histórico: | |

Informações do Pagamento

| | |
|-------------------------------------|---|
| Data do Débito: 24/06/2025 | Código da Operação: 72906763 |
| Data da Operação: 24/06/2025 | Chave de Segurança: GRC1CJWELWE83J93 |

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
000000000111 - E

Autenticidade
EX8B-IESU

Data de Emissão
20/06/2025

PRESTADOR DE SERVIÇOS

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

TOMADOR DE SERVIÇOS

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

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Convênio numero 03/SS/2024
Dr. Cassio....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\$ 2425,40

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

CONFERE COM
O ORIGINAL

Amanda
ASSINATURA

Processo executado por: 172.16.20.60

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

Situação de Tributação
Tributado no Tomador

Código do Serviço

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

Aliquota (%)
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

Competência: 05/2025

| Dias da Semana | Quantidade | Referência | Valor | Valor Total |
|-----------------|------------|------------|--------------|--------------|
| Semana | | 24 Horas | R\$ 3.400,00 | R\$ - |
| Final de semana | 2 | 24 Horas | R\$ 3.600,00 | R\$ 7.200,00 |
| Dias 03, 04 | | | | |
| Semana | 1 | 12 Horas | R\$ 1.700,00 | R\$ 1.700,00 |
| Dia 02 | | | | |
| TOTAL A PAGAR | | | | R\$ 8.900,00 |


Romildo Fontaniello
Provedor

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/07/2025 às 13:57:29

Dados do Pagador

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

Dados do Recebedor

| | |
|--|-------------------------------------|
| Conta Destino: 033/0181/00013006276-7 | CPF/CNPJ: 50.234.595/0001-18 |
| Tipo Conta: 01 - Conta Corrente | Tipo Pessoa: Jurídica |
| Nome: REBECCHI SERVICOS MEDICOS LTDA | Valor: R\$ 2.425,70 |
| Finalidade: 10 - Crédito em Conta | Valor Tarifa: R\$ 12,00 |
| Histórico: | |

Informações do Pagamento

| | |
|-------------------------------------|---|
| Data do Débito: 24/06/2025 | Código da Operação: 72906758 |
| Data da Operação: 24/06/2025 | Chave de Segurança: XYEMEP401JP9A3UX |

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
00000000909 - E

Autenticidade
D0RE-7FLC

Data de Emissão
20/06/2025

PRESTADOR DE SERVIÇOS

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

TOMADOR DE SERVIÇOS

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

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

NOTA REFERENTE SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS PLANTÕES 05/2025.

CONVÊNIO NUMERO 03/SS/2024
VALOR BRUTO: R\$ 10.400,00
PIS: 0,65% = R\$ 67,60
CONFINS: 3 % = R\$ 312,00
CONTRIBUIÇÃO SOCIAL: 1%= R\$ 104,00
IR: 1,5% = R\$ 156,00
VALOR LÍQUIDO = R\$ 9.760,40

CONFERE COM
O ORIGINAL

DRA LAVINIA MARTIN

Lavinia
ASSINATURA

NÃO SUJEITO Á SEGURIDADE SOCIAL CONFORME ART-31 DA LEI-8212/91, OS/INSS-209/99,
IN/INSS-DC-100/03 E IN/MPS-IRP-03/05

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU
TERMO DE CONVÊNIO Nº 03/SS/2024
FONTES DE RECURSO

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

PGTO PARCIAL
CONVÊNIO Nº 03/SS/2024
VALOR PGTO: R\$ 9.908,10

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\$)
10.400,00

Aliquota (%)
-

Vr do ISS (R\$)
-

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 10.400,00



DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

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

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**

CONVENIO PLANIOES

Competência: **05/2025**

| Dias da Semana | Quantidade | Referência | Valor | Valor Total |
|-------------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|----------------------|
| Semana/Final de semana | 13 | 24 Horas | R\$ 800,00 | R\$ 10.400,00 |
| Dias: De 05 a 11 e | | | | |
| 26 a 31 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| TOTAL A PAGAR | | | R\$ | 10.400,00 |

Romildo Fontaniello
Provedor



2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/07/2025 às 13:57:29

Dados do Pagador

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

Dados do Recebedor

| | |
|--|-------------------------------------|
| Conta Destino: 033/3208/00013002780-0 | CPF/CNPJ: 24.093.971/0001-91 |
| Tipo Conta: 01 - Conta Corrente | Tipo Pessoa: Jurídica |
| Nome: LM SERVICOS MEDICOS S/S LTDA | Valor: R\$ 2.928,12 |
| Finalidade: 10 - Crédito em Conta | Valor Tarifa: R\$ 12,00 |
| Histórico: | |

Informações do Pagamento

| | |
|-------------------------------------|---|
| Data do Débito: 24/06/2025 | Código da Operação: 72906761 |
| Data da Operação: 24/06/2025 | Chave de Segurança: 5U6GPM1QKVA316GK |

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 MOGI GUAÇU
SECRETARIA DA FAZENDA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS

Número da Nota - Série
00000000710 - E

Autenticidade
09T0-25S2

Data de Emissão
18/06/2025

PRESTADOR DE SERVIÇOS



Nome/Razão Social: MARTINS SERVICOS MEDICOS S/S
CPF/CNPJ: 32.077.739/0001-98 IM: 319677 IE: Fone: 19 3851-8000
Endereço: RUA VICENTE ORTIZ DE CAMARGO,80,JARDIM PLANALTO VERDE - CEP : 13843214
Município: Mogi Guaçu UF: SP E-mail: elia.bonfim@empmed.com.br

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MOGI GU
CPF/CNPJ: 52.739.950/0001-36 IM: 10286 IE: 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- ISIS BARROSO FALSETE MARTINS

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

Valor Líquido R\$ 3.378,60

Vencimento: 20/06/2025

Convênio 03/SS/2024 -

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

PGTO PARCIAL

CONVÊNIO Nº 05/SS / 2024

VALOR PGTO: R\$ 1013,58

CONFERE COM
O ORIGINAL

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

Amanda
ASSINATURA

Processo executado por: 172.16.20.60

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

Situação de Tributação
Tributada no Prestador

Código do Serviço

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

Deduções de Materiais
0,00

Base de Cálculo (R\$)
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: 05/2025

| Dias da Semana | Quantidade | Referência | Valor | Valor Total |
|----------------------|------------|------------|--------------|--------------|
| Final de Semana | 2 | 12 Horas | R\$ 1.800,00 | R\$ 3.600,00 |
| Dia 04 | | | | |
| Semana | | 12 Horas | R\$ 1.700,00 | R\$ - |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| TOTAL A PAGAR | | | | R\$ 3.600,00 |


Romildo Fontaniello
Provedor

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/07/2025 às 13:57:29

Dados do Pagador

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

Dados do Recebedor

| | |
|--|-------------------------------------|
| Conta Destino: 033/3208/00013003386-7 | CPF/CNPJ: 32.077.739/0001-98 |
| Tipo Conta: 01 - Conta Corrente | Tipo Pessoa: Jurídica |
| Nome: MARTINS SERVICOS MEDICOS S/S | Valor: R\$ 1.013,58 |
| Finalidade: 10 - Crédito em Conta | Valor Tarifa: R\$ 12,00 |
| Histórico: | |

Informações do Pagamento

| | |
|-------------------------------------|---|
| Data do Débito: 24/06/2025 | Código da Operação: 72906764 |
| Data da Operação: 24/06/2025 | Chave de Segurança: G029R1GUMYFYANQL |

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

Atê CAIXA: 0800 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
00000003330 - E

Autenticidade
JZQT-X1NM

Data de Emissão
18/06/2025

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-GUAÇU **UF:** SP **E-mail:** bcesarv@yahoo.com.br

TOMADOR DE SERVIÇOS

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

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Referente serviços médicos prestados Plantões em Urologia 05/2025.

Convênio numero 03/SS/2024

Dr. Bruno Vedovato - CRM 135284
Bruto: R\$ 11.200,00
IR: 168,00
CSLL, PIS, COFINS: 520,80
Líquido a pagar: 10511,20

CONFERE COM
O ORIGINAL

Amanda

ASSINATURA

| | |
|---|---|
| PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU | |
| 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\$ _____ |

PGTO PARCIAL

CONVÊNIO N° 03/SS/2024

VALOR PGTO: R\$ 3.152,26

Processo executado por: 172.16.20.60

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

Situação de Tributação

Tributada no Prestador

Código do Serviço

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

Deduções de Materiais
0,00

Base de Cálculo (R\$)
11.200,00

Alíquota (%)
-

Vr do ISS (R\$)
-

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 11.200,00

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/07/2025 às 13:57:29

Dados do Pagador

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

Dados do Recebedor

| | |
|--|-------------------------------------|
| Conta Destino: 033/3208/00013002274-0 | CPF/CNPJ: 19.715.759/0001-89 |
| Tipo Conta: 01 - Conta Corrente | Tipo Pessoa: Jurídica |
| Nome: LACERDA & VEDOVATO - GINECOLOGIA E UROL | Valor: R\$ 3.153,36 |
| Finalidade: 10 - Crédito em Conta | Valor Tarifa: R\$ 12,00 |
| Histórico: | |

Informações do Pagamento

| | |
|-------------------------------------|---|
| Data do Débito: 24/06/2025 | Código da Operação: 72906762 |
| Data da Operação: 24/06/2025 | Chave de Segurança: 88WSWTYWZKLMSKG5 |


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

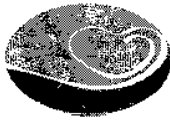
Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

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 20250619v17941198843 | Número da Nota 00002462 | | | |
| | Data e Hora de Emissão 18/06/2025 17:49:03 Código de Verificação SYMA-NDLT | | | |
| PRESTADOR DE SERVIÇOS | | | | |
| CPF/CNPJ: 33.948.247/0001-93 Nome/Razão Social: MULTI CLINICA MEDICA BAB LTDA Endereço: AV ARATAS 284, CONJ 132 - INDIANÓPOLIS - CEP: 04081-001 Município: São Paulo | Inscrição Municipal: 6.291.804-4 UF: SP | | | |
| TOMADOR DE SERVIÇOS | | | | |
| Nome/Razão Social: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MOGI GUACU CPF/CNPJ: 62.739.950/0001-36 Endereço: Rua CHICO DE PAULA 608 - CENTRO - CEP: 13940-005 Município: Mogi Guaçu | | | | |
| Inscrição Municipal: --- UF: SP E-mail: viviana@santacasamogiguacu.org.br | | | | |
| INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS | | | | |
| CPF/CNPJ: --- Nome/Razão Social: --- | | | | |
| DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS | | | | |
| SERVIÇOS MEDICOS PRESTADOS (CIRURGIA ESTIVA) PELO DR. BRUNO ANHESINI BENETTI - CRM 163166 Convênio numero 03/SS/2024 | | | | |
| CONFETE COM O ORIGINAL | | | | |
| PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUACU TERMO DE CONVÊNIO Nº <u>05/SS/2024</u> FONTES DE RECURSO () MUNICIPAL R\$ _____ () FMDCA R\$ _____ () ESTADUAL R\$ _____ () PRÓPRIOS R\$ _____ () FEDERAL R\$ _____ () OUTROS R\$ _____ | | | | |
| ASSINATURA PGTO PARCIAL CONVÊNIO Nº <u>05/SS/2024</u> VALOR PGTO: R\$ <u>11712,48</u> | | | | |
| VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 41.600,00 | | | | |
| INSS (R\$) | IRRF (R\$) | CSLL (R\$) | COFINS (R\$) | PIS/PASEP (R\$) |
| - | 624,00 | 416,00 | 1.248,00 | 270,40 |
| Código do Serviço | | | | |
| 04030 - Medicina e biomedicina. | | | | |
| 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 | |
| OUTRAS INFORMAÇÕES | | | | |
| (1) Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 14.097/2005; (2) Data de vencimento do ISS desta NFS-e: 10/07/2025; | | | | |



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: 05/2025

| Dias da Semana | Quantidade | Referência | Valor | Valor Total |
|-----------------------------|------------|------------|--------------|---------------|
| Semana (P1) | 5 | 24 Horas | R\$ 3.400,00 | R\$ 17.000,00 |
| Dias 02, 07, 14, 23, 28 | | | | |
| Final de semana (P1) | 1 | 24 Horas | R\$ 3.600,00 | R\$ 3.600,00 |
| Dia 24 | | | | |
| Semana (P2) | 3 | 24 Horas | R\$ 3.400,00 | R\$ 10.200,00 |
| Dias 08, 16, 29 | | | | |
| Final de semana (P2) | 3 | 24 Horas | R\$ 3.600,00 | R\$ 10.800,00 |
| Dia 01, 10, 25 | | | | |
| TOTAL A PAGAR | | | | R\$ 41.600,00 |


Romildo Fontaniello
Provedor



2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/07/2025 às 13:57:29

Dados do Pagador

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

Dados do Recebedor

| | |
|--|-------------------------------------|
| Conta Destino: 033/3634/00013005919-8 | CPF/CNPJ: 33.948.247/0001-93 |
| Tipo Conta: 01 - Conta Corrente | Tipo Pessoa: Jurídica |
| Nome: MULTI CLINICA MEDICA BAB LTDA | Valor: R\$ 11.712,48 |
| Finalidade: 10 - Crédito em Conta | Valor Tarifa: R\$ 12,00 |
| Histórico: | |

Informações do Pagamento

| | |
|-------------------------------------|---|
| Data do Débito: 24/06/2025 | Código da Operação: 72906766 |
| Data da Operação: 24/06/2025 | Chave de Segurança: UL15EL1Y8HHXZAZG |

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

Número da Nota
00000046
 Data e Hora de Emissão
18/06/2025 16:45:51
 Código de Verificação
RHQP-C3WU

20250618u57173357000199

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: **57.173.357/0001-99** Inscrição Municipal: **1.491.306-2**
 Nome/Razão Social: **RS CARUSSO SERVICOS MEDICOS LTDA**
 Endereço: **AV ANGELICA 321, CONJ 168 - SANTA CECILIA - CEP: 01227-000**
 Município: **São Paulo** UF: **SP**

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: **IRM STA CASA MIS DE MOGI GUACU** Inscrição Municipal: **---**
 CPF/CNPJ: **52.739.960/0001-36**
 Endereço: **Rua R CHICO DE PAULA, 608 - CENTRO - CEP: 13840-005**
 Município: **Mogi Guaçu** UF: **SP** E-mail: **ROSIMERE@SANTACASAMOGIGUACU.ORG.BR**

INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: **---** Nome/Razão Social: **---**

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS REFERENTES AOS PLANTÕES DE MAIO/2025
 CONVÊNIO Nº 03/SS/2024
 DRA. RAISSA SARAIVA CARUSSO
 CRM 215707
 VALOR LÍQUIDO: R\$ 3.378,60

CONFERE COM O ORIGINAL

Armanda
ASSINATURA

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUACU
 TERMO DE CONVÊNIO Nº 03 / SS / 2024

FONTES DE RECURSO

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

PGTO PARCIAL
 CONVÊNIO Nº 03/SS/2024
 VALOR PGTO: R\$ 1013,58

VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 3.600,00

| | | | | |
|------------|------------|------------|--------------|-----------------|
| INSS (R\$) | IRRF (R\$) | CSLL (R\$) | COFINS (R\$) | PIS/PASEP (R\$) |
| - | 54,00 | 36,00 | 108,00 | 23,40 |

Código do Serviço

04030 - Medicina e biomedicina.

| | | | | |
|-----------------------------------|--------------------------|---------------------------------------|--------------------|---------------|
| Valor Total das Deduções (R\$) | Base de Cálculo (R\$) | Alíquota (%) | Valor do ISS (R\$) | Crédito (R\$) |
| 0,00 | 3.600,00 | 2,00% | 72,00 | 0,00 |
| Município da Prestação do Serviço | Número Inscrição da Obra | Valor Aproximado dos Tributos / Fonte | | |
| - | - | - | | |

OUTRAS INFORMAÇÕES

(1) Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 14.097/2005; (2) Data de vencimento do ISS desta NFS-e: 10/07/2025;



DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

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

CNPJ: **52.739.950/0001-36**

Nome Pessoa Jurídica: **RS CARUSSO SERVIÇOS MEDICOS LTDA**

Nome Pessoa Física: **Raissa Saraiva Caruso**

CNPJ/CPF.: **57.173.357/0001-99**

Especialidade: **Anestesiologista**

Convênio: **PLANTÕES**

Competência: **05/2025**

| Dias da Semana | Quantidade | Referência | Valor | Valor Total |
|----------------------|------------|------------|--------------|---------------------|
| Final de semana (P1) | 1 | 24 Horas | R\$ 3.600,00 | R\$ 3.600,00 |
| Dia 04 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| TOTAL A PAGAR | | | | R\$ 3.600,00 |


Romildo Fontaniello
Provedor

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/07/2025 às 13:57:29

Dados do Pagador

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

Dados do Recebedor

| | |
|---|-------------------------------------|
| Conta Destino: 033/0334/00013000942-1 | CPF/CNPJ: 57.173.357/0001-99 |
| Tipo Conta: 01 - Conta Corrente | Tipo Pessoa: Jurídica |
| Nome: RS CARUSSO SERVICOS MEDICOS LTDA | Valor: R\$ 1.013,58 |
| Finalidade: 10 - Crédito em Conta | Valor Tarifa: R\$ 12,00 |
| Histórico: | |

Informações do Pagamento

| | |
|-------------------------------------|---|
| Data do Débito: 24/06/2025 | Código da Operação: 72906767 |
| Data da Operação: 24/06/2025 | Chave de Segurança: 6R4YS4EKHWA6WYEZ |

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
00000000296 - E

Autenticidade
E645-04SD

Data de Emissão
20/06/2025

PRESTADOR DE SERVIÇOS

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

TOMADOR DE SERVIÇOS

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

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Serviços Médicos Prestados.

Valor Total Bruto: R\$ 26.100,00
 Retenções: ISSQN (R\$ 797,67)
 Valor Total Líquido: R\$ 25.332,33

Informações para pagamento:

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

| | | | |
|---|---|--|--|
| PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU | | | |
| TERMO DE CONVÊNIO Nº <u>05/SS/2004</u> | | | |
| FONTES DE RECURSO | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> MUNICIPAL R\$ _____ | <input type="checkbox"/> FMDCA R\$ _____ | | |
| <input type="checkbox"/> ESTADUAL R\$ _____ | <input type="checkbox"/> PRÓPRIOS R\$ _____ | | |
| <input type="checkbox"/> FEDERAL R\$ _____ | <input type="checkbox"/> OUTROS R\$ _____ | | |

PGTO PARCIAL
 CONVÊNIO Nº 05/SS/2004
 VALOR PGTO: R\$ 7590,00

CONFERE COM
 O ORIGINAL

(Assinado)

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\$)
 26.100,00

Aliquota (%)
 3,0562%

Vr do ISS (R\$)
 797,67

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 26.100,00



PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU
SECRETARIA DA FAZENDA

Nº da Nota - Serie
0000000296 - E

Autenticidade
E645-O4SD

Carta Nº 21949 anexada em 2025-06-24 09:37:48

Data de Emissão: **20/06/2025 08:29:37** Competência (Serv.): **06/2025**



PRESTADOR DE SERVIÇOS

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

TOMADOR DE SERVIÇOS

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

DESCRIÇÃO

Serviços Médicos Prestados.
Plantões REF 05/2025.

Convênio 03/SS/2024.

Valor Total Bruto: R\$ 26.100,00
Retenções: ISSQN (R\$ 797,67)
Valor Total Líquido: R\$ 25.332,33

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
O ORIGINAL

Amanda

ASSINATURA

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

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: F PINHEIRO DE LIMA SS LTDA


Nome Pessoa Física: Frederico Pinheiro de Lima

CNPJ/CPF.: 32.522.695/0001-68

Especialidade: Ortopedista

Competência: 05/2025

| Dias da Semana | Quantidade | Referência | Valor | Valor Total |
|------------------------|------------|------------|--------------|---------------|
| Semana | 4 | 24 Horas | R\$ 3.400,00 | R\$ 13.600,00 |
| Dia 08, 15, 22, 29 | | | | |
| Final de semana | 3 | 24 Horas | R\$ 3.600,00 | R\$ 10.800,00 |
| Dia 01, 24, 25 | | | | |
| Final de semana | 1 | 12 Horas | R\$ 1.700,00 | R\$ 1.700,00 |
| Dia 23 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| TOTAL A PAGAR | | | | R\$ 26.100,00 |


Romildo Fontaniello
Provedor



2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/07/2025 às 13:57:29

Dados do Pagador

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

Dados do Recebedor

| | |
|--|-------------------------------------|
| Conta Destino: 033/3208/00013003791-9 | CPF/CNPJ: 32.522.695/0001-68 |
| Tipo Conta: 01 - Conta Corrente | Tipo Pessoa: Jurídica |
| Nome: F. PINHEIRO DE LIMA S/S LTDA | Valor: R\$ 7.590,70 |
| Finalidade: 10 - Crédito em Conta | Valor Tarifa: R\$ 12,00 |
| Histórico: | |

Informações do Pagamento

| | |
|-------------------------------------|---|
| Data do Débito: 24/06/2025 | Código da Operação: 72906768 |
| Data da Operação: 24/06/2025 | Chave de Segurança: 1KP9RXVVEVJK1RS1 |

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
00000007215 - E

Autenticidade
LJ8B-MKD5

Data de Emissão
18/06/2025

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: RCJC SERVICO DE ANESTESIOLOGIA S/S
CPF/CNPJ: 11.330.542/0001-49 **IM:** 221520 **IE:** **Fone:** 19 3861-1280
Endereço: RUA CONSELHEIRO JOAO DIAS DE CAMPOS,48,PLANALTO JD. VERDE - CEP : 13843215
Município: Mogi Guaçu **UF:** SP **E-mail:** floresicristiane@ig.com.br

TOMADOR DE SERVIÇOS

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

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

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

ISSQN – ANUAL

SERVIÇO PRESTADO REF PLANTÕES

- COMPETÊNCIA MAIO/2025 - TERMO DE CONVÊNIO: NÚMERO: 03/SS/2024.

SERVIÇO PRESTADO PELA DR JOÃO RICARDO FLORESI – CRM 104688

VALOR BRUTO: R\$ 41.400,00

RETENÇÕES

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

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

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

COFINS = 3% = R\$ 1.242,00

CSLL = 1% = R\$ 414,00

VALOR LIQUIDO A RECEBER R\$ 38.853,90

DADOS BANCARIOS

BANCO: SANTANDER – 033

AGENCIA: 3208

CONTA: 13.001487-7

Serviço realizado em : MOGI GUAÇU

CONFERE COM
O ORIGINAL

Amanda
ASSINATURA

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

PGTO PARCIAL

CONVÊNIO N° 05/SS/2024

Processo executado por: 172.16.20.60

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

VALOR PGTO: R\$ 11656,17

Situação de Tributação
Tributada no Prestador

Código do Serviço

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

Deduções de Materiais
0,00

Base de Cálculo (R\$)
41.400,00

Alíquota (%)
-

Vr do ISS (R\$)
-

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 41.400,00



DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

Entidade: Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu

CNPJ: 52.739.950/0001-36

Nome Pessoa Jurídica: RCJC SERVICOS DE ANESTESIOLOGIA SS LTDA

Nome Pessoa Física: João Ricardo Flores

CNPJ/CPF.: 11.330.542/0001-49

Especialidade: Anestesiologista

Convênio: PLANTÕES

Competência: 05/2025

| Dias da Semana | Quantidade | Referência | Valor | Valor Total |
|-----------------------------|------------|------------|--------------|---------------|
| Semana (P1) | 5 | 24 Horas | R\$ 3.400,00 | R\$ 17.000,00 |
| Dia 06, 09, 13, 20, 27 | | | | |
| Final de semana (P1) | 1 | 24 Horas | R\$ 3.600,00 | R\$ 3.600,00 |
| Dia 11 | | | | |
| Semana (P2) | 4 | 24 Horas | R\$ 3.400,00 | R\$ 13.600,00 |
| Dia 05, 12, 23, 26 | | | | |
| Final de semana (P2) | 2 | 24 Horas | R\$ 3.600,00 | R\$ 7.200,00 |
| Dia 03, 18 | | | | |
| TOTAL A PAGAR | | | | R\$ 31.400,00 |


Romildo Fontaniello
Provedor



2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/07/2025 às 13:57:29

Dados do Pagador

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

Dados do Recebedor

| | |
|---|-------------------------------------|
| Conta Destino: 033/3208/00013001487-7 | CPF/CNPJ: 11.330.542/0001-49 |
| Tipo Conta: 01 - Conta Corrente | Tipo Pessoa: Jurídica |
| Nome: RCJC SERVICO DE ANESTESIOLOGIA S/S | Valor: R\$ 11.656,17 |
| Finalidade: 10 - Crédito em Conta | Valor Tarifa: R\$ 12,00 |
| Histórico: | |

Informações do Pagamento

| | |
|-------------------------------------|---|
| Data do Débito: 24/06/2025 | Código da Operação: 72906771 |
| Data da Operação: 24/06/2025 | Chave de Segurança: 7LCZG3G8G7P6VNJ1 |

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
000000004609 - E

Autenticidade
DK9F-LEYJ

Data de Emissão
18/06/2025

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

PGTO PARCIAL

Valor Líquido R\$ 12.763,60

CONVÊNIO nº 05/SS/2024

Vencimento: 20/06/2025

VALOR PGTO: R\$ 3829,08

Convênio 03/SS/2024 -

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

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

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

CONFERE COM
O ORIGINAL

Amândeo
ASSINATURA

Processo executado por: 172.16.20.60

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

Situação de Tributação
Tributada no Prestador

Código do Serviço

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

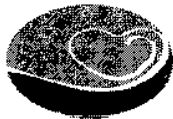
Deduções de Materiais
0,00

Base de Cálculo (R\$)
13.600,00

Alíquota (%)
-

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**

Competência: **05/2025**

| Dias da Semana | Quantidade | Referência | Valor | Valor Total |
|----------------------|------------|-----------------|---------------------|----------------------|
| Semana | 4 | 24 Horas | R\$ 3.400,00 | R\$ 13.600,00 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| TOTAL A PAGAR | | | | |


 Romildo Fontaniello
 Provedor



2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/07/2025 às 13:57:29

Dados do Pagador

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

Dados do Recebedor

| | |
|---|-------------------------------------|
| Conta Destino: 033/3208/00013000470-6 | CPF/CNPJ: 03.250.181/0001-00 |
| Tipo Conta: 01 - Conta Corrente | Tipo Pessoa: Jurídica |
| Nome: PRO ORTHOS CLINICA ESPECIALIZADA ORTOPED | Valor: R\$ 3.829,08 |
| Finalidade: 10 - Crédito em Conta | Valor Tarifa: R\$ 12,00 |
| Histórico: | |

Informações do Pagamento

| | |
|-------------------------------------|---|
| Data do Débito: 24/06/2025 | Código da Operação: 72906772 |
| Data da Operação: 24/06/2025 | Chave de Segurança: 1A3HGXQWE3FMNRKA |

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
000000001097 - E

Autenticidade
J84L-DW0F

Data de Emissão
18/06/2025

PRESTADOR DE SERVIÇOS



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

TOMADOR DE SERVIÇOS

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

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

HONORÁRIOS MÉDICOS - JOSÉ HEITOR V. RUA

Base IRRF R\$: 24.800,00 - Vir R\$ 372,00 - Base PIS/Cofins/CSLL R\$ 24.800,00 - PIS R\$ 161,20 - Cofins R\$ 744,00
 - CSLL R\$ 248,00 - Valor Aprox Tributos: 3553,84 (14,33%) - Fonte: IBPT

Valor Líquido R\$ 23.274,80

Vencimento: 20/06/2025

Convênio 03/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 03/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\$ 6.982,44

**CONFERE COM
 O ORIGINAL**

Janyka
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\$)
24.800,00

Aliquota (%)

Vr do ISS (R\$)

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 24.800,00



DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

Entidade: Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu

CNPJ: 52.739.950/0001-36

Nome Pessoa Jurídica: SAO FRANCISCO AUDIOLOGIA SOCIEDADE SIMPLES

Nome Pessoa Física: Jose Heitor Vallim Rua

CNPJ/CPF.: 01.706.690/0001-61

Especialidade: Otorrinolaringologista

Convênio: PLANTÕES

Competência: 05/2025

| Dias da Semana | Quantidade | Referência | Valor | Valor Total |
|------------------------|------------|------------|------------|---------------|
| Semana/Final de semana | 31 | 24 Horas | R\$ 800,00 | R\$ 24.800,00 |
| Semana/Final de semana | | 12 Horas | R\$ 400,00 | R\$ - |
| TOTAL A PAGAR | | | | R\$ 24.800,00 |


Romildo Fontaniello
Provedor

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/07/2025 às 13:57:29

Dados do Pagador

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

Dados do Recebedor

| | |
|--|-------------------------------------|
| Conta Destino: 033/0181/00013006126-1 | CPF/CNPJ: 01.706.690/0001-61 |
| Tipo Conta: 01 - Conta Corrente | Tipo Pessoa: Jurídica |
| Nome: SAO FRANCISCO AUDIOLOGIA SS | Valor: R\$ 6.982,44 |
| Finalidade: 10 - Crédito em Conta | Valor Tarifa: R\$ 12,00 |
| Histórico: | |

Informações do Pagamento

| | |
|-------------------------------------|---|
| Data do Débito: 24/06/2025 | Código da Operação: 72906774 |
| Data da Operação: 24/06/2025 | Chave de Segurança: 1W1U7TSPE677AH9M |

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

Atê CAIXA: 0800 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
000000001207 - E
Autenticidade
K2T0-1EAK
Data de Emissão
18/06/2025

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 : 03/SS/2024
Dr Marcos Alexandre F da Cruz
CRM 91656

**CONFERE COM
O ORIGINAL**

IRRF 1,5% R\$ 93,00
CSLL 1% R\$ 62,00
COFINS 3% R\$ 186,00
PIS 0,65% R\$ 40,30

Carlyla
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\$ 4.689,81

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\$) | Aliquota (%) | Vr do ISS (R\$) |
|-----------------------|-----------------------|--------------|-----------------|
| 0,00 | 6.200,00 | 3,0000% | 186,00 |

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 6.200,00

**DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS**

Entidade: Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu

CNPJ: 52.739.950/0001-36

Nome Pessoa Jurídica: CLINICA MEDICA CAPE SS

Nome Pessoa Física: Marcos Alexandre Francato da Cruz

CNPJ/CPF.: 08.742.556/0001-65

Especialidade: Torácico

Convênio: PLANTÕES

Competência: 05/2025

| 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\$ 6.200,00 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| TOTAL A PAGAR | | | R\$ | 6.200,00 |


Romildo Fontaniello
Provedor

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/07/2025 às 13:57:29

Dados do Pagador

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

Dados do Recebedor

| | |
|---|---------------------------------|
| Conta Destino: 033/0181/00001035580-6 | CPF/CNPJ: 120.599.738-56 |
| Tipo Conta: 01 - Conta Corrente | Tipo Pessoa: Física |
| Nome: CLINICA MEDICA CAPE MARCOS ALEXANDRE | Valor: R\$ 1.689,81 |
| Finalidade: 10 - Crédito em Conta | Valor Tarifa: R\$ 12,00 |
| Histórico: | |

Informações do Pagamento

| | |
|-------------------------------------|---|
| Data do Débito: 24/06/2025 | Código da Operação: 72906773 |
| Data da Operação: 24/06/2025 | Chave de Segurança: FXGM5QWQFCZKHWRV |

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

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

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492



Prefeitura Municipal Campinas
Secretaria Municipal de Finanças



Nota Fiscal de Serviços eletrônica de Campinas
NFSe Campinas - Prestador

qhLlWShH

DADOS DA NFSe Campinas

Data e hora de emissão 20/08/2025 20:00:58
Competência 06/2025
Número / Série 243 / E

A autenticidade desta NFSe Can pode ser verificada pela leitura código QR ou pela consulta do Cód Verificação de Autenticidade acin 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
E-mail ra_zanini@hotmail.com
Município CAMPINAS / SP BRASIL
Telefone (19) 9168-5360
CEP 13015-140

TOMADOR DO SERVIÇO

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

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

SERVIÇOS MEDICOS PRESTADOS REF. MAIO/2025;
05 PLANTÕES PRESENCIAIS, GINECO/OBSTETRA, REALIZADOS EM DIAS DE SEMANA (NOFURNO), PELO DR. MANUEL DIAS NETO, NOS DIAS 06, 13, 20, 21 E 27;
02 PLANTÕES PRESENCIAIS, GINECO/OBSTETRA, REALIZADOS AO FIM DE SEMANA (DIURNO/NOTURNO), PELO DR. MANUEL DIAS NETO, NO DIA 24

CONVENIO NUMERO 03/SS/2024
DADOS PARA PAGAMENTO UNICRED - AG. 3301 - C/C

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

Janyer

ASSINATURA

DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL

TRIBUTAÇÃO MUNICIPAL

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

CÁLCULO DO ISSQN

| | | | | | |
|------------------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------------|-----------|----------------------|
| Valor total da NFSe Campinas (R\$) | Total das deduções (R\$) | Desc. Incondicionado (R\$) | Base de cálculo do ISSQN (R\$) | Alíq. (%) | Valor do ISSQN (R\$) |
| 12.100,00 | 0,00 | 0,00 | 12.100,00 | **** | ** |

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\$) |
| 12.100,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 12.100,00 |

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

PGTO PARCIAL

CONVÊNIO Nº 05/65/2024

VALOR PGTO: R\$ 3.630,00



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

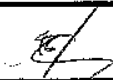
CNPJ/CPF.: 27.601.489/0001-03

Especialidade: Obstetra

Comissão: PLANTÃO

Competência: 05/2025

| Dias da Semana | Quantidade | Referência | Valor | Valor Total |
|------------------------|------------|------------|--------------|---------------|
| Semana | 5 | 12 Horas | R\$ 1.700,00 | R\$ 8.500,00 |
| Dia 06, 13, 20, 21, 27 | | | | |
| Final de Semana | 2 | 12 Horas | R\$ 1.800,00 | R\$ 3.600,00 |
| Dia 24 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| TOTAL A PAGAR | | | | R\$ 12.100,00 |


Romildo Fontaniello
Provedor



2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/07/2025 às 13:57:29

Dados do Pagador

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

Dados do Recbedor

| | |
|---|-------------------------------------|
| Conta Destino: 136/3301/0000009067-0 | CPF/CNPJ: 27.601.489/0001-03 |
| Tipo Conta: 01 - Conta Corrente | Tipo Pessoa: Jurídica |
| Nome: MANUEL DIAS DA SILVA NETO LTDA | Valor: R\$ 3.630,00 |
| Finalidade: 10 - Crédito em Conta | Valor Tarifa: R\$ 12,00 |
| Histórico: | |

Informações do Pagamento

| | |
|-------------------------------------|---|
| Data do Débito: 24/06/2025 | Código da Operação: 72906776 |
| Data da Operação: 24/06/2025 | Chave de Segurança: ZTLUKCKHFXWT37GX |

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
00000000871 - E

Autenticidade
OGYF-FUBH

Data de Emissão
22/06/2025

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: 03/SS/2024

SERVIÇOS PRESTADOS
 VALOR BRUTO R\$ 19.050,00
 CSLL R\$ 190,50
 COFINS R\$ 571,50
 PIS R\$ 123,82
 IR R\$ 285,75
 VALOR LIQUIDO R\$ 17.878,43

CONFERE 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\$ _____

PGTO PARCIAL
 CONVÊNIO Nº 05/SS/2024
 VALOR PGTO: R\$ 5.363,53

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

Situação de Tributação
 Tributada no Prestador

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

| | | | |
|-------------------------------|------------------------------------|-------------------|----------------------|
| Deduções de Materiais 0,00 | Base de Cálculo (R\$) 19.050,00 | Aliquota (%) - | Vr do ISS (R\$) - |
|-------------------------------|------------------------------------|-------------------|----------------------|

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 19.050,00

**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: **05/2025**

| Dias da Semana | Quantidade | Referência | Valor | Valor Total |
|--|------------|------------|--------------|---------------|
| Semana | 15 | 6 Horas | R\$ 850,00 | R\$ 12.750,00 |
| Dia 01, 02, 05, 06, 09, 12, 13, 14, 16, 19, 20, 21, 23, 27, 28 | | | | |
| Semana | | 12 Horas | R\$ 1.700,00 | R\$ - |
| | | | | |
| Final de semana | 7 | 6 Horas | R\$ 900,00 | R\$ 6.300,00 |
| Dia 03, 04, 17, 18, 24, 25, 31 | | | | |
| Final de semana | | 12 Horas | R\$ 1.800,00 | R\$ - |
| | | | | |
| TOTAL A PAGAR | | | | R\$ 19.050,00 |


Romilde Fontaniello
Provedor



2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/07/2025 às 13:57:29

Dados do Pagador

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

Dados do Recebedor

| | |
|---|-------------------------------------|
| Conta Destino: 001/0456/00000046871-1 | CPF/CNPJ: 15.626.947/0001-80 |
| Tipo Conta: 01 - Conta Corrente | Tipo Pessoa: Jurídica |
| Nome: AMPARO MED CARE SERVICOS MEDICOS S/S | Valor: R\$ 5.363,53 |
| Finalidade: 10 - Crédito em Conta | Valor Tarifa: R\$ 12,00 |
| Histórico: | |

Informações do Pagamento

| | |
|-------------------------------------|--|
| Data do Débito: 24/06/2025 | Código da Operação: 72906778 |
| Data da Operação: 24/06/2025 | Chave de Segurança: V0MNVCMCM9S2ZR44W |

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
00000000582 - E

Autenticidade
DPOV-9A3I

Data de Emissão
23/06/2025

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:** ljmsservicosmedicos@hotmail.com

TOMADOR DE SERVIÇOS

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


DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS PELA DRA. LETÍCIA DINIZ JORDÃO LIMA (CRM/SP 167.647).
COMPETÊNCIA MAIO - TERMO DE CONVÊNIO: 03/SS/2024.

Valor da nota fiscal: R\$ 1.700,00
(Issqn) -R\$ 49,11

Líquido à pagar: R\$ 1.650,89
Serviço realizado em : MOGI GUAÇU/SP

CONFERE COM
O ORIGINAL


ASSINATURA

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

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

FOTO PARCIAL

CONVÊNIO n° 05/SS/2024
VALOR FOTO: R\$ 495,27

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\$)
1.700,00

Aliquota (%)
2,8886%

Vr do ISS (R\$)
49,11

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: **05/2025**

| Dias da Semana | Quantidade | Referência | Valor | Valor Total |
|------------------------|------------|------------|--------------|---------------------|
| Semana/Final de semana | 1 | 12 Horas | R\$ 1.700,00 | R\$ 1.700,00 |
| Dia 02 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| TOTAL A PAGAR | | | | R\$ 1.700,00 |


Romildo Fontaniello
Provedor



2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/07/2025 às 13:57:29

Dados do Pagador

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

Dados do Recebedor

| | |
|---|-------------------------------------|
| Conta Destino: 077/0001/00008127944-2 | CPF/CNPJ: 38.112.136/0001-66 |
| Tipo Conta: 01 - Conta Corrente | Tipo Pessoa: Jurídica |
| Nome: LETICIA JORDAO SERVICOS MEDICOS LTDA | Valor: R\$ 495,27 |
| Finalidade: 10 - Crédito em Conta | Valor Tarifa: R\$ 12,00 |
| Histórico: | |

Informações do Pagamento

| | |
|-------------------------------------|---|
| Data do Débito: 24/06/2025 | Código da Operação: 72906777 |
| Data da Operação: 24/06/2025 | Chave de Segurança: WMF9ZGCF4P918MR5 |

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 AMERICANA
SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e



20250623u54686272000100

| | | | |
|--|--|---|---|
| Número da Nota 00000056 | Data e Hora de Emissão 23/06/2025 11:45:34 | Competência 06/2025 | Código de Verificação 4BQ1-XTUH |
| Exigibilidade Exigível em Americana/SP | | Localidade da Prestação Mogi Guaçu/SP | |

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: **54.685.272/0001-00** Inscrição Municipal: **00121983**
 Nome/Razão Social: **CRTG CLINICA MEDICA**
 Endereço: **RUA CATARINA MENEGAZZO ZANAGA 144 - JARDIM LIZANDRA - CEP: 13471-323**
 Município: **Americana** UF: **SP**

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MOGI GUAC**
 CPF/CNPJ: **52.739.950/0001-36** Inscrição Municipal: **---**
 Endereço: **R Chico de Paula 606 - Centro - CEP: 13640-006**
 Município: **Mogi Guaçu** UF: **SP** E-mail: **elionora@santacasamogiguacu.org.br**

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS EM MOGI GUAÇU - SP
 VALOR APROX. DE TRIBUTOS (15,14%) § 2.227,32
 CONFORME LEI Nº 12.741/12 FONTE IBPT

DR. CARLOS ROBERTO T. GOUVEIA
 referente serviços médicos prestados Plantões 05/2025.
 Convênio numero 03/SS/2024
 Dr. Carlos....13.800,00

CONFERE COM O ORIGINAL

| | | | |
|---|---|--|--|
| 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\$ _____ | | |

Jamylas
ASSINATURA
 PGTO PARCIAL
 CONVÊNIO nº 05/SS/2024
VALOR PGTO: R\$ 3.885,39

| | | | | | |
|--------------------|------------------|------------------|-------------|-----------------|------------------|
| Retenção de COFINS | Retenção de CSLL | Retenção de INSS | Retenção IR | Retenção de PIS | Outras Retenções |
| R\$ 414,00 | R\$ 138,00 | R\$ 0,00 | R\$ 207,00 | R\$ 89,70 | R\$ 0,00 |

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

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 13.800,00

| | | | | |
|--------------------------------|-----------------------|--------------|--------------------|-------------------------------|
| Valor Total das Deduções (R\$) | Base de Cálculo (R\$) | Alíquota (%) | Valor do ISS (R\$) | Crédito p/ Abatimento do IPTU |
| 0,00 | 13.800,00 | 3,00% | 414,00 | 0,00 |

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: 21/07/2025
- Esta NFS-e não gera crédito pois o Tomador de Serviço está localizado fora do município de Americana.
- Valor Líquido a Pagar: R\$ 12.951,30



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: 05/2025

| Dias da Semana | Quantidade | Referência | Valor | Valor Total |
|------------------------|------------|------------|--------------|---------------|
| Semana | 6 | 12 Horas | R\$ 1.700,00 | R\$ 10.200,00 |
| Dia 05, 12, 26, 30 | | | | |
| Final de Semana | 2 | 12 Horas | R\$ 1.800,00 | R\$ 3.600,00 |
| Dia 03 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| TOTAL A PAGAR | | | | R\$ 13.800,00 |

Romildo Fontaniello
Provedor

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/07/2025 às 13:57:29

Dados do Pagador

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

Dados do Recebedor

| | |
|--|-------------------------------------|
| Conta Destino: 756/5004/00001141957-1 | CPF/CNPJ: 54.685.272/0001-00 |
| Tipo Conta: 01 - Conta Corrente | Tipo Pessoa: Jurídica |
| Nome: CRTG CLINICA MEDICA | Valor: R\$ 3.885,39 |
| Finalidade: 10 - Crédito em Conta | Valor Tarifa: R\$ 12,00 |
| Histórico: | |

Informações do Pagamento

| | |
|-------------------------------------|---|
| Data do Débito: 24/06/2025 | Código da Operação: 72906779 |
| Data da Operação: 24/06/2025 | Chave de Segurança: GV7L13XVC6K99PKS |

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
000000001162 - E

Autenticidade
07EA-7SHC

Data de Emissão
18/06/2025

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,DESMEMBAMENTO 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 MÉDICOS 05/2025 – DR. SÉRGIO DIOGO

Convênio numero 03/SS/2024

**CONFERE COM
O ORIGINAL**

IMPOSTOS RETIDOS

PIS (0,65%): R\$ 5,20
CSLL (1%): R\$ 8,00
IR (1,5%): R\$ 12,00
COFINS (3%): R\$ 24,00

TOTAL DE DESCONTOS: R\$ 49,20
VALOR LIQUIDO: R\$ 750,80

Sérgio Diogo
ASSINATURA

| | |
|---|---|
| PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU | |
| 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\$ _____ |

PGTO PARCIAL

CONVÊNIO n° 03/SS/2024
VALOR PGTO: R\$ 248,05

Processo executado por: 172.16.20.60

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

Situação de Tributação
Tributado no Tomador

Código do Serviço

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

Deduções de Materiais
0,00

Base de Cálculo (R\$)
800,00

Alíquota (%)
3,0000%

Vr do ISS (R\$)
24,00

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 800.00

DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS



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

CNPJ: **52.739.950/0001-36**

Nome Pessoa Jurídica: **CEME CENTRO MEDICO ESPECIALIZADO SS**

Nome Pessoa Física: **Irineu A Z Junior**

CNPJ/CPF.: **09.654.824/0001-50**

Especialidade: **Nefrologista**

Convênio: **PLANTOES**

Competência: **05/2025**

| Dias da Semana | Quantidade | Referência | Valor: | Valor Total |
|------------------------|------------|------------|------------|-------------|
| Semana/Final de semana | 1 | 24 Horas | R\$ 800,00 | R\$ 800,00 |
| Dia 27 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| TOTAL A PAGAR | | | | R\$ 800,00 |


 Romildo Fontaniello
 Provedor



2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/07/2025 às 13:57:29

Dados do Pagador

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

Dados do Recebedor

| | |
|---|-------------------------------------|
| Conta Destino: 237/0402/00000089300-5 | CPF/CNPJ: 09.654.824/0001-50 |
| Tipo Conta: 01 - Conta Corrente | Tipo Pessoa: Jurídica |
| Nome: CEME - CENTRO MEDICO ESPECIALIZADO S/S | Valor: R\$ 218,05 |
| Finalidade: 10 - Crédito em Conta | Valor Tarifa: R\$ 12,00 |
| Histórico: | |

Informações do Pagamento

| | |
|-------------------------------------|---|
| Data do Débito: 24/06/2025 | Código da Operação: 72906785 |
| Data da Operação: 24/06/2025 | Chave de Segurança: KJUPCS8QRNR0Y508 |

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

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

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492



PREFEITURA MUNICIPAL DE NATERCIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA

SETOR TRIBUTÁRIO
PRAÇA PREFEITO JUSTINO LISBOA CARNEIRO, 100 - CENTRO
NATÉRCIA - MG - 37.524-000 - Tel.: (35)3456-1238

Nº da Nota: **24/2025**
Nº Integral: 20250000

Código Verificação: **W2XKR9N1**

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

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

Período de Competência: **6/2025**

Natureza da Operação: **TRIBUTAÇÃO NO MUNICÍPIO**

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

Data da Nota Fiscal: **18/06/2025**

Nº da RPS:

Código QR



PRESTADOR DE SERVIÇOS

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

CNPJ: **42.004.441/0001-01**

Nome Fantasia:

Inscrição Municipal:

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

Inscrição Estadual:

Simplex Nat/MEI/Outros: **Simplex Nacional**

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

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

TOMADOR DE SERVIÇOS

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

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

Nome Fantasia:

Inscrição Municipal:

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

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

Inscrição Estadual:

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

DADOS COMPLEMENTARES

Código de Serviço: -

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

Intermediário: **()**

Inscrição Municipal:

Construção Civil - Obra:

ART:

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

- SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS DE PLANTÕES PELA DR. FLAVIA DE SOUZA REIS, REFERENTE A MAIO/2025.
- ESSA NOTA SERÁ LIQUIDADADA PELO CONVÊNIO Nº 03/SS/2024.

CONFERE COM
O ORIGINAL

| | | | |
|---|---|--|--|
| 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\$ _____ | | |

Assinatura
ASSINATURA

PGTO PARCIAL

CONVÊNIO Nº 05/SS/2024

VALOR PGTO: R\$ 4.310,00

VALOR TOTAL DE SERVIÇOS = R\$ 15.700,00

PIS (R\$)

COFINS (R\$)

INSS (R\$)

IR (R\$)

CSLL (R\$)

SEST SENAT (R\$)

Outras Retenções (R\$)



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: **05/2025**

| Dias da Semana | Quantidade | Referência | Valor | Valor Total |
|-------------------------------|------------|-----------------|---------------------|----------------------|
| Semana | 5 | 12 Horas | R\$ 1.700,00 | R\$ 8.500,00 |
| Dia 08, 15, 22, 29, 19 | | | | |
| Final de Semana | 4 | 12 Horas | R\$ 1.800,00 | R\$ 7.200,00 |
| Dia 01, 04, 18, 25 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| TOTAL A PAGAR | | | | R\$ 15.700,00 |


Romildo Fontaniello
Provedor



2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/07/2025 às 13:57:29

Dados do Pagador

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

Dados do Recebedor

| | |
|---|-------------------------------------|
| Conta Destino: 756/3169/00000035692-1 | CPF/CNPJ: 42.004.441/0001-01 |
| Tipo Conta: 01 - Conta Corrente | Tipo Pessoa: Jurídica |
| Nome: FLAVIA DE SOUZA REIS SERVICOS MEDICOS LT | Valor: R\$ 4.710,00 |
| Finalidade: 10 - Crédito em Conta | Valor Tarifa: R\$ 12,00 |
| Histórico: | |

Informações do Pagamento

| | |
|-------------------------------------|---|
| Data do Débito: 24/06/2025 | Código da Operação: 72906783 |
| Data da Operação: 24/06/2025 | Chave de Segurança: PUYS2SP5MRWLF76S |


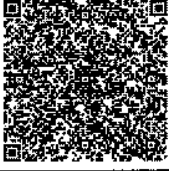
Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

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

| | | | | | |
|--|--|--|--|---------------------------------|--------------------------------------|
|  <p align="center">MUNICÍPIO DE ESPÍRITO SANTO DO PINHAL DEPARTAMENTO DE FINANÇAS</p> <p align="center">NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-E</p> |  | Número da Nota Fiscal 309 | | | |
| | | Série: E | | | |
| | | Data Emissão: 18/06/2025 | | | |
| Certificação: C6304-23488 | | | | | |
| DADOS DO PRESTADOR | | | | | |
| Nome/Razão Social: PAULINI FIORINI DIAS ME Nome Fantasia: CNPJ/CPF: 24.828.936/0001-73 Endereço: RUA OSVALDO CRUZ Bairro: JARDIM PAULISTA Município: ESPÍRITO SANTO DO PINHAL E-mail: fiscal-vischi@hotmail.com | | Insc. Municipal: 114023 Insc. Estadual: N°: 105 Compl.: UF: SP CEP: 13990-000 Telefone: 1936511621 | | | |
| DADOS DO TOMADOR | | | | | |
| Nome/Razão Social: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MOGI GUAÇU CNPJ/CPF: 52.739.950/0001-36 Endereço: RUA: CHICO DE PAULA Bairro: CENTRO Município: MOGI GUAÇU E-mail: | | Insc. Estadual: N°: 608 Compl.: UF: SP CEP: 13840-005 Telefone: 1938611313 | | | |
| DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO | | | | | |
| SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS PLANTÕES 05/2025. DRA. PAULINI FIORINI DIAS - CRM: 100633 CONVÊNIO NUMERO 03/55/2024 CONTA BANCÁRIA PARA DEPÓSITO AGÊNCIA 0001 CONTA CORRENTE 60748633-8 BANCO0260 NUPAGAMENTOS S.A. | | | | | |
| <p>CONFERE COM O ORIGINAL</p> <p><i>Paulini</i> ASSINATURA</p> | | | | | |
| Item SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS PLANTÕES 05/2025. | Serviço Sim | Qtde. 1,00 | Vl. Unitário R\$ 11900 | Total R\$ 11.900,00 | |
| PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU TERMO DE CONVÊNIO N° 03/55/2024 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\$ _____ | | FGTO PARCIAL CONVÊNIO n° 05/55/2024 VALOR PGTO: R\$ 3.530,00 | | | |
| Valor dos Serviços: R\$ 11.900,00 | Outros Valores: R\$ 0,00 | VALOR BRUTO DA NOTA | | R\$ 11.900,00 | |
| Valor Total das Deduções: R\$ 0,00 | Desconto Incondicionado: R\$ 0,00 | Desconto Condicionado: R\$ 0,00 | Base de Cálculo: R\$ 11.900,00 | Alíquota: 2,1700% | Valor do ISS: R\$ 258,23 |
| PIS: 0,000% R\$ 0,00 | COFINS: 0,000% R\$ 0,00 | INSS: 0,000% R\$ 0,00 | IR: 0,000% R\$ 0,00 | CSLL: 0,000% R\$ 0,00 | Outras Retenções: R\$ 0,00 |
| Valor Aproximado de Impostos: Federais R\$ 1.600,55 Estaduais R\$ 0,00 Municipais R\$ 386,75 | | | VALOR LÍQUIDO DA NOTA | R\$ 11.900,00 | |
| ENQUADRAMENTO DO SERVIÇO | | | | | |
| 4.01 - Medicina e biomedicina. | | | | | |
| OUTRAS INFORMAÇÕES | | | | | |
| Mês de Competência: 06/2025 Recolhimento: Sem Retenção CNAE: 8630503 Observações: | | Local do Recolhimento: ESPÍRITO SANTO DO PINHAL/SP Dt 18/06/2025 15:37:48 Tributação: Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP) Competência: Empresa Optante do Simples Nacional | | | |
| O conteúdo deste documento fiscal é de inteira responsabilidade do emissor. | | | | | |
| Impresso em: 18/06/2025 às 15:38:03 | | | | | |



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: 05/2025

| Dias da Semana | Quantidade | Referência | Valor | Valor Total |
|--------------------------------|------------|------------|--------------|----------------------|
| Semana | 7 | 12 Horas | R\$ 1.700,00 | R\$ 11.900,00 |
| Dia 06, 09, 13, 16, 20, 23, 27 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| TOTAL A PAGAR | | | | R\$ 11.900,00 |


Romildo Fontaniello
Provedor



2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/07/2025 às 13:57:29

Dados do Pagador

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

Dados do Recebedor

| | |
|--|-------------------------------------|
| Conta Destino: 260/0001/00060748633-8 | CPF/CNPJ: 24.828.936/0001-73 |
| Tipo Conta: 01 - Conta Corrente | Tipo Pessoa: Jurídica |
| Nome: PAULINI FIORINI DIAS | Valor: R\$ 3.570,00 |
| Finalidade: 10 - Crédito em Conta | Valor Tarifa: R\$ 12,00 |
| Histórico: | |

Informações do Pagamento

| | |
|-------------------------------------|---|
| Data do Débito: 24/06/2025 | Código da Operação: 72906784 |
| Data da Operação: 24/06/2025 | Chave de Segurança: VAE75X3A3TPE8GR7 |

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
00000001163 - E

Autenticidade
9NE5-YUMF

Data de Emissão
18/06/2025

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:** 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 FISCAL REFERENTE A PLANTÕES MÉDICOS 05/2025 – DR. ALEXANDRE AYELLO

Convênio numero 03/SS/2024

IMPOSTOS RETIDOS

PIS (0,65%): R\$ 5,20
CSLL (1%): R\$ 8,00
IR (1,5%): R\$ 12,00
COFINS (3%): R\$ 24,00

TOTAL DE DESCONTOS: R\$ 49,20
VALOR LIQUIDO: R\$ 750,80

CONFERE 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\$ _____

PGTO PARCIAL

CONVÊNIO Nº 05/SS/2024
VALOR PGTO: R\$ 218,04

Processo executado por: 172.16.20.60

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

Situação de Tributação
Tributado no Tomador

Código do Serviço

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

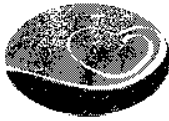
Deduções de Materiais
0,00

Base de Cálculo (R\$)
800,00

Alíquota (%)
3,0000%

Vr do ISS (R\$)
24,00

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 800,00



DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

Entidade: Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu

CNPJ: 52.739.950/0001-36

Nome Pessoa Jurídica: CEME CENTRO MEDICO ESPECIALIZADO SS

Nome Pessoa Física: Alexandre Mangilli Ayello

CNPJ/CPF.: 09.654.824/0001-50

Especialidade: Nefrologista

Convênio: PLANTÕES

Competência: 05/2025

| Dias da Semana | Quantidade | Referência | Valor | Valor Total |
|------------------------|------------|------------|------------|-------------|
| Semana/Final de semana | 1 | 24 Horas | R\$ 800,00 | R\$ 800,00 |
| Dia 29 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| TOTAL A PAGAR | | | | R\$ 800,00 |


Romildo Fontaniello
Provedor



2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/07/2025 às 13:57:29

Dados do Pagador

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

Dados do Recebedor

| | |
|---|-------------------------------------|
| Conta Destino: 237/0237/00000089300-5 | CPF/CNPJ: 09.654.824/0001-50 |
| Tipo Conta: 01 - Conta Corrente | Tipo Pessoa: Jurídica |
| Nome: CEME - CENTRO MEDICO ESPECIALIZADO S/S | Valor: R\$ 218,04 |
| Finalidade: 10 - Crédito em Conta | Valor Tarifa: R\$ 12,00 |
| Histórico: | |

Informações do Pagamento

| | |
|-------------------------------------|---|
| Data do Débito: 24/06/2025 | Código da Operação: 72906780 |
| Data da Operação: 24/06/2025 | Chave de Segurança: WEWU08681NLUK1NA |

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
00000000043 - E
 Autenticidade
OCVD-OUTR
 Data de Emissão
20/06/2025

PRESTADOR DE SERVIÇOS

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

TOMADOR DE SERVIÇOS

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

**CONFERE COM
O ORIGINAL**

Valor referente serviços médicos prestados Plantões 05/2025.

Convênio numero 03/SS/2024

Dr. Guilherme Rissato Sabioni CRM: CRM: 174105

R\$ 7.200,00 - cirurgião

R\$ 3.600,00 - torácico

Retenções:
 IR R\$ 162,00
 PIS R\$ 70,20
 Cofins R\$ 324,00
 CSSL R\$ 108,00
 ISSQN R\$ 324,00

| | | | |
|---|---|--|--|
| 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\$ _____ | | |

Jáira
ASSINATURA

Líquido a Receber R\$ 9.811,80

PGTO PARCIAL

CONVÊNIO nº 05/SS/2024

VALOR PGTO: R\$ 2.943,54

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\$ 1.547,64 - Aliq: 14,33%**

Situação de Tributação
Tributado no Tomador

Código do Serviço

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

Deduções de Materiais
0,00

Base de Cálculo (R\$)
10.800,00

Aliquota (%)
3,0000%

Vr do ISS (R\$)
324,00

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 10.800,00



DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

Entidade: Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu

CNPJ: 52.739.950/0001-36

Nome Pessoa Jurídica: SABIONI CORAÇÃO DE JESUS SERVIÇOS MÉDICOS LTDA

Nome Pessoa Física: Guilherme Rissato Sabioni

CNPJ/CPF: 43.040.306/0001-84

Especialidade: Cirurgião

Convênio: PLANIÕES

Competência: 05/2025

| Dias da Semana | Quantidade | Referência | Valor | Valor Total |
|-----------------------------|------------|------------|------------|--------------|
| Semana/Final de semana | 6 | 24 Horas | R\$ 800,00 | R\$ 4.800,00 |
| Dias 09, 10, 11, 23, 24, 25 | | | | |
| Semana/Final de semana | 6 | 24 Horas | R\$ 400,00 | R\$ 2.400,00 |
| Dias 09, 10, 11, 23, 24, 25 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| TOTAL A PAGAR | | | R\$ | R\$ 7.200,00 |

Romildo Fontaniello

Provedor



DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

Entidade: Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu

CNPJ: 52.739.950/0001-36

Nome Pessoa Jurídica: SABIONI CORAÇÃO DE JESUS SERVIÇOS MEDICOS LTDA

Nome Pessoa Física: Guilherme Rissato Sabioni


CNPJ/CPF.: 43.040.306/0001-84

Especialidade: Torácico

Convênio: PLANTOES

Competência: 05/2025

| Dias da Semana | Quantidade | Referência | Valor | Valor Total |
|--|------------|------------|------------|--------------|
| Semana/Final de semana | 6 | 24 Horas | R\$ 800,00 | R\$ - |
| Dias 09, 10, 11, 23, 24, 25 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| Devido a falta de especialistas médicos torácicos na entidade, foi solicitado aos médicos cirurgiões para suprir esta necessidade (1/4). | | | | R\$ 3.600,00 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| TOTAL A PAGAR | | | | R\$ 3.600,00 |


Romildo Fontaniello
Provedor

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/07/2025 às 13:57:29

Dados do Pagador

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

Dados do Recebedor

| | |
|---|-------------------------------------|
| Conta Destino: 260/0001/00054489420-5 | CPF/CNPJ: 43.040.306/0001-84 |
| Tipo Conta: 01 - Conta Corrente | Tipo Pessoa: Jurídica |
| Nome: SABIONI CORACAO DE JESUS SERVICOS MEDICO | Valor: R\$ 2.943,54 |
| Finalidade: 10 - Crédito em Conta | Valor Tarifa: R\$ 12,00 |
| Histórico: | |

Informações do Pagamento

| | |
|-------------------------------------|---|
| Data do Débito: 24/06/2025 | Código da Operação: 72906786 |
| Data da Operação: 24/06/2025 | Chave de Segurança: QRVQ80R9V98USQY2 |

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
000000000032 - E

Autenticidade
76Q3-YHSC

Data de Emissão
23/06/2025

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: SFB SAUDE DA MULHER SOCIEDADE SIMPLES UNIPessoal LTDA
CPF/CNPJ: 57.609.557/0001-41 **IM:** 329881 **IE:** **Fone:** 194042-6133
Endereço: RUA RUA INACIO FRANCO ALVES,877,PARQUE CIDADE NOVA - CEP : 13845420
Município: MOGI GUACU **UF:** SP **E-mail:** CONTATO@AUDISER.COM.BR

TOMADOR DE SERVIÇOS

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

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Serviços prestados pelo sócio SYLVIA MARIA DE OLIVEIRA FONTES
Referente serviços prestados Produção Sus 05/2025
Convênio numero 03/SS/2024

Retenção:

IR (1.5%) R\$ 417,00
CSLL (1%) R\$ 278,00
COFINS (3%) R\$ 834,00
PIS (0.65%) R\$ 180,70
DESCONTOS R\$ 1.709,70
VALOR LIQUIDO R\$ 26.090,30

| | | | |
|---|---|--|--|
| 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\$ _____ | | |

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)

PGTO PARCIAL
CONVÊNIO Nº 05/SS/2024
VALOR PGTO: R\$ 7.576,89

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

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

Deduções de Materiais
0,00

Base de Cálculo (R\$)
27.800,00

Alíquota (%)
3,0000%

Vr do ISS (R\$)
834,00

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 27.800,00



DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

Entidade: Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu

CNPJ: 52.739.950/0001-36

Nome Pessoa Jurídica: 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

CARGOS E PLANTELES

Competência: 05/2025

| Dias da Semana | Quantidade | Referência | Valor | Valor Total |
|-------------------------------|------------|------------|--------------|---------------|
| Semana | 10 | 12 Horas | R\$ 1.700,00 | R\$ 17.000,00 |
| Dia 09,15, 23, 29, 05, 12, 19 | | | | |
| 26 | | | | |
| Final de Semana | 6 | 12 Horas | R\$ 1.800,00 | R\$ 10.800,00 |
| Dia 01, 03, 31, 18 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| TOTAL A PAGAR | | | | R\$ 27.800,00 |


Romilgo Fontaniello
Provedor

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/07/2025 às 13:57:29

Dados do Pagador

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

Dados do Recebedor

| | |
|---|-------------------------------------|
| Conta Destino: 756/3122/00000868930-0 | CPF/CNPJ: 57.609.557/0001-41 |
| Tipo Conta: 01 - Conta Corrente | Tipo Pessoa: Jurídica |
| Nome: SFB SAUDE DA MULHER SOCIEDADE SIMPLES UN | Valor: R\$ 7.576,89 |
| Finalidade: 10 - Crédito em Conta | Valor Tarifa: R\$ 12,00 |
| Histórico: | |

Informações do Pagamento

| | |
|-------------------------------------|---|
| Data do Débito: 24/06/2025 | Código da Operação: 72906787 |
| Data da Operação: 24/06/2025 | Chave de Segurança: TQGN53KUH9JCCG8X |

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
00000000873 - E

Autenticidade
FT25-V0HF

Data de Emissão
23/06/2025

PRESTADOR DE SERVIÇOS

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

TOMADOR DE SERVIÇOS

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

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS REFERENTE PLANTÕES 05/2025

CONVÊNIO NUMERO 03/SS/2024

DR. RAMON DIEGO L. SILVA - CRM 126678

RETENÇÕES:

PIS R\$ 111,80
COFINS R\$ 516,00
IR R\$ 258,00
CSLL R\$ 172,00

VALOR LÍQUIDO R\$ 16.142,20

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU
TERMO DE CONVÊNIO Nº 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\$ _____ |

**CONFERE COM
O ORIGINAL**

PGTO PARCIAL

CONVÊNIO nº 03/SS/2024

VALOR PGTO: R\$ 4.842,66


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\$ 2.776,08 - Aliq: 16,14%

Situação de Tributação
Tributada no Prestador

Código do Serviço

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

Deduções de Materiais
0,00

Base de Cálculo (R\$)
17.200,00

Aliquota (%)

Vr do ISS (R\$)

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 17.200,00

**DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS**

Entidade: Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu

CNPJ: 52.739.950/0001-36

Nome Pessoa Jurídica: 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: 05/2025

| Dias da Semana | Quantidade | Referência | Valor | Valor Total |
|--------------------------------|------------|------------|--------------|---------------|
| Semana | 8 | 12 Horas | R\$ 1.700,00 | R\$ 13.600,00 |
| Dia 07, 05, 08, 12, 15, 19, 22 | | | | |
| 26 | | | | |
| Final de Semana | 2 | 12 Horas | R\$ 1.800,00 | R\$ 3.600,00 |
| Dia 10 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| TOTAL A PAGAR | | | | R\$ 17.200,00 |

Romildo Fontaniello
Provedor



2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/07/2025 às 13:57:29

Dados do Pagador

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

Dados do Recebedor

| | |
|--|-------------------------------------|
| Conta Destino: 756/3122/00000831062-9 | CPF/CNPJ: 12.140.085/0001-92 |
| Tipo Conta: 01 - Conta Corrente | Tipo Pessoa: Jurídica |
| Nome: C.P.R.S SERVICOS MEDICOS LTDA | Valor: R\$ 4.842,66 |
| Finalidade: 10 - Crédito em Conta | Valor Tarifa: R\$ 12,00 |
| Histórico: | |

Informações do Pagamento

| | |
|-------------------------------------|---|
| Data do Débito: 24/06/2025 | Código da Operação: 72906788 |
| Data da Operação: 24/06/2025 | Chave de Segurança: YS3SU3HHRJ1SRCV2 |

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
00000000156 - E

Autenticidade
C6UE-72S4

Data de Emissão
23/06/2025

PRESTADOR DE SERVIÇOS

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

TOMADOR DE SERVIÇOS

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

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

serviços médicos prestados Plantões 05/2025.

Convênio numero 03/SS/2024

Retenção de 4,65% conforme art. 24 da Lei 13.137/2015
PIS 0,65% 132,60
COFINS 3% 612,00
C.SOCIAL 1% 204,00

Retenção IR de 1,50 % conforme art 647 do RIR/3000.
IR 1,50% 306,00

ISSQN 3,00% 612,00

VALOR LIQUIDO DA NOTA====> 18.533,40

PGTO PARCIAL

CONVÊNIO nº 03/SS / 2024

VALOR PGTO: R\$ 5560,00

| | |
|---|------------------------|
| PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU | |
| TERMO DE CONVÊNIO Nº <u>03/SS/2024</u> | |
| FONTES DE RECURSO | |
| <input checked="" type="checkbox"/> MUNICIPAL R\$ _____ | () FMDCA R\$ _____ |
| () ESTADUAL R\$ _____ | () PRÓPRIOS R\$ _____ |
| () FEDERAL R\$ _____ | () OUTROS R\$ _____ |

CONFERE COM
O ORIGINAL

Amando
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\$ 3.206,88 - 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\$)
20.400,00

Aliquota (%)
3,0000%

Vr do ISS (R\$)
612,00

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 20.400.00



DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

Entidade: Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu

CNPJ: 52.739.950/0001-36

Nome Pessoa Jurídica: L B GIACOMINI VASCULAR

Nome Pessoa Física: Letícia Bronzati Giacomini

CNPJ/CPF.: 44.119.285/0001-50

Especialidade: Vascular

Convênio: PLANIQUES

Competência: 05/2025

| Dias da Semana | Quantidade | Referência | Valor | Valor Total |
|--------------------------------|------------|------------|------------|---------------|
| Semana/Final de semana | 17 | 24 Horas | R\$ 800,00 | R\$ 13.600,00 |
| Dias 01, 02, 03, 04, 05, 06, | | | | |
| 07, 08, 09, 10, 11, 26, 27, 28 | | | | |
| 29, 30, 31 | | | | |
| Semana/Final de semana | 17 | 24 Horas | R\$ 400,00 | R\$ 6.800,00 |
| Dias 01, 02, 03, 04, 05, 06, | | | | |
| 07, 08, 09, 10, 11, 26, 27, 28 | | | | |
| 29, 30, 31 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| TOTAL A PAGAR | | | R\$ | R\$ 20.400,00 |


Romildo Fontaniello

Provedor

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/07/2025 às 13:57:29

Dados do Pagador

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

Dados do Recebedor

| | |
|--|-------------------------------------|
| Conta Destino: 237/0224/00000029610-4 | CPF/CNPJ: 44.119.285/0001-50 |
| Tipo Conta: 01 - Conta Corrente | Tipo Pessoa: Jurídica |
| Nome: L. B. GIACOMINI | Valor: R\$ 5.560,02 |
| Finalidade: 10 - Crédito em Conta | Valor Tarifa: R\$ 12,00 |
| Histórico: | |

Informações do Pagamento

| | |
|-------------------------------------|---|
| Data do Débito: 24/06/2025 | Código da Operação: 72906789 |
| Data da Operação: 24/06/2025 | Chave de Segurança: 8UH0HJ97WNXFE2T7 |

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
000000000149 - E
Autenticidade
17BH-2K70
Data de Emissão
20/06/2025

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 03/SS/2024

RETENÇÕES :
ISS R\$ 874,28

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

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

PGTO PARCIAL

CONVÊNIO nº 03/SS / 2024

VALOR PGTO: R\$ 8044,82

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

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\$ _____

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\$)
27.800,00

Alíquota (%)
3,1449%

Vr do ISS (R\$)
874,28

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 27.800,00



DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

Entidade: Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu

CNPJ: 52.739.950/0001-36

Nome Pessoa Jurídica: NATALINO FERRARI SERVICOS MEDICOS SS LTDA

Nome Pessoa Física: João Paulo Natalino Ferrari

CNPJ/CPF.: 46.155.451/0001-07

Especialidade: Ortopedista

Competência: 05/2025

| Dias da Semana | Quantidade | Referência | Valor | Valor Total |
|------------------------|------------|------------|--------------|---------------|
| Semana | 4 | 24 Horas | R\$ 3.400,00 | R\$ 13.600,00 |
| Dias 05, 12, 19, 26 | | | | |
| Semana | 2 | 12 Horas | R\$ 1.700,00 | R\$ 3.400,00 |
| Dia 16, 30 | | | | |
| Final de semana | 3 | 24 Horas | R\$ 3.600,00 | R\$ 10.800,00 |
| Dia 17, 18, 31 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| TOTAL A PAGAR | | | | |


Romildo Fontaniello
Provedor



2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/07/2025 às 13:57:29

Dados do Pagador

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

Dados do Recebedor

| | |
|---|-------------------------------------|
| Conta Destino: 260/0001/00059597092-6 | CPF/CNPJ: 46.155.451/0001-07 |
| Tipo Conta: 01 - Conta Corrente | Tipo Pessoa: Jurídica |
| Nome: NATALINO FERRARI SERVICOS MEDICOS SS LTD | Valor: R\$ 8.077,72 |
| Finalidade: 10 - Crédito em Conta | Valor Tarifa: R\$ 12,00 |
| Histórico: | |

Informações do Pagamento

| | |
|-------------------------------------|---|
| Data do Débito: 24/06/2025 | Código da Operação: 72906790 |
| Data da Operação: 24/06/2025 | Chave de Segurança: 0MNPV3RF0P0CWW4R |

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
000000001197 - E

Autenticidade
DP0X-39JW

Data de Emissão
18/06/2025

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 05/2025

DR. ANDRÉ BRUNHEROTO - CRM 169033/SP

RETENÇÕES:

-CSRF 4,65% R\$ 390,60

-IRRF 1,50% R\$ 126,00

-ISSQN 3,00%

-INSS não sujeito a retenção

PGTO PARCIAL

CONVÊNIO Nº 05/ISS/2024

VALOR PGTO: R\$ 22289,42

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 03/SS/2024.

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

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

CONFERE COM
O ORIGINAL

Amanda

ASSINATURA

Processo executado por: 172.16.20.60

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

Situação de Tributação

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\$)
8.400,00

Alíquota (%)
3,0000%

Vr do ISS (R\$)
252,00

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: **AB RADIOLOGIA E DIAGNOSTICOS POR IMAGEM EIRELI**Nome Pessoa Física: **Andre Brunheroto**CNPJ/CPF.: **33.877.632/0001-97**Especialidade: **Radiologista**Convênio: **PLANTÕES**Competência: **05/2025**

| Dias da Semana | Quantidade | Referência | Valor | | Valor Total |
|-------------------------------------|-------------------|-------------------|--------------|---------------|---------------------|
| Semana/Final de semana | 10 | 24 Horas | R\$ | 800,00 | R\$ 8.000,00 |
| Dias 02, 09, 10, 11, 12, 16, | | | | | |
| 23, 24, 25, 30 | | | | | |
| Semana/Final de semana | 1 | 12 Horas | R\$ | 400,00 | R\$ 400,00 |
| Dia 4 | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| TOTAL A PAGAR | | | | | R\$ 8.400,00 |

Romildo Fontaniello
Provedor

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/07/2025 às 13:57:29

Dados do Pagador

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

Dados do Recbedor

| | |
|--|-------------------------------------|
| Conta Destino: 237/0224/00000099777-3 | CPF/CNPJ: 33.877.632/0001-97 |
| Tipo Conta: 01 - Conta Corrente | Tipo Pessoa: Jurídica |
| Nome: AB RADIOLOGIA E DIAGNOSTICOS POR IMAGEM | Valor: R\$ 2.289,42 |
| Finalidade: 10 - Crédito em Conta | Valor Tarifa: R\$ 12,00 |
| Histórico: | |

Informações do Pagamento

| | |
|-------------------------------------|---|
| Data do Débito: 24/06/2025 | Código da Operação: 72906792 |
| Data da Operação: 24/06/2025 | Chave de Segurança: 9Y72Z4Q39NAERL2U |

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
000000001255 - E

Autenticidade
ZGT2-UKM9

Data de Emissão
20/06/2025

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 : 13840028
Município: Mogi Guaçu **UF:** SP **E-mail:** KONRADOTENORIO@HOTMAIL.COM

TOMADOR DE SERVIÇOS

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

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

SERVIÇO PRESTADO PELO DR. KONRADO TENORIO
Convênio numero 03/SS/2024

RETENÇÕES:

ISSQN (3%) - R\$ 204,00
IR (1,5%): R\$ 102,00
CSRF (4,65%) - R\$ 316,20

CONFERE COM
O ORIGINAL

Amanda

ASSINATURA

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

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

PGTO PARCIAL

CONVÊNIO Nº 05/SS/2024
VALOR PGTO: R\$ 1852,84

Processo executado por: 172.16.20.60

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

Situação de Tributação
Tributado no Tomador

Código do Serviço

401 - Medicina e biomedicina.

Deduções de Materiais
0,00

Base de Cálculo (R\$)
6.800,00

Aliquota (%)
3,0000%

Vr do ISS (R\$)
204,00

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: KONRADO TENORIO EIRELI

Nome Pessoa Física: Konrado Tenório

CNPJ/CPF.: 29.249.772/0001-43

Especialidade: Radiologista

Convênio: PLANTÕES

Competência: 05/2025

| Dias da Semana | Quantidade | Referência | Valor | Valor Total |
|---------------------------------------|------------|------------|------------|--------------|
| Semana/Final de semana | 8 | 24 Horas | R\$ 800,00 | R\$ 6.400,00 |
| Dia 01, 03, 05, 06, 13, 20, 27, 31 | | | | |
| Semana/Final de semana | 1 | 12 Horas | R\$ 400,00 | R\$ 400,00 |
| Dia 04 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| TOTAL A PAGAR | | | | R\$ 6.800,00 |


 Romildo Fontaniello
 Provedor



2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/07/2025 às 13:57:29

Dados do Pagador

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

Dados do Recebedor

| | |
|--|-------------------------------------|
| Conta Destino: 237/0224/00000096649-5 | CPF/CNPJ: 29.249.772/0001-43 |
| Tipo Conta: 01 - Conta Corrente | Tipo Pessoa: Jurídica |
| Nome: KONRADO TENORIO LTDA | Valor: R\$ 1.853,34 |
| Finalidade: 10 - Crédito em Conta | Valor Tarifa: R\$ 12,00 |
| Histórico: | |

Informações do Pagamento

| | |
|-------------------------------------|---|
| Data do Débito: 24/06/2025 | Código da Operação: 72906793 |
| Data da Operação: 24/06/2025 | Chave de Segurança: Q0NPYJRTM9ZWWX55 |

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
000000003434 - E

Autenticidade
WYLO-Z5KT

Data de Emissão
18/06/2025

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

Vencimento: 20/06/2025

Convênio 03/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

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

PGTO PARCIAL
 CONVÊNIO nº 05/SS/2024
 VALOR PGTO: R\$ 4504,80

**CONFERE COM
 O ORIGINAL**

Ammando

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 CONTRADO SERVICOS MEDICOS-EIRELI

Nome Pessoa Física:

João Conrado Bueno dos Reis

CNPJ/CPF.:

33.015.323/0001-08

Especialidade:

Endoscopista

Convênio: **PLANTÕES**

Competência: **05/2025**

| Dias da Semana | Quantidade | Referência | Valor | Valor Total |
|---|------------|------------|------------|---------------------|
| Semana/Final de semana | 14 | 24 Horas | R\$ 800,00 | R\$ 11.200,00 |
| Dias 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | 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 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| TOTAL A PAGAR | | | | R\$ 8.800,00 |


Romildo Fdantaniello

Provedor



DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

Entidade: Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu

CNPJ: 52.739.950/0001-36

Nome Pessoa Jurídica: JOAO CONRADO SERVICOS MEDICOS-EIRELI

Nome Pessoa Física: Thiago Darcadia dos Reis

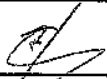
CNPJ/CPF.: 33.015.323/0001-08

Especialidade: Endoscopista

Convênio: PLANTÕES

Competência: 05/2025

| Dias da Semana | Quantidade | Referência | Valor | Valor Total |
|---|------------|------------|------------|---------------------|
| Semana/Final de semana | 9 | 24 Horas | R\$ 800,00 | R\$ 7.200,00 |
| Dias 09, 12, 13, 14, 15, 17 18, 30, 31 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| TOTAL A PAGAR | | | | R\$ 7.200,00 |


Romildo Fontaniello
Provedor



2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/07/2025 às 13:57:29

Dados do Pagador

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

Dados do Recebedor

| | |
|---|-------------------------------------|
| Conta Destino: 237/0224/00000015627-2 | CPF/CNPJ: 33.015.323/0001-08 |
| Tipo Conta: 01 - Conta Corrente | Tipo Pessoa: Jurídica |
| Nome: JOAO CONRADO SERVICOS MEDICOS SS | Valor: R\$ 4.504,80 |
| Finalidade: 10 - Crédito em Conta | Valor Tarifa: R\$ 12,00 |
| Histórico: | |

Informações do Pagamento

| | |
|-------------------------------------|---|
| Data do Débito: 24/06/2025 | Código da Operação: 72906794 |
| Data da Operação: 24/06/2025 | Chave de Segurança: HUTZ14E3M861QAEZ |

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

Aiê CAIXA: 0800 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
000000005151 - E

Autenticidade
AA4E-5GL1

Data de Emissão
19/06/2025

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:** clinicage1@hotmail.com

TOMADOR DE SERVIÇOS

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

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Honorários médicos prestados pelo Dr Eli Paulo Colombo Filho, CRM 66404, Plantões 05/2025-Torácico.
Convênio número 03/SS/2024.

Valor Bruto.....10.200,00
Irenda 153,00
Pis 66,30
Cofins 306,00
Csl 102,00
Valor Líquido..... 9.572,70

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

Conta para depósito
Banco Sicoob
Agencia 3122
C/C855736-5

PGTO PARCIAL
CONVÊNIO nº 05/SS / 2024
VALOR PGTO: R\$ 2871,81

"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) soci(o)s e sem o concurso de empregados ou outros contribuintes individuais."

**CONFERE COM
O ORIGINAL**

(Assinado)

Processo executado por: 172.16.20.60

Consulte a autenticidade desta Nota Fiscal através do site: <http://www.mogiguacu.sp.gov.br>
Valor aprox. dos tributos (Lei nº 12.741/2012):
R\$ 1.155,66 - Aliq: 11,33%

ASSINATURA
Situação de Tributação
Tributada no Prestador

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

| | | | |
|-------------------------------|------------------------------------|-------------------|----------------------|
| Deduções de Materiais 0,00 | Base de Cálculo (R\$) 10.200,00 | Aliquota (%) - | Vr do ISS (R\$) - |
|-------------------------------|------------------------------------|-------------------|----------------------|

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 10.200,00



DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

Entidade: Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu

CNPJ: 52.739.950/0001-36

Nome Pessoa Jurídica:

ELGUI SERVICOS DE SAUDE SS LTDA

Nome Pessoa Física:

Eli Paulo Colombo Filho

CNPJ/CPF:

17.680.807/0001-15

Especialidade:

Torácico

Convênio PLANIPDES

Competência: 05/2025

| Dias da Semana | Quantidade | Referência | Valor | Valor Total |
|--|------------|------------|------------|----------------------|
| Semana/Final de semana | 17 | 24 Horas | R\$ 800,00 | R\$ - |
| Dias 01, 05, 07, 08, 12, 14, 15 | | | | |
| 16, 17, 18, 21, 22, 26, 28, 29 | | | | |
| 30, 31 | | | | |
| Devido a falta de especialistas médicos torácicos na entidade, foi solicitado aos médicos cirurgiões para suprir esta necessidade (1/4). | | | | |
| | | | R\$ | 10.200,00 |
| TOTAL A PAGAR | | | | R\$ 10.200,00 |

Romildo Fontaniello
Provedor



2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/07/2025 às 13:57:29

Dados do Pagador

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

Dados do Recebedor

| | |
|--|-------------------------------------|
| Conta Destino: 756/3122/00000855736-5 | CPF/CNPJ: 17.680.807/0001-15 |
| Tipo Conta: 01 - Conta Corrente | Tipo Pessoa: Jurídica |
| Nome: ELGUI SERVICOS DE SAUDE SS | Valor: R\$ 2.871,81 |
| Finalidade: 10 - Crédito em Conta | Valor Tarifa: R\$ 12,00 |
| Histórico: | |

Informações do Pagamento

| | |
|-------------------------------------|---|
| Data do Débito: 24/06/2025 | Código da Operação: 72906795 |
| Data da Operação: 24/06/2025 | Chave de Segurança: 1MLQ89AWZKV6ANQ3 |

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
00000002917 - E

Autenticidade
WMTU-1D2S

Data de Emissão
18/06/2025

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\$: 5.100,00 - Vlr R\$ 76,50 - Base PIS/Cofins/CSLL R\$ 5.100,00 - PIS R\$ 33,15 - Cofins R\$ 153,00 - CSLL R\$ 51,00 - Valor Aprox Tributos: 577,83 (11,33%) - Fonte: IBPT

Valor Líquido R\$ 4.786,35

Vencimento: 20/06/2025

Convênio 03/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 03/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\$ 1435,91

CONFERE COM
 O ORIGINAL

(Assinado)
 ASSINATURA

Processo executado por: 172.16.20.60

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

Situação de Tributação
 Tributada no Prestador

Código do Serviço

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

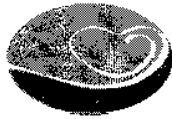
Deduções de Materiais
 0,00

Base de Cálculo (R\$)
 5.100,00

Alíquota (%)
 -

Vr do ISS (R\$)
 -

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 5.100,00



DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

Entidade: Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu

CNPJ: 52.739.950/0001-36

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

Nome Pessoa Física: Luis Antonio Franco de Godoi


CNPJ/CPF.: 06.182.358/0001-69

Especialidade: Pediatra/Neonatologista

Convênio: PLANTÕES

Competência: 05/2025

| Dias da Semana | Quantidade | Referência | Valor | Valor Total |
|------------------------|------------|------------|--------------|--------------|
| Semana/Final de semana | 3 | 12 Horas | R\$ 1.700,00 | R\$ 5.100,00 |
| Dias 01, 09, 16 | | | | |
| Semana/Final de semana | | 6 Horas | R\$ 850,00 | R\$ - |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| TOTAL A PAGAR | | | | R\$ 5.100,00 |


Romildo Fontaniello
Provedor



2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/07/2025 às 13:57:29

Dados do Pagador

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

Dados do Recebedor

| | |
|--|-------------------------------------|
| Conta Destino: 237/0224/00000096528-6 | CPF/CNPJ: 06.182.358/0001-69 |
| Tipo Conta: 01 - Conta Corrente | Tipo Pessoa: Jurídica |
| Nome: GODOI E BUENO SERVICOS MEDICOS SS | Valor: R\$ 1.435,91 |
| Finalidade: 10 - Crédito em Conta | Valor Tarifa: R\$ 12,00 |
| Histórico: | |

Informações do Pagamento

| | |
|-------------------------------------|---|
| Data do Débito: 24/06/2025 | Código da Operação: 72906796 |
| Data da Operação: 24/06/2025 | Chave de Segurança: 8VMC1UGX4W6J1Z75 |


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

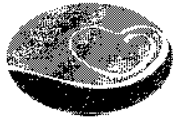
Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

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 20250618/46063976000104 | Número da Nota 00000090 | | | |
| | Data e Hora de Emissão 18/06/2025 16:44:35 Código de Verificação BM9F-JBGE | | | |
| PRESTADOR DE SERVIÇOS | | | | |
| CPF/CNPJ: 46.063.976/0001-04 Nome/Razão Social: BECHARA SERVICOS MEDICOS LTDA Endereço: R FAGUNDES DIAS 78 - SAUDE - CEP: 04065-000 Município: São Paulo | Inscrição Municipal: 7.285.095-7 UF: SP | | | |
| TOMADOR DE SERVIÇOS | | | | |
| Nome/Razão Social: IRMANDADE S CASA MISERICORDIA MOGI GUACU CPF/CNPJ: 52.739.950/0001-36 Endereço: R Chico de Paula 608 - Centro - CEP: 13840-005 Município: Mogi Guaçu | | | | |
| Inscrição Municipal: --- UF: SP E-mail: outrosconvenios@santacasamogiguacu.org.br | | | | |
| INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS | | | | |
| CPF/CNPJ: --- Nome/Razão Social: --- | | | | |
| DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS | | | | |
| SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS Convênio numero 03/SS/2024 Dr. Fabio....17.400,00 PGTO PARCIAL CONVÊNIO nº <u>05/SS/2025</u> VALOR PGTO: R\$ <u>4898,97</u> | | | | |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 40%;"> <p style="text-align: center;">PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUACU</p> <p style="text-align: center;">TERMO DE CONVÊNIO Nº <u>05/SS/2025</u></p> <p style="text-align: center;">FONTES DE RECURSO</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> MUNICIPAL R\$ _____ () FMDCA R\$ _____</p> <p>() ESTADUAL R\$ _____ () PRÓPRIOS R\$ _____</p> <p>() FEDERAL R\$ _____ () OUTROS R\$ _____</p> </div> <div style="text-align: center; width: 50%;"> <p style="font-size: 2em; font-weight: bold;">CONFERE COM O ORIGINAL</p> <p style="font-size: 1.5em; font-weight: bold;">Assinado</p> <p style="font-size: 1.5em; font-weight: bold;">ASSINATURA</p> </div> </div> | | | | |
| VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 17.400,00 | | | | |
| INSS (R\$) | IRRF (R\$) | CSLL (R\$) | COFINS (R\$) | PIS/PASEP (R\$) |
| - | 261,00 | 174,00 | 622,00 | 113,10 |
| Código do Serviço | | | | |
| 04030 - Medicina e biomedicina. | | | | |
| Valor Total das Deduções (R\$) | Base de Cálculo (R\$) | Alíquota (%) | Valor do ISS (R\$) | Crédito (R\$) |
| 0,00 | 17.400,00 | 2,00% | 348,00 | 0,00 |
| Município da Prestação do Serviço | | Número Inscrição da Obra | Valor Aproximado dos Tributos / Fonte | |
| - | | - | R\$ 1.070,10 | |
| OUTRAS INFORMAÇÕES | | | | |
| (1) Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 14.097/2005; (2) Data de vencimento do ISS desta NFS-e: 10/07/2025; | | | | |

DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

Entidade: Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu

CNPJ: 52.739.950/0001-36

Nome Pessoa Jurídica: BECHARA SERVICOS MEDICOS LTDA

Nome Pessoa Física: Fabio Lima Ferreira Pessiquelli


CNPJ/CPF.: 46.063.976/0001-04

Especialidade: Ortopedista

Convênio: PLANTÕES

Competência: 05/2025

| Dias da Semana | Quantidade | Referência | Valor | Valor Total |
|----------------------|------------|------------|--------------|----------------------|
| Semana | 1 | 24 Horas | R\$ 3.400,00 | R\$ 3.400,00 |
| Dia 09 | | | | |
| Semana | 4 | 12 Horas | R\$ 1.700,00 | R\$ 6.800,00 |
| Dias 02, 16, 23, 30 | | | | |
| Final de semana | 2 | 24 Horas | R\$ 3.600,00 | R\$ 7.200,00 |
| Dias 10, 11 | | | | |
| Final de semana | | 12 Horas | R\$ 1.800,00 | R\$ - |
| | | | | |
| TOTAL A PAGAR | | | | R\$ 17.400,00 |


Romildo Fontaniello
Provedor

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/07/2025 às 13:57:29

Dados do Pagador

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

Dados do Recebedor

| | |
|--|-------------------------------------|
| Conta Destino: 336/0001/00017694397-8 | CPF/CNPJ: 46.063.976/0001-04 |
| Tipo Conta: 01 - Conta Corrente | Tipo Pessoa: Jurídica |
| Nome: BECHARA SERVICOS MEDICOS LTDA | Valor: R\$ 4.898,97 |
| Finalidade: 10 - Crédito em Conta | Valor Tarifa: R\$ 12,00 |
| Histórico: | |

Informações do Pagamento

| | |
|-------------------------------------|---|
| Data do Débito: 24/06/2025 | Código da Operação: 72906797 |
| Data da Operação: 24/06/2025 | Chave de Segurança: 63YETEK5C6UEA4J2 |

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 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)
18/06/2025 17:13:33

Período de Competência Município de Prestação do Serviço
06/2025 Mogi Guaçu - SP

Reg. Especial Tributação
Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME Exigível em EPP)

Exigibilidade do ISS
Palmas

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social

SENA SERVIÇOS MEDICOS LTDA

Nome Fantasia

SENA SERVIÇOS MEDICOS

Email

dr.lucsen@gmail.com

CPF/CNPJ

48.889.013/0001-90

Inscrição Municipal

2441287

Inscrição Estadual

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

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\$ _____

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

Prestação de Serviços Médicos.

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

No valor de R\$ 13.300,00 ref.: 05/2025 - Plantões.

Essa nota será liquidada no termo de Convênio: numero 03/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

PGTO PARCIAL

CONVÊNIO nº 05/SS/2024

VALOR PGTO: R\$ 3990,00

Amanda

ASSINATURA

RETENÇÕES FEDERAIS

PIS (R\$)
0,00

COFINS (R\$)
0,00

INSS (R\$)
0,00

IR (R\$)
0,00

CSLL (R\$)
0,00

Outras Retenções (R\$)
0,00

VALORES

Valor dos Serviços (R\$)
13.300,00

Deduções (R\$)
0,00

Desconto Incondicionado (R\$)
0,00

Base de Cálculo (R\$)

Alíquota (%)
2,0100

ISS (R\$)

ISS Retido (R\$)

Desconto Condicionado (R\$)
0,00

Valor Líquido (R\$)
13.300,00

Valor Total da Nota (R\$)
13.300,00

OUTRAS INFORMAÇÕES

Esta NFS-e é autodeclaratória.

Optante do Simples Nacional.

Trib. aprox. R\$ 1.788,85 Federal e R\$ 665,00 Municipal. Fonte: IBPT [6A0A76]

Visualizado em: 18/06/2025 17:13:34

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

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

DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS



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

CNPJ: **52.739.950/0001-36**

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

Nome Pessoa Física: **Lucas Araujo Sena**

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

Especialidade: **Clinico**

Convênio: **PLANTÕES**

Competência: **05/2025**

| Dias da Semana | Quantidade | Referência | Valor | Valor Total |
|------------------------|------------|-----------------|--------------|---------------|
| Semana | 2 | 12 Horas | R\$ 1.700,00 | R\$ 3.400,00 |
| Dia 12, 20 | | | | |
| Final de semana | 5 | 12 Horas | R\$ 1.800,00 | R\$ 9.000,00 |
| Dia 03, 09, 17, 30, 31 | | | | |
| Final de semana | 1 | 06 Horas | R\$ 900,00 | R\$ 900,00 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| TOTAL A PAGAR | | | | R\$ 13.300,00 |


 Romildo Fontaniello
 Provedor



2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/07/2025 às 13:57:29

Dados do Pagador

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

Dados do Recebedor

| | |
|--|-------------------------------------|
| Conta Destino: 756/3122/00000856516-3 | CPF/CNPJ: 48.889.013/0001-90 |
| Tipo Conta: 01 - Conta Corrente | Tipo Pessoa: Jurídica |
| Nome: SENA SERVICOS MEDICOS LTDA | Valor: R\$ 3.990,00 |
| Finalidade: 10 - Crédito em Conta | Valor Tarifa: R\$ 12,00 |
| Histórico: | |

Informações do Pagamento

| | |
|-------------------------------------|---|
| Data do Débito: 24/06/2025 | Código da Operação: 72906798 |
| Data da Operação: 24/06/2025 | Chave de Segurança: 8KR28QS9KAG4CQ1Z |

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
000000000046 - E
Autenticidade
OAYE-K8JE
Data de Emissão
24/06/2025

PRESTADOR DE SERVIÇOS

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

TOMADOR DE SERVIÇOS

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

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Referente aos serviços prestados Plantões Maio/2025.
Dias da semana: Final de semana dia 04, 18
Quantidade: 3
Referência: 12 horas
Valor: R\$ 1.800,00
Valor total: R\$ 3.600,00
Convênio numero 03/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\$ _____

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

**CONFERE COM
O ORIGINAL**

PGTO PARCIAL
CONVÊNIO Nº 05/SS / 2024
VALOR PGTO: R\$ 1577,23

Amanda
ASSINATURA

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

Processo executado por: 172.16.20.60

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

Situação de Tributação
Tributado no Tomador

Código do Serviço

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

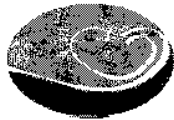
Deduções de Materiais
0,00

Base de Cálculo (R\$)
5.400,00

Aliquota (%)
2,6400%

Vr do ISS (R\$)
142,56

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 5.400,00



DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

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

CNPJ: **52.739.950/0001-36**

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

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

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

Especialidade: **Clinico**

Convênio: **PLANTÕES**

Competência: **05/2025**

| Dias da Semana | Quantidade | Referência | Valor | Valor Total |
|----------------------|------------|------------|--------------|--------------|
| | | | | |
| Final de semana | 3 | 12 Horas | R\$ 1.800,00 | R\$ 5.400,00 |
| Dia 04, 18 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| TOTAL A PAGAR | | | | R\$ 5.400,00 |


Romildo Fontaniello
Provedor

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/07/2025 às 13:57:29

Dados do Pagador

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

Dados do Recebedor

| | |
|--|-------------------------------------|
| Conta Destino: 756/3122/00000861684-1 | CPF/CNPJ: 53.409.610/0001-00 |
| Tipo Conta: 01 - Conta Corrente | Tipo Pessoa: Jurídica |
| Nome: ALINE DE JESUS SANTANA LTDA | Valor: R\$ 1.577,23 |
| Finalidade: 10 - Crédito em Conta | Valor Tarifa: R\$ 12,00 |
| Histórico: | |

Informações do Pagamento

| | |
|-------------------------------------|---|
| Data do Débito: 24/06/2025 | Código da Operação: 72906799 |
| Data da Operação: 24/06/2025 | Chave de Segurança: 66T6QZJ1PP2THGG1 |

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

Número da Nota

00000034

Data e Hora de Emissão

23/06/2025 10:05:59

Código de Verificação

HN3S-DR7A

20250623057372388000179

PRESTADOR DE SERVIÇOSCPF/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@matrlarca.med.br****INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS**CPF/CNPJ: **---**Nome/Razão Social: **---****DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

Serviços prestados no mês 04/2025, Dra. Carolina Arantes Kuesteis, na especialidade de Obstetra, referente à PLANTÕES no mês 05/2025, Convênio 03/SS/2024. - R\$ 17.400,00
 Semana: 19, 07, 14, 16, 26, 28 - 6 plantões de 12h - R\$ 1.700,00 cada - R\$ 10.200,00
 Final de semana: 01, 24 - 4 plantões de 12h - R\$ 1.800,00 cada - R\$ 7.200,00

Dados Bancários:

Banco: **077 Inter**Ag: **0001**Conta: **0405752415**

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU
 TERMO DE CONVÊNIO Nº 051SS/2024
 FONTES DE RECURSO

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

PGTO PARCIALCONVÊNIO Nº 051SS/2024VALOR PGTO: R\$ 5000,00**VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 17.400,00**

| 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\$) |
| 0,00 | * | * | * | 0,00 |
| Município da Prestação do Serviço | Número Inscrição da Obra | Valor Aproximado dos Tributos / Fonte | | |
| - | - | - | | |

OUTRAS INFORMAÇÕES

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

**CONFERE COM
O ORIGINAL**

Aracinda
ASSINATURA



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

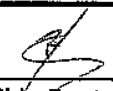
CNPJ/CPF.: 57.372.388/0001-79

Especialidade: Obstetra

Evento: PLANTÕES

Competência: 05/2025

| Dias da Semana | Quantidade | Referência | Valor | Valor Total |
|----------------------------|------------|------------|--------------|---------------|
| Semana | 6 | 12 Horas | R\$ 1.700,00 | R\$ 10.200,00 |
| Dia 19, 07, 14, 16, 26, 28 | | | | |
| Final de Semana | 4 | 12 Horas | R\$ 1.800,00 | R\$ 7.200,00 |
| Dia 01, 24, | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| TOTAL A PAGAR | | | | R\$ 17.400,00 |


Romildo Fontaniello
Provedor



2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/07/2025 às 13:57:29

Dados do Pagador

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

Dados do Recebedor

| | |
|--|-------------------------------------|
| Conta Destino: 077/0001/00040575241-5 | CPF/CNPJ: 57.372.388/0001-79 |
| Tipo Conta: 01 - Conta Corrente | Tipo Pessoa: Jurídica |
| Nome: CAROL K SERVICOS MEDICOS LTDA | Valor: R\$ 5.220,00 |
| Finalidade: 10 - Crédito em Conta | Valor Tarifa: R\$ 12,00 |
| Histórico: | |

Informações do Pagamento

| | |
|-------------------------------------|---|
| Data do Débito: 24/06/2025 | Código da Operação: 72906800 |
| Data da Operação: 24/06/2025 | Chave de Segurança: PSQA921HC0ZKCTMN |

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: 172 Data Emissão: 18/06/2025 Chave: SBYE-EYJM

CLINICA MEDICA E MEDICINA DO TRAFEGO OKAWA MACHADO LTDA

08570-020 - PRACA DOS EXPEDICIONARIOS, 52 - CENTRO ITAQUAQUECETUBA - SP - CEP: 08570-020

CNPJ/CPF: 41.355.893/0001-75 Inscr. Estadual/RG: ISENTO

Email: ANGELOSOLUCOESCONT@GMAIL.COM

Telefone: (11)-43870601 CCM 84158 Inscr. Municipal: 84158

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

Natureza Operação: Prestação de Serviços

Atividade: 04.01 - Medicina e biomedicina.

Competência: 06/2025

Mun. Prestação do Serviço: Mogi Guaçu - SP

Nota Fiscal Fatura Fatura Nro 172 Valor R\$ 44.800,00 Vencimento À vista

Dados do Tomador de Serviço

Irmadade da Santa casa de misericórdia de Mogi Guaçu

Rua Chico de Paula, 608

Centro - Mogi Guaçu - SP - CEP: 13.840-005

CNPJ/CPF: 52.739.950/0001-36

Inscrição Estadual/RG:

Inscrição Municipal:

E-mail:

End. Cobrança:

Dados do Intermediário

CNPJ/CPF:

Inscrição Estadual/RG:

Inscrição Municipal:

CEP:

Valor por extenso

QUARENTA E QUATRO MIL E OITOCENTOS REAIS

Table with 3 columns: Qtd, Un Discriminação dos Serviços, Valor Unitário, Valor Total. Row 1: 1, Convênio numero 03/SS/2024, 44.800,00, 44.800,00

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

PGTO PARCIAL

CONVÊNIO nº 05/SS/2024

VALOR PGTO: R\$ 13.440,00

Assinatura

ASSINATURA

Observação:

Forma de Pagamento: À vista

Summary table with 3 columns: Description, Amount, Percentage. Rows: Total dos Serviços (44.800,00), Total de Deduções (0,00), ISS SEM RETENÇÃO (2,00% - 896,00), Desc. Incondicionado (0,00), Desc. Condicionado (0,00)

Total da Nota

RETENÇÕES

Total Líquido



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: 05/2025

| Dias da Semana | Quantidade | Referência | Valor | Valor Total |
|-----------------------------|------------|------------|--------------|---------------|
| Semana (P1) | 4 | 24 Horas | R\$ 3.400,00 | R\$ 13.600,00 |
| Dia 08, 16, 21, 30 | | | | |
| Final de semana (P1) | 2 | 24 Horas | R\$ 3.600,00 | R\$ 7.200,00 |
| Dia 10, 18 | | | | |
| Semana (P2) | 6 | 24 Horas | R\$ 3.400,00 | R\$ 20.400,00 |
| Dia 02, 09, 14, 15, 19, 22, | | | | |
| Final de semana (P2) | 1 | 24 Horas | R\$ 3.600,00 | R\$ 3.600,00 |
| Dia 4 | | | | |
| TOTAL A PAGAR | | | | R\$ 44.800,00 |

Romildo Fontaniello
Provedor

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/07/2025 às 13:57:29

Dados do Pagador

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

Dados do Recebedor

| | |
|---|-------------------------------------|
| Conta Destino: 077/0001/00011600219-0 | CPF/CNPJ: 41.355.893/0001-75 |
| Tipo Conta: 01 - Conta Corrente | Tipo Pessoa: Jurídica |
| Nome: CLINICA MEDICA E MEDICINA DO TRAFEGO OKA | Valor: R\$ 13.440,00 |
| Finalidade: 10 - Crédito em Conta | Valor Tarifa: R\$ 12,00 |
| Histórico: | |

Informações do Pagamento

| | |
|-------------------------------------|---|
| Data do Débito: 24/06/2025 | Código da Operação: 72906801 |
| Data da Operação: 24/06/2025 | Chave de Segurança: 64UE1U6L447ATYY1 |

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 MOGI GUAÇU
SECRETARIA DA FAZENDA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS

Número da Nota - Série
00000005150 - E

Autenticidade
D5D7-FMFO

Data de Emissão
19/06/2025

PRESTADOR DE SERVIÇOS

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

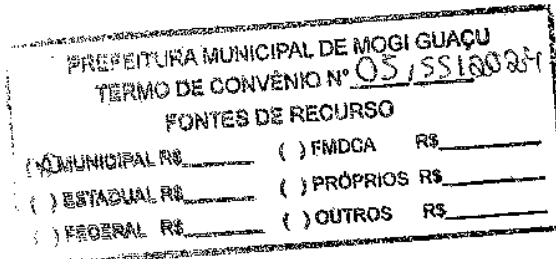
TOMADOR DE SERVIÇOS

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

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Honorários médicos prestados pelo Dr Eli Paulo Colombo Filho, CRM 66404.Plantões 05/2025-Cirurgião.
 Convênio número 03/SS/2024.

Valor Bruto.....20.400,00
 Irenda 306,00
 Pis 132,60
 Cofins 612,00
 Csl 204,00
 Valor Líquido.....19.145,40



Conta para depósito
 Banco Sicoob
 Agencia 3122
 C/C 855736-5

"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

CONVENIO n: 03/SS/2024
 VALOR PGTO: R\$ 5743,60

O ORIGINAL
(Assinado)
ASSINATURA

Processo executado por: 172.16.20.60
Consulte a autenticidade desta Nota Fiscal através do site: <http://www.mogiguacu.sp.gov.br>
Valor aprox. dos tributos (Lei nº 12.741/2012):
R\$ 2.311,32 - Aliq: 11,33%

Situação de Tributação
 Tributada no Prestador

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

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

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 20.400,00

DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS



Entidade: Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu

CNPJ: 52.739.950/0001-36

Nome Pessoa Jurídica: ELGI SERVICOS DE SAUDE SS LTDA

Nome Pessoa Física: Eli Paulo Colombo Filho

CNPJ/CPF.: 17.680.807/0001-15

Especialidade: Cirurgião

CONVÊNIO: PLAN/IOES

Competência: 05/2025

| Dias da Semana | Quantidade | Referência | Valor | Valor Total |
|---------------------------------|------------|------------|------------|---------------|
| Semana/Final de semana | 17 | 24 Horas | R\$ 800,00 | R\$ 13.600,00 |
| Dias 01, 05, 07, 08, 12, 14 | | | | |
| 15, 16, 17, 18, 21, 22, 26, 28, | | | | |
| 29, 30, 31 | | | | |
| Semana/Final de semana | 17 | 24 Horas | R\$ 400,00 | R\$ 6.800,00 |
| Dias 01, 05, 07, 08, 12, 14 | | | | |
| 15, 16, 17, 18, 21, 22, 26, 28, | | | | |
| 29, 30, 31 | | | | |
| TOTAL A PAGAR | | | R\$ | R\$ 20.400,00 |

Romilda Fontaniello
Provedor

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/07/2025 às 13:57:29

Dados do Pagador

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

Dados do Recebedor

| | |
|--|-------------------------------------|
| Conta Destino: 756/3122/00000855736-5 | CPF/CNPJ: 17.680.807/0001-15 |
| Tipo Conta: 01 - Conta Corrente | Tipo Pessoa: Jurídica |
| Nome: ELGUI SERVICOS DE SAUDE SS | Valor: R\$ 5.743,62 |
| Finalidade: 10 - Crédito em Conta | Valor Tarifa: R\$ 12,00 |
| Histórico: | |

Informações do Pagamento

| | |
|-------------------------------------|---|
| Data do Débito: 24/06/2025 | Código da Operação: 72906802 |
| Data da Operação: 24/06/2025 | Chave de Segurança: FXHVUX42WPNKZ0P5 |

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

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

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica (NFS-e)

| | | |
|--|----------------------------|--|
| SANTOS OLIVEIRA CLINICA MEDICA LTDA RUA RUA DA LIBERDADE, 58 - 01 CEP: 13820-000 - Bairro: JARDIM SÃO GERÔNIMO Município: Monte Alegre do Sul - SP E-mail: contato@piassacontabilidade.com.br Fone: (19) 3808-2815 | | Número da NFS-e <h3 style="text-align: center;">20250000000160</h3> |
| CNPJ / CPF 49.976.892/0001-05 | Inscrição Estadual **** | Inscrição Municipal 541264 |
| | | Data do Serviço 18/06/2025 |
| | | Código Verificador 94755989e |

| | | | |
|---|----------------|-------------------|------------------------|
| Prefeitura Municipal da Estância Hidromineral de Monte Alegre do Sul/SP Fiscalização Fone: (19) 3899-9120 - https://montealegredosul.gov.br.cloud/NFSe.Portal | Dt. de Emissão | Exigibilidade ISS | Tributado no Município |
| | 18/06/2025 | Exigível | Monte Alegre do Sul/SP |

| | | | |
|---|----|---------------------|------------------------|
| Município do Prestador do Serviço | | | |
| Nome / Razão Social | | | Monte Alegre do Sul/SP |
| IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MOGI GUACU | | | |
| Endereço | | | |
| CHICO DE PAULA,608 | | | |
| Cidade | UF | Fone | |
| Mogi Guaçu | SP | (19) 3861-1313 | 13840-005 |
| Bairro | | | |
| CENTRO | | | |
| CNPJ / CPF / NIF | | Inscrição Municipal | Inscrição Estadual |
| 52.739.950/0001-36 | | | |
| E-mail | | | |
| **** | | | |

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

| DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS | VALOR TOTAL | ALIQ. | VALOR IMPOSTO | RETIDO |
|--|---|---------------------------|-------------------------|----------------------|
| Serviços Prestados - Serviços Médicos(atendimentos Saúde Irmão) - Dr. Marcelo Dos S Oliveira - CRM 240847 Convênio numero 03/SS/2024 Dados para recebimento BANCO SICOOB AG: 3122 C.C: 853652-0 | 47.100,00 | 2,00 | 942,00 | Não |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 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\$ _____ () PROPOSTA Nº _____ <input type="checkbox"/> FEDERAL R\$ _____ () OUTROS R\$ _____ </div> | | | | |
| Código do Serviço | <input type="checkbox"/> ESTADUAL R\$ _____ () PROPOSTA Nº _____ <input type="checkbox"/> FEDERAL R\$ _____ () OUTROS R\$ _____ | | | |
| 04.01 - Medicina e biomedicina. | <input checked="" type="checkbox"/> MUNICIPAL R\$ _____ () FMDCA R\$ _____ <input type="checkbox"/> ESTADUAL R\$ _____ () PROPOSTA Nº _____ <input type="checkbox"/> FEDERAL R\$ _____ () OUTROS R\$ _____ | | | |
| CIDE | COFINS | COFINS Importação | ICMS | IPI |
| 0,00 | 1,413,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Base Cálculo ISSQN Próprio | Valor do ISSQN Próprio | Base Cálculo ISSQN Retido | Valor do ISSQN Retido | Valor Total do ISSQN |
| 47.100,00 | 942,00 | 0,00 | 0,00 | 942,00 |
| | | | Valor Dedução/Descontos | |
| | | | 0,00 | |
| VALOR TOTAL | | 47.100,00 | | |
| | | | 44.203,35 | |

| | |
|---|--|
| Informações Adicionais Lei 12741/2012: Mun: R\$1530,75; Est: R\$0,00; Fed: R\$6334,95; Total Aprox: R\$7865,70. Fonte: IBPT. IR Retido: R\$706,50 Retenções: COFINS R\$ 1.413,00;PIS R\$ 306,15;CSLL R\$ 471,00; | PGTO PARCIAL CONVÊNIO nº 05/SS/2024 VALOR PGTO: R\$ 132.161,01 |
|---|--|

Consulta realizada em 18/06/2025 às 17:54:04.

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



| | | |
|---|--|---------------------------------|
| Recebi(emos) de SANTOS OLIVEIRA CLINICA MEDICA LTDA os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado. _____ Data | Número da NFS-e 20250000000160 Competência 18/06/2025 NFS-e 94755989e | Número de Controle do Município |
| _____ Identificação e assinatura do receptor | | |

Consulta realizada em 18/06/2025 às 17:54:04.

**DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS**

Entidade: Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu

CNPJ: 52.739.950/0001-36

Nome Pessoa Jurídica:

SANTOS OLIVEIRA CLINICA MEDICA LTDA

Nome Pessoa Física:

Marcelo dos Santos

CNPJ/CPF.:

49.976.692/0001-05

Especialidade:

Clinico

Convênio: PLANTÕES

Competência: 05/2025

| Dias da Semana | Quantidade | Referência | Valor | Valor Total |
|--|------------|------------|--------------|---------------|
| Semana | 6 | 06 Horas | R\$ 850,00 | R\$ 5.100,00 |
| Dias 07, 08, 15, 22, 29, 30 | | | | |
| Semana | 21 | 12 Horas | R\$ 1.700,00 | R\$ 35.700,00 |
| Dia 01, 05, 06, 07, 09, 12, 13, 14, 15, 19, 20, 21, 22, 26, 27, 29 | | | | |
| Final de semana | 1 | 06 Horas | R\$ 900,00 | R\$ 900,00 |
| Dia 11, | | | | |
| Final de semana | 3 | 12 Horas | R\$ 1.800,00 | R\$ 5.400,00 |
| Dia 02, 16, 23 | | | | |
| TOTAL A PAGAR | | | | R\$ 47.100,00 |


Romildo Fontaniello

Provedor



2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/07/2025 às 13:57:29

Dados do Pagador

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

Dados do Recebedor

| | |
|--|-------------------------------------|
| Conta Destino: 756/3122/00000853652-0 | CPF/CNPJ: 49.976.692/0001-05 |
| Tipo Conta: 01 - Conta Corrente | Tipo Pessoa: Jurídica |
| Nome: SANTOS OLIVEIRA CLINICA MEDICA LTDA | Valor: R\$ 13.261,01 |
| Finalidade: 10 - Crédito em Conta | Valor Tarifa: R\$ 12,00 |
| Histórico: | |

Informações do Pagamento

| | |
|-------------------------------------|---|
| Data do Débito: 24/06/2025 | Código da Operação: 72906803 |
| Data da Operação: 24/06/2025 | Chave de Segurança: P9VJNU97KWLP3SAK |

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 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) 18/06/2025 17:15:05 | Período de Competência 06/2025 | Município de Prestação do Serviço Mogi Guaçu - SP |
| Reg. Especial Tributação Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME Exigível em EPP) | Exigibilidade do ISS Palmas | |

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social

SENA SERVIÇOS MEDICOS LTDA

Nome Fantasia

SENA SERVIÇOS MEDICOS

Email

dr.lucsen@gmail.com

CPF/CNPJ

48.889.013/0001-90

Inscrição Municipal

2441287

Inscrição Estadual

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

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\$ _____

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

Prestação de Serviços Médicos.

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

No valor de R\$ 15.700,00 ref.: 05/2025 - Ambulatorio.

Essa nota será liquidada no termo de Convênio: numero 03/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**

PGTO PARCIAL

CONVÊNIO n° 05/SS/2024

VALOR PGTO: R\$ 4710,00

(Assinado)
ASSINATURA

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 | 0,00 |

VALORES

| | | | | |
|--------------------------|------------------|-------------------------------|-----------------------|---------------------------|
| Valor dos Serviços (R\$) | Deduções (R\$) | Desconto Incondicionado (R\$) | Base de Cálculo (R\$) | Alíquota (%) |
| 15.700,00 | 0,00 | 0,00 | ***** | 2,0101 |
| ISS (R\$) | ISS Retido (R\$) | Desconto Condicionado (R\$) | Valor Líquido (R\$) | Valor Total da Nota (R\$) |
| ***** | ***** | 0,00 | 15.700,00 | 15.700,00 |

OUTRAS INFORMAÇÕES

Esta NFS-e é autodeclaratória.

Optante do Simples Nacional.

Trib. aprox. R\$ 2.111,65 Federal e R\$ 785,00 Municipal. Fonte: IBPT [6A0A76]

Visualizado em: 18/06/2025 17:15:05

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

Para mais informações consulte o Decreto nº 1667 de 6 de dezembro de 2018



DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

Entidade: Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu

CNPJ: 52.739.950/0001-36

Nome Pessoa Jurídica: SENA SERVICOS MEDICOS LTDA

Nome Pessoa Física: Lucas Araujo Sena

CNPJ/CPF.: 48.889.013/0001-90

Especialidade: Clínico

Convênio: PLANTÕES

Competência: 05/2025

| Dias da Semana | Quantidade | Referência | Valor | Valor Total |
|-------------------------|------------|------------|--------------|---------------|
| Semana | 5 | 12 Horas | R\$ 1.700,00 | R\$ 8.500,00 |
| Dias 01, 08, 15, 21, 29 | | | | |
| Final de semana | 4 | 12 Horas | R\$ 1.800,00 | R\$ 7.200,00 |
| Dias 02, 10, 16, 31 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| TOTAL A PAGAR | | | | R\$ 15.700,00 |


Romildo Fontaniello
Provedor



2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/07/2025 às 13:57:29

Dados do Pagador

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

Dados do Recebedor

| | |
|--|-------------------------------------|
| Conta Destino: 756/3122/00000856516-3 | CPF/CNPJ: 48.889.013/0001-90 |
| Tipo Conta: 01 - Conta Corrente | Tipo Pessoa: Jurídica |
| Nome: SENA SERVICOS MEDICOS LTDA | Valor: R\$ 4.710,00 |
| Finalidade: 10 - Crédito em Conta | Valor Tarifa: R\$ 12,00 |
| Histórico: | |

Informações do Pagamento

| | |
|-------------------------------------|---|
| Data do Débito: 24/06/2025 | Código da Operação: 72906804 |
| Data da Operação: 24/06/2025 | Chave de Segurança: HEG30Z0JM2HRZWC3 |

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
0000000128 - E

Autenticidade
G9KK-G1B3

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFSe

Data de Emissão: **18/06/2025 17:06:35**
Competência (Serv.): **06/2025**



PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social.: **A.M. CORTES SERVIÇOS MEDICOS LTDA**
Nome Fantasia: **A.M. CORTES SERVIÇOS 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: **contabil.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,808 - CEP : 13840005, CENTRO**
Município.....: **Mogi Guaçu** UF: **SP**
Email.....: **santacasamogiguacu@dginet.com.br**

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Referente serviços prestados Ambulatório 05/2025
Dr Antonio Cristiano
Banco: 756
Agência: 3122
Conta: 854.454-8
Convênio numero 03/SS/2024

PGTO PARCIAL

CONVÊNIO Nº 05/SS/2024

VALOR PGTO: R\$ 5760,00

**CONFERE COM
O ORIGINAL**

| | | | |
|---|-----------------------------------|-----------|--|
| 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\$ _____ | |

Amanda
ASSINATURA

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

Processo executado por: 172.16.20.80
Consulte a autenticidade desta Nota Fiscal através do site:
mogimirim.sigiss.com.br

Situação de Tributação
Tributada no Prestador
Tributada em Mogi Mirim.

Código do Serviço
401 - Medicina e biomedicina.

| I.N.S.S. (R\$) | I.RENDA (R\$) | PIS (R\$) | COFINS (R\$) | CSLL (R\$) | OUTRAS DEDUÇÕES (R\$) |
|----------------|---------------|-----------|--------------|------------|-----------------------|
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

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

| VALOR TOTAL | DEDUÇÕES | BASE DE CÁLCULO | ALÍQUOTA | VALOR DO ISS | VALOR LÍQUIDO |
|-------------|----------|-----------------|----------|--------------|---------------|
| 19.200,00 | 0,00 | 19.200,00 | 3,2945% | 632,54 | 19.200,00 |



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 Cristiano Cortes Rotermund

CNPJ/CPF: :

45.133.664/0001-67

Especialidade:

Clinico

Convênio: AMBULATORIO

Competência: 05/2025

| Dias da Semana | Quantidade | Referência | Valor | Valor Total |
|----------------------------|------------|------------|--------------|----------------------|
| Semana | 6 | 12 Horas | R\$ 1.700,00 | R\$ 10.200,00 |
| Dia 08, 13, 15, 20, 22, 29 | | | | |
| Final de Semana | 5 | 12 horas | R\$ 1.800,00 | R\$ 9.000,00 |
| Dia 04, 09, 11, 18, 25 | | | | |
| Final de Semana | | 06 Horas | R\$ 900,00 | R\$ - |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| TOTAL A PAGAR | | | | R\$ 19.200,00 |

Romildo Fontanillo
Provedor



2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/07/2025 às 13:57:29

Dados do Pagador

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

Dados do Recebedor

| | |
|--|-------------------------------------|
| Conta Destino: 756/3122/00000854454-9 | CPF/CNPJ: 45.133.664/0001-67 |
| Tipo Conta: 01 - Conta Corrente | Tipo Pessoa: Jurídica |
| Nome: A.M. CORTES SERVICOS MEDICOS LTDA | Valor: R\$ 5.760,00 |
| Finalidade: 10 - Crédito em Conta | Valor Tarifa: R\$ 12,00 |
| Histórico: | |

Informações do Pagamento

| | |
|-------------------------------------|---|
| Data do Débito: 24/06/2025 | Código da Operação: 72906805 |
| Data da Operação: 24/06/2025 | Chave de Segurança: NJCXJKYZGYMA0R9U |

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
000000000330 - E

Autenticidade
CZZL-1S1A

Data de Emissão
18/06/2025

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@uoi.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 05/2025.

CONVÊNIO NÚMERO - 03/SS/2024.

DR. LEONARDO PARIZZI LEALDINI.

VALOR LÍQUIDO À RECEBER - 27.918,38

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

Serviço realizado em : SANTA CASA DE MOGI GUAÇU

CONFERE COM
O ORIGINAL

Amando
ASSINATURA

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

PGTO PARCIAL
CONVÊNIO n° 05/SS/2024
VALOR PGTO: R\$ 8315,51

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\$ 4.829,19 - Aliq: 16,71%

Situação de Tributação
Tributado no Tomador

Código do Serviço

401 - Medicina e biomedicina.

Deduções de Materiais
0,00

Base de Cálculo (R\$)
28.900,00

Aliquota (%)
3,3966%

Vr do ISS (R\$)
981,62

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 28.900,00



DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

Entidade: Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu

CNPJ: 52.739.950/0001-36

Nome Pessoa Jurídica:

NEONATALE SERVIÇOS MÉDICOS LTDA

Nome Pessoa Física:

Leonardo Parizzi Lealdini

CNPJ/CPF.:

18.835.834/0001-82

Especialidade:

Pediatra/Neonatologista

CONVENIO: PLANILHAS

Competência: 05/2025

| Dias da Semana | Quantidade | Referência | Valor | Valor Total |
|--|------------|------------|--------------|----------------------|
| Semana/Final de semana | 16 | 12 Horas | R\$ 1.700,00 | R\$ 27.200,00 |
| Dias 05 a 08, 12, 14, 15, 19, 21, 22, 23, 26 a 30 | | | | |
| Semana/Final de semana | 2 | 6 Horas | R\$ 850,00 | R\$ 1.700,00 |
| Dias 13, 20 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| TOTAL A PAGAR | | | | R\$ 28.900,00 |

Romildo Fontaniello
Provedor



2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/07/2025 às 13:57:29

Dados do Pagador

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

Dados do Recebedor

| | |
|--|-------------------------------------|
| Conta Destino: 756/3122/00000858164-9 | CPF/CNPJ: 18.835.834/0001-82 |
| Tipo Conta: 01 - Conta Corrente | Tipo Pessoa: Jurídica |
| Nome: NEONATALE SERVICOS MEDICOS LTDA | Valor: R\$ 8.375,51 |
| Finalidade: 10 - Crédito em Conta | Valor Tarifa: R\$ 12,00 |
| Histórico: | |

Informações do Pagamento

| | |
|-------------------------------------|---|
| Data do Débito: 24/06/2025 | Código da Operação: 72906806 |
| Data da Operação: 24/06/2025 | Chave de Segurança: KTH5FHRSZ33YVEXA |

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

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

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica (NFS-e)

| | | |
|--|--|--|
| SANTOS OLIVEIRA CLINICA MEDICA LTDA RUA RUA DA LIBERDADE, 58 - 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 <h3 style="text-align: center;">20250000000161</h3> |
| CNPJ / CPF Inscrição Estadual Inscrição Municipal 49.976.692/0001-05 **** 541264 | Data do Serviço <h3 style="text-align: center;">18/06/2025</h3> | Código Verificado <h3 style="text-align: center;">17137f854</h3> |

| | | | |
|---|------------------------------|-------------------------------|--|
| Prefeitura Municipal da Estância Hidromineral de Monte Alegre do Sul/SP Fiscalização Fone: (19) 3899-9120 - https://montealegredosul.govbr.cloud/NFSe.Portal | Dt. de Emissão 18/06/2025 | Exigibilidade ISS Exigível | Tributado no Município Monte Alegre do Sul/SP |
|---|------------------------------|-------------------------------|--|

| | | | | | | | |
|------------------------------|-------------|---------------------|--------------|------------------------|--|--|--|
| Nome / Razão Social ***** | | | | Monte Alegre do Sul/SP | | | |
| Endereço ***** | | | | | | | |
| Cidade ***** | UF ***** | Fone ***** | CEP ***** | | | | |
| Bairro ***** | | | | | | | |
| CNPJ / CPF / NF ***** | | 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 | RETIDO |
|--|---|--------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Serviços Prestados - Ambulatório - Dr. Marcelo Dos S.Oliveira - GRM-240847 Convênio numero 03/SS/2024 Dados para recebimento BANCO SICOOB AG: 3122 C.C: 853652-0 | 900,00 | 2,00 | 18,00 | Não |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUACU TERMO DE CONVÊNIO Nº 03/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\$ _____ </div> | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> CONFERE COM O ORIGINAL ASSINATURA </div> | | | |
| Código do Serviço 04.01 - Medicina e biomedicina. | Código NBS ***** | | | |
| CIDE 0,00 | COFINS 27,00 | COFINS Importação 0,00 | ICMS 0,00 | IOF 0,00 |
| IPI 0,00 | PIS/PASEP 5,85 | PIS/PASEP Importação 0,00 | | |
| Base Cálculo ISSQN Próprio 900,00 | Valor do ISSQN Próprio 18,00 | Base Cálculo ISSQN Retido 0,00 | Valor do ISSQN Retido 0,00 | Valor Total do ISSQN 18,00 |
| 900,00 | | | 844,65 | |

| | |
|---|--|
| Informações Adicionais Lei 12741/2012: Mun: R\$29,25; Est: R\$0,00; Fed: R\$121,05; Total Aprox: R\$150,30. Fonte: IBPT. IR Retido: R\$13,50 Retenções: COFINS R\$ 27,00; PIS R\$ 5,85; CSLL R\$ 9,00; | PGTO PARCIAL CONVÊNIO Nº 03/SS / 2024 VALOR PGTO: R\$ 853,40 |
|---|--|

Consulta realizada em 18/06/2025 às 17:57:17.

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



2025000000016117137f85449976692000105

| | | |
|--|-----------------------------------|---------------------------------|
| Recebi(emos) de SANTOS OLIVEIRA CLINICA MEDICA LTDA | Número da NFS-e 20250000000161 | Número de Controle do Município |
| os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado. ____/____/____ Data | Competência 18/06/2025 | |
| _____ Identificação e assinatura do receptor | NFS-e 17137f854 | |

Consulta realizada em 18/06/2025 às 17:57:17.

**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: 05/2025

| Dias da Semana | Quantidade | Referência | Valor | Valor Total |
|------------------------|------------|------------|--------------|-------------|
| Semana | | 06 Horas | R\$ 850,00 | R\$ - |
| | | | | |
| | | | | |
| Semana | | 12 Horas | R\$ 1.700,00 | R\$ - |
| | | | | |
| | | | | |
| Final de semana | 1 | 06 Horas | R\$ 900,00 | R\$ 900,00 |
| Dia 17 | | | | |
| | | | | |
| Final de semana | | 12 Horas | R\$ 1.800,00 | R\$ - |
| | | | | |
| TOTAL A PAGAR | | | | R\$ 900,00 |


Romildo Fontaniello
Provedor



2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/07/2025 às 13:57:29

Dados do Pagador

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

Dados do Recebedor

| | |
|--|-------------------------------------|
| Conta Destino: 756/3122/00000853652-0 | CPF/CNPJ: 49.976.692/0001-05 |
| Tipo Conta: 01 - Conta Corrente | Tipo Pessoa: Jurídica |
| Nome: SANTOS OLIVEIRA CLINICA MEDICA LTDA | Valor: R\$ 253,40 |
| Finalidade: 10 - Crédito em Conta | Valor Tarifa: R\$ 12,00 |
| Histórico: | |

Informações do Pagamento

| | |
|-------------------------------------|--|
| Data do Débito: 24/06/2025 | Código da Operação: 72906807 |
| Data da Operação: 24/06/2025 | Chave de Segurança: EVVFSGGZZ53UNLR4N |

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
000000000867 - E

Autenticidade
27SJ-RD78

Data de Emissão
19/06/2025

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: 03/SS/2024
SERVIÇOS PRESTADOS
VALOR BRUTO R\$ 1.750,00
COFINS R\$ 52,50
CSLL R\$ 17,50
PIS R\$ 11,37
IR R\$ 26,25
VALOR LÍQUIDO R\$ 1.642,38

CONFERE COM
O ORIGINAL

Amanda

ASSINATURA

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

FONTES DE RECURSO

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

PGTO PARCIAL

CONVÊNIO nº 05/SS/2024
VALOR PGTO: R\$ 490,91

Processo executado por: 172.16.20.60

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

Situação de Tributação
Tributada no Prestador

Código do Serviço

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

Deduções de Materiais
0,00

Base de Cálculo (R\$)
1.750,00

Alíquota (%)
-

Vr do ISS (R\$)
-

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 1.750,00



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: Clínico

Convênio: PLANODS

Competência: 05/2025

| Dias da Semana | Quantidade | Referência | Valor | Valor Total |
|------------------------|------------|------------|--------------|--------------|
| Semana | 1 | 6 Horas | R\$ 850,00 | R\$ 850,00 |
| Dia 07 | | | | |
| | | | | |
| Semana | | 12 Horas | R\$ 1.700,00 | R\$ - |
| | | | | |
| | | | | |
| Final de semana | 1 | 6 Horas | R\$ 900,00 | R\$ 900,00 |
| Dia 04 | | | | |
| | | | | |
| Final de semana | | 12 Horas | R\$ 1.800,00 | R\$ - |
| | | | | |
| | | | | |
| TOTAL A PAGAR | | | | R\$ 1.750,00 |


Romildo Fontaniello
Provedor



2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/07/2025 às 13:57:29

Dados do Pagador

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

Dados do Recebedor

| | |
|---|-------------------------------------|
| Conta Destino: 001/0456/00000046871-1 | CPF/CNPJ: 15.626.947/0001-80 |
| Tipo Conta: 01 - Conta Corrente | Tipo Pessoa: Jurídica |
| Nome: AMPARO MED CARE SERVICOS MEDICOS S/S | Valor: R\$ 492,71 |
| Finalidade: 10 - Crédito em Conta | Valor Tarifa: R\$ 12,00 |
| Histórico: | |

Informações do Pagamento

| | |
|-------------------------------------|---|
| Data do Débito: 24/06/2025 | Código da Operação: 72906808 |
| Data da Operação: 24/06/2025 | Chave de Segurança: T2C20TJWJ68P4SPK |

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 LIMEIRA - SP
SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA

NÚMERO DA NOTA 00152
DATA DA EMISSÃO 20/06/2025 14:23:49
CÓDIGO VERIFICAÇÃO D7BC85E4C

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA

SÉRIE: NFS COMPETÊNCIA: 20/06/2025 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
DESMEMBROAMENTO OSCAR ANTONIO BRED A
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 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 SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS AMBULATÓRIO 05/2025.
CONVÊNIO NÚMERO 03/55/2024

FIM

Form for recording sources of funds: MUNICIPAL, ESTADUAL, FEDERAL, FMDCA, PRÓPRIOS, OUTROS.

CONFERE COM O ORIGINAL

Handwritten signature: Amanda

ASSINATURA

DETALHAMENTO DE VALORES

Table with columns: IMPOSTOS FEDERAIS, DEDUÇÕES / DESCONTOS, VALOR DO SERVIÇO. Values include PIS, COFINS, IR, INSS, CSLL, Alíquota do ISS, Desconto Incondicionado, Desconto Condicionado, Outras Retenções, Outras Deduções, Base de Cálculo, Total Deduções/Descontos, Total de Imp. Federais, Valor do ISS, VALOR LÍQUIDO.

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Trib aprox R\$: 67,25 Federal e 16,25 Municipal Fonte: IBPT/empresometro.com.br 6A0A76

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.

Handwritten: CONVÊNIO Nº 06155 / 2024
VALOR PGTO: R\$ 510,00

Desenvolvido por: li-BRASIL INTELIGÊNCIA E INFORMAÇÃO LTDA®



PREFEITURA MUNICIPAL DE LIMEIRA - SP
Série | Número NFS-e
NFS | 00152
Data da Emissão
20/06/2025 14:23:49
Código de Verificação

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:

WS BRANDAO SERVICOS MEDICOS LTDA

Nome Pessoa Física:

Windsor da Silveira Brandão Filho

CNPJ/CPF: :

50.918.436/0001-32

Especialidade:

Clinico

CONVENIO AMBULATORIO

Competência: 05/2025

| Dias da Semana | Quantidade | Referência | Valor: | Valor Total |
|----------------------|------------|------------|--------------|---------------------|
| Semana | 1 | 12 Horas | R\$ 1.700,00 | R\$ 1.700,00 |
| Dia 06 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| TOTAL A PAGAR | | | | R\$ 1.700,00 |

Romildo Fontaniello
Provedor



2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/07/2025 às 13:57:29

Dados do Pagador

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

Dados do Recebedor

| | |
|---|-------------------------------------|
| Conta Destino: 748/0718/00000046488-6 | CPF/CNPJ: 50.918.436/0001-32 |
| Tipo Conta: 01 - Conta Corrente | Tipo Pessoa: Jurídica |
| Nome: WS BRANDAO SERVICOS MEDICOS LTDA | Valor: R\$ 510,00 |
| Finalidade: 10 - Crédito em Conta | Valor Tarifa: R\$ 12,00 |
| Histórico: | |

Informações do Pagamento

| | |
|-------------------------------------|---|
| Data do Débito: 24/06/2025 | Código da Operação: 72906809 |
| Data da Operação: 24/06/2025 | Chave de Segurança: Q2NRPPG0A6W3GWCX |

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

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

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492



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



Número da NFS-e
101
Código de Verificação de Autenticidade
RXZHTYODD
Data e Hora de Emissão da NFS-e
20/06/2025 às 08:24:10
Chave de Acesso
144782EG000KS804YBY5MFJZBA4H4S

Para certificação da autenticidade acesse
<http://201.25.112.194:5661/issweb/>,
 menconsultas e Informe os dados desta NFS

Informações Fiscais

| | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------|--|---------------------------------------|
| Exigibilidade do ISS Exlgivel | Número do Processo | Município de Incidência do ISS NOVA CANAA DO NORTE- MT | Local da Prestação MOGI GUACU - SP |
| Número do RPS | Série do RPS | Tipo do RPS | Data do RPS |
| | | | Competência 20/06/2025 |
| Optante Simples Nacional 1 - Sim | Incentivo Fiscal 2 - Não | Regime Especial Tributação Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP) 03 - Sobre Faturamento | Tipo ISS |

PRESTADOR DE SERVIÇOS

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

TOMADOR DE SERVIÇOS

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

Descrição dos Serviços

| Qtde. | Un. Medida | Descrição | Vir. Unitário |
|-------|------------|---|-------------------------|
| 1,00 | UN | Serviços médicos prestados pelo DR. MATHEUS DE OLIVEIRA MUNHOES. Referente aos Ambulatório 05/2025 Convênio numero 03/SS/2024 Dados Bancários: PJ Banco: 748 - Banco Cooperativo Sionredi S.A. - Bansioredi Agência: 0718 Conta: 54107-3 ***DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL*** | 25.200,00 R\$ 25.200,00 |

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\$ _____

PGTO PARCIAL

CONVÊNIO Nº 03/SS / 2024

VALOR PGTO: R\$ 7.560,00

Amanda

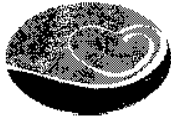
| | | | | | |
|---|----------|---------------------|-------------|----------------|------------|
| Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS | Alíquota | Atividade Município | Código CNAE | Código da Obra | Código ART |
| LC 118/2003: 04.01 | 2,00% | 0000040000001 | | | |

| | | | | | | |
|--------------------------|-------------------------|-----------------------|-----------------|--------------|------------|-----------------------|
| Valor Total dos Serviços | Desconto Incondicionado | Deduções Base Cálculo | Base de Cálculo | Total do ISS | ISS Retido | Desconto Condicionado |
| R\$ 25.200,00 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 25.200,00 | R\$ 504,00 | 2 - Não | R\$ 0,00 |

| | | | | | |
|----------|----------|----------|----------|----------|------------------|
| 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\$ 25.200,00 Val. Aprox. Trib

Informações Complementares



DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

Entidade: Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu

CNPJ: 52.739.950/0001-36

Nome Pessoa Jurídica: MOM MEDICAL LTDA

Nome Pessoa Física: Matheus de Oliveira Munhoes

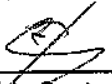
CNPJ/CPF.: 53.111.978/0001-97

Especialidade: Clínico

Convênio: PLANTÕES

Competência: 05/2025

| Dias da Semana | Quantidade | Referência | Valor | Valor Total |
|--------------------------------|------------|------------|--------------|----------------------|
| Final de semana | 5 | 12 Horas | R\$ 1.800,00 | R\$ 9.000,00 |
| Dia 10, 18, 23, 30, 31 | | | | |
| Semana | 7 | 12 Horas | R\$ 1.700,00 | R\$ 11.900,00 |
| Dia 01, 12, 14, 19, 22, 27, 28 | | | | |
| Final de semana | 1 | 06 Horas | R\$ 900,00 | R\$ 900,00 |
| Dia 04 | | | | |
| Semana | 4 | 06 Horas | R\$ 850,00 | R\$ 3.400,00 |
| Dia 07, 13, 20, 27 | | | | |
| TOTAL A PAGAR | | | | R\$ 25.200,00 |


Romildo Fontaniello

Provedor

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 25/06/2025 às 08:10:48

Dados do Pagador

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

Dados do Recebedor



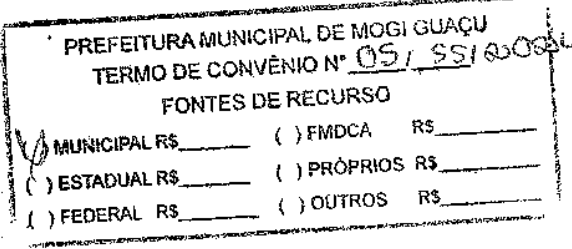
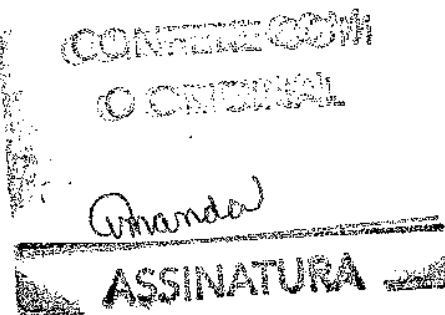
| | |
|--|-------------------------------------|
| Conta Destino: 748/0718/00000054107-3 | CPF/CNPJ: 53.111.978/0001-97 |
| Tipo Conta: 01 - Conta Corrente | Tipo Pessoa: Jurídica |
| Nome: MOM MEDICAL LTDA | Valor: R\$ 7.560,00 |
| Finalidade: 10 - Crédito em Conta | Valor Tarifa: R\$ 12,00 |
| Histórico: | |

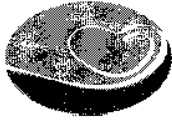
Informações do Pagamento

| | |
|-------------------------------------|---|
| Data do Débito: 24/06/2025 | Código da Operação: 72906810 |
| Data da Operação: 24/06/2025 | Chave de Segurança: G1GA8KXVM2T26PPL |

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

| | | | | |
|--|--|------------------------------------|------------------------------|---------------------|
|  <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 50 | | |
| | | Série: E | | |
| | | Data Emissão: 20/06/2025 | | |
| | | Certificação: 5B981-1337C | | |
| DADOS DO PRESTADOR | | | | |
| Nome/Razão Social: M. E. TEODORO GARIBALDI SERVIÇOS MÉDICOS LTDA Nome Fantasia: M. E. TEODORO GARIBALDI SERVIÇOS MÉDICOS LTDA CNPJ/CPF: 56.908.212/0001-26 Insc. Municipal: 524335 Insc. Estadual: Nº: 385 Endereço: R MANOEL CARLOS GONÇALVES Compl.: Bairro: CENTRO UF: SP CEP: 13995-000 Município: SANTO ANTÔNIO DO JARDIM Telefone: 1434174553 E-mail: i9contab@gmail.com | | | | |
| DADOS DO TOMADOR | | | | |
| Nome/Razão Social: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MOGI GUAÇU CNPJ/CPF: 52.739.950/0001-36 Insc. Municipal: Endereço: R CHICO DE PAULA Insc. Estadual: Nº: 608 Bairro: CENTRO Compl.: Município: MOGI GUAÇU UF: SP CEP: 13840-005 E-mail: santacasamogiguacu@dginet.com.br Telefone: 1938811313 | | | | |
| DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO | | | | |
| REFERENTE AOS PLANTÕES MÉDICOS PRESTADOS - 05/2025. CONVÊNIO NUMERO 03/SS/2024. DRA. MARIA ELISA - R\$ 5.100,00 | | | | |
|  | | | | |
| Item | Tributável | Qtde. | VI. Unitário R\$ | Total R\$ |
| SERVIÇOS MÉDICOS | Sim | 1,00 | 5100 | 5.100,00 |
|  | | | | |
| PGTO PARCIAL CONVÊNIO Nº 05/SS/2024 VALOR PGTO: R\$ 1530,00 | | | | |
| Valor Tributável: | Valor não Tributável: | VALOR BRUTO DA NOTA | | R\$ 5.100,00 |
| R\$ 5.100,00 | R\$ 0,00 | | | |
| Valor Total das Deduções: | Desconto Incondicionado: | Desconto Condicionado: | Base de Cálculo: | Aliquota: |
| R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 5.100,00 | 2,1700% |
| PIS: | COFINS: | INSS: | IR: | CSLL: |
| R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| Valor Aproximado de Impostos: Federais R\$ 0,00 Estaduais R\$ 0,00 Municipais R\$ 0,00 | | | VALOR LÍQUIDO DA NOTA | R\$ 5.100,00 |
| ENQUADRAMENTO DO SERVIÇO | | | | |
| 4.01 - Medicina e biomedicina. | | | | |
| OUTRAS INFORMAÇÕES | | | | |
| Mês de Competência: 06/2025 | Local do Recolhimento: SANTO ANTÔNIO DO JARDIM/SP | Dt: 20/06/2025 08:31:37 | | |
| Recolhimento: Sem Retenção | Tributação: Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP) | Competência: | | |
| CNAE: 8630503 | Empresa Optante do Simples Nacional - Anexo: V | | | |
| Observações: | | | | |
| O conteúdo deste documento fiscal é de inteira responsabilidade do emissor. | | | | |
| Impresso em: 20/06/2025 às 08:31:45 | | | | |

DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOSEntidade: **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: **05/2025**

| Dias da Semana | Quantidade | Referência | Valor | Valor Total |
|------------------------|------------|-----------------|---------------------|---------------------|
| Semana | 3 | 12 Horas | R\$ 1.700,00 | R\$ 5.100,00 |
| Dia 02, 30 | | | | |
| Final de Semana | | 12 Horas | R\$ 1.800,00 | R\$ - |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| TOTAL A PAGAR | | | | R\$ 5.100,00 |


Romildo Fontaniello
Provedor



2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/07/2025 às 16:21:03

Dados do Pagador

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

Dados do Recebedor

| | |
|---|-------------------------------------|
| Conta Destino: 336/0001/00034185631-2 | CPF/CNPJ: 56.908.212/0001-26 |
| Tipo Conta: 01 - Conta Corrente | Tipo Pessoa: Jurídica |
| Nome: M. E. TEODORO GARIBALDI SERVICOS MEDICOS | Valor: R\$ 1.530,00 |
| Finalidade: 10 - Crédito em Conta | Valor Tarifa: R\$ 12,00 |
| Histórico: | |

Informações do Pagamento

| | |
|-------------------------------------|---|
| Data do Débito: 25/06/2025 | Código da Operação: 31587500 |
| Data da Operação: 25/06/2025 | Chave de Segurança: 93WPL996NLRJQXAQ |

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
000000000006 - E

Autenticidade
734P-GEZG

Data de Emissão
23/06/2025

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

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS DRA CAROLINE DE ALMEIDA TULLER
Plantões 05/2025.
Convênio numero 03/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 de desconto R\$ 1.168,50
VALOR LIQUIDO R\$ 17.831,50

| | | | |
|---|---|--|--|
| 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\$ _____ | | |

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**

PGTO PARCIAL
CONVÊNIO nº 05/SS / 2024
VALOR PGTO: R\$ 5349,45

Armando
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

Aliquota (%)
3,0000%

Vr do ISS (R\$)
570,00

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 19.000,00



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: 05/2025

| Dias da Semana | Quantidade | Referência | Valor | Valor Total |
|------------------------|------------|------------|--------------|---------------|
| Semana | 8 | 12 Horas | R\$ 1.700,00 | R\$ 13.600,00 |
| Dia 06, 13, 20, 27 | | | | |
| Final de Semana | 3 | 12 Horas | R\$ 1.800,00 | R\$ 5.400,00 |
| Dia 04, 17 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| TOTAL A PAGAR | | | | R\$ 19.000,00 |


Romildo Fontaniello
Provedor



2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/07/2025 às 16:21:03

Dados do Pagador

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

Dados do Recebedor

| | |
|---|-------------------------------------|
| Conta Destino: 260/0001/00606402061-8 | CPF/CNPJ: 60.505.523/0001-11 |
| Tipo Conta: 01 - Conta Corrente | Tipo Pessoa: Jurídica |
| Nome: TULLER SERVICOS MEDICOS SOCIEDADE SIMPLE | Valor: R\$ 5.349,45 |
| Finalidade: 10 - Crédito em Conta | Valor Tarifa: R\$ 12,00 |
| Histórico: | |

Informações do Pagamento

| | |
|-------------------------------------|---|
| Data do Débito: 25/06/2025 | Código da Operação: 31587501 |
| Data da Operação: 25/06/2025 | Chave de Segurança: MKACGQ5TNNGG56GL |

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
00000000546 - E

Autenticidade
4XTU-HWKS

Data de Emissão
25/06/2025

PRESTADOR DE SERVIÇOS

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

TOMADOR DE SERVIÇOS

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

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Convênio numero 03/SS/2024

Dr. Alvaro....24.800,00

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

**CONFERE COM
O ORIGINAL**

Alvaro

ASSINATURA

PGTO PARCIAL

CONVÊNIO n° 05/SS/2024

VALOR PAGO: R\$ 2.216,80

Processo executado por: 172.16.20.60

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

Situação de Tributação
Tributado no Tomador

Código do Serviço

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

| | | | |
|--------------------------------------|---|--------------------------------|----------------------------------|
| Deduções de Materiais 0,00 | Base de Cálculo (R\$) 24.800,00 | Alíquota (%) 3,0000% | Vr do ISS (R\$) 744,00 |
|--------------------------------------|---|--------------------------------|----------------------------------|

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 24.800,00



DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

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

CNPJ: **52.739.950/0001-36**

Nome Pessoa Jurídica: **CLINICA MEDICA E DE IMAGEM MGV LTDA**

Nome Pessoa Física: **Alvaro Moromizato**


CNPJ/CPF.: **14.125.285/0001-00**

Especialidade: **Cirurgião Plastico**

Convênio: **PLANTÕES**

Competência: **05/2025**

| Dias da Semana | Quantidade | Referência | Valor | Valor Total |
|-------------------------------|------------|------------|------------|---------------|
| Semana/Final de semana | 31 | 24 Horas | R\$ 800,00 | R\$ 24.800,00 |
| De 01 a 31/05 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| TOTAL A PAGAR | | | | R\$ 24.800,00 |


Romildo Fontaniello
 Provedor



2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/07/2025 às 16:21:03

Dados do Pagador

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

Dados do Recebedor

| | |
|---|-------------------------------------|
| Conta Destino: 001/0578/00000046925-4 | CPF/CNPJ: 10.336.730/0001-11 |
| Tipo Conta: 01 - Conta Corrente | Tipo Pessoa: Jurídica |
| Nome: CLINICA DE CIRURGIA PLASTICA IMAGEM LTDA | Valor: R\$ 7.216,80 |
| Finalidade: 10 - Crédito em Conta | Valor Tarifa: R\$ 12,00 |
| Histórico: | |

Informações do Pagamento

| | |
|-------------------------------------|---|
| Data do Débito: 25/06/2025 | Código da Operação: 31587498 |
| Data da Operação: 25/06/2025 | Chave de Segurança: TSTL7J4U9GHL0YZ6 |

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
000000001208 - E
Autenticidade
GD XU-6JIU
Data de Emissão
18/06/2025

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: CLINICA MEDICA CAPE LTDA
CPF/CNPJ: 06.742.556/0001-65 IM: 191922 IE: ISENTO Fone: (19) 3861-3636
Endereço: RUA ANTUNES GARCIA, 358, BAIRRO DO LOTE - CEP: 13840106
Município: MOGI GUAÇU UF: SP E-mail: elainepedrin@ig.com.br

TOMADOR DE SERVIÇOS

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

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Serviços Médicos prestados
Convênio 03/SS/2024
Dr Marcos Alexandre F da Cruz
CRM 91656

IRRF 1,5% R\$ 150,00
CSLL 1% R\$ 100,00
COFINS 3% R\$ 300,00
PIS 0,65% R\$ 65,00

CONFERE COM
O ORIGINAL

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

PGTO PARCIAL

CONVÊNIO Nº 05/SS/2024
VALOR PGTO: R\$ 2.725,50

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\$) | Aliquota (%) | Vr do ISS (R\$) |
|-----------------------|-----------------------|--------------|-----------------|
| 0,00 | 10.000,00 | 3,0000% | 300,00 |

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 10.000,00



DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

Endereço: Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu

CNPJ: 52.739.950/0001-36

Tipo Pessoa Jurídica:

Tipo Pessoa Física:

RJ/CPF.:

Especialidade:

CLINICA MEDICA CAPESS

Dr. Marcos Alexandre Francato da Cruz

08.742.556/0001-65

Cabeça/Pescoço

NOME: ASSESSORIAS/COORDENAÇÃO

Período: 05/2025

| Descrição | Referência | Valor | Valor Total |
|--------------------------------|------------|---------------|----------------------|
| Serviços Prestados | Mensal | R\$ 10.000,00 | R\$ 10.000,00 |
| Coordenação/ Diretoria Técnica | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| TOTAL A PAGAR | | | R\$ 10.000,00 |


Romildo Fontaniello
Provedor

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/07/2025 às 16:21:03

Dados do Pagador

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

Dados do Recebedor

| | |
|--|---------------------------------|
| Conta Destino: 033/0181/00001035580-6 | CPF/CNPJ: 120.599.738-56 |
| Tipo Conta: 01 - Conta Corrente | Tipo Pessoa: Física |
| Nome: CLINICA MEDICA CAPE | Valor: R\$ 2.725,50 |
| Finalidade: 10 - Crédito em Conta | Valor Tarifa: R\$ 12,00 |
| Histórico: | |

Informações do Pagamento

| | |
|-------------------------------------|---|
| Data do Débito: 25/06/2025 | Código da Operação: 31587516 |
| Data da Operação: 25/06/2025 | Chave de Segurança: 74H2UEQ72X3RJ6EX |

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
000000003594 - E

Autenticidade
IJ80-0GB3

Data de Emissão
18/06/2025

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 GIPRIANO (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 PRESTADOS PLANTÕES 05/2025
CONVÊNIO NUMERO 03/SS/2024
R\$ 4.000,00

DR. FLAVIO HENRIQUE DE SOUZA

PIS (0,65%) R\$ 26,00
COFINS (3%) R\$ 120,00
IR (1,5%) R\$ 60,00
CSLL (1%) R\$ 40,00

CONFERE COM
O ORIGINAL

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

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

FGTO PARCIAL

CONVÊNIO nº 05/SS/2024

VALOR FGTO: R\$ 3.126,20

Processo executado por: 172.16.20.60

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

Situação de Tributação
Tributada no Prestador

Código do Serviço

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

Deduções de Materiais
0,00

Base de Cálculo (R\$)
4.000,00

Alíquota (%)
-

Vr do ISS (R\$)
-

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: **SF DIAGNOSTICOS POR IMAGEM LTDA**

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

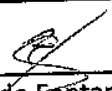
CNPJ/CPF.: **31.246.667/0001-00**

Especialidade: **Radiologista**

Convênio: **PLANTÕES**

Competência: **05/2025**

| Dias da Semana | Quantidade | Referência | Valor | Valor Total |
|-------------------------|------------|------------|------------|--------------|
| Semana/Final de semana | 5 | 24 Horas | R\$ 800,00 | R\$ 4.000,00 |
| Dias 07, 14, 21, 26, 28 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| TOTAL A PAGAR | | | | R\$ 4.000,00 |


Romildo Fontaniello
Provedor



2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/07/2025 às 16:21:03

Dados do Pagador

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

Dados do Recebedor

| | |
|--|-------------------------------------|
| Conta Destino: 077/0001/00008691246-1 | CPF/CNPJ: 31.246.667/0001-00 |
| Tipo Conta: 01 - Conta Corrente | Tipo Pessoa: Jurídica |
| Nome: SF DIAGNOSTICOS POR IMAGEM S/S | Valor: R\$ 1.126,20 |
| Finalidade: 10 - Crédito em Conta | Valor Tarifa: R\$ 12,00 |
| Histórico: | |

Informações do Pagamento

| | |
|-------------------------------------|---|
| Data do Débito: 25/06/2025 | Código da Operação: 31587503 |
| Data da Operação: 25/06/2025 | Chave de Segurança: V8H7UTYMXHN7C67Y |

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

| | | | | |
|-------------------|--|-----------------|--------------------------------------|--|
| | MUNICÍPIO DE JUNDIAÍ UNIDADE DE GESTÃO DE GOVERNO E FINANÇAS NOTA FISCAL DE SERVIÇO ELETRÔNICA - NFS-e | | NFS-e 1775 | |
| | | | Código de Verificação VGW1A8QT6 | |
| | | | Emissão da NFS-e 18/06/2025 16:06 | |
| NFS-e Substituída | | | | |
| RPS 244 | Série RPS 244 | Tipo RPS 244 | | |

| Prestador de Serviço | | | |
|----------------------|--------------------------------------|-----------|---------------------|
| CPF/CNPJ: | 28.257.500/0001-22 | Inscrição | 123413 |
| Nome/Razão Social: | CSC SERVIÇOS MÉDICOS SS | Número: | 128 |
| Endereço | ALBERTO DE CASTRO | Bairro: | JARDIM SANTA TERESA |
| Complemento: | | País: | |
| CEP: | 13211-411 Município: JUNDIAÍ | UF: SP | |
| E-mail: | societario@rissicontabilidade.com.br | 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 | Número: | 608 |
| Endereço: | CHICO DE PAULA | Bairro: | CENTRO |
| Complemento: | | UF: SP | País: Brasil |
| CEP: | 13840-005 Município: MOGI GUACU | Telefone: | (19)3861-1313 |
| E-mail: | brunafaria@hsf.com.br | | |

| Atividade Econômica | | TERMO DE CONVÊNIO Nº 05/SS/2024 | |
|------------------------|--|------------------------------------|--|
| 4.01 / 2218 - MEDICINA | | PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUACU | |
| | | FONTES DE RECURSO | |

| Discriminação do Serviço | | | |
|--------------------------|----------------|------------------|------------------|
| (X) MUNICIPAL R\$ | () FMDCA R\$ | () ESTADUAL R\$ | () PRÓPRIOS R\$ |
| () FEDERAL R\$ | () OUTROS R\$ | | |

SERVICOS MEDICOS PRESTADOS PLANTOES 05/2025.
CONVENIO NUMERO 03/SS/2024
DRA. LARISSA DA CUNHA SANTOS - CRM: 162.627 SP

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\$901,90 (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 |
| Simples Nacional | () Sim (X) Não | Outras Retenções | |
| Incentivador Fiscal | | Deduções Previstas em Lei | 0,00 |
| Competência | 06/2025 | 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 |

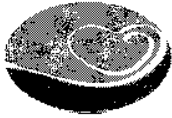
CONFERE COM O ORIGINAL

Outras Informações

PGTO PARCIAL

CONVENIO Nº 05/SS/2024

Valor do PGTO: R\$ 1.580,37



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: **05/2025**

| Dias da Semana | Quantidade | Referência | Valor | Valor Total |
|----------------------|------------|------------|--------------|---------------------|
| | | | | |
| Final de Semana | 3 | 12 Horas | R\$ 1.800,00 | R\$ 5.400,00 |
| Dia 11, 25 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| TOTAL A PAGAR | | | | R\$ 5.400,00 |


Romildo Fontaniello
Provedor



2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/07/2025 às 16:21:03

Dados do Pagador

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

Dados do Recbedor

| | |
|--|-------------------------------------|
| Conta Destino: 237/2988/00000032207-5 | CPF/CNPJ: 28.257.500/0001-22 |
| Tipo Conta: 01 - Conta Corrente | Tipo Pessoa: Jurídica |
| Nome: CSC SERVICOS MEDICOS S/S | Valor: R\$ 1.520,37 |
| Finalidade: 10 - Crédito em Conta | Valor Tarifa: R\$ 12,00 |
| Histórico: | |

Informações do Pagamento

| | |
|-------------------------------------|---|
| Data do Débito: 25/06/2025 | Código da Operação: 31587507 |
| Data da Operação: 25/06/2025 | Chave de Segurança: 2LX0MRKQMKKJXSTP |

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
00000000207 - E

Autenticidade
TK1M-5VCX

Data de Emissão
18/06/2025

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 05/2025
Convênio numero 03/SS/2024

PIS (0,65%): R\$ 36,40
COFINS (3%): R\$ 168,00
CSLL (1%): R\$ 56,00
IR (1,5): R\$ 84,00
ISS (3%): R\$ 168,00
VALOR LÍQUIDO: R\$ 5.087,60

| | | | |
|---|---|--|--|
| PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU | | | |
| TERMO DE CONVÊNIO Nº 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\$ _____ | | |

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

CONFERE COM
O ORIGINAL

PGTO PARCIAL

CONVÊNIO nº 03/SS/2024

VALOR PGTO: R\$ 1.526,38


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\$ 935,20 - 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\$)
5.600,00

Aliquota (%)
3,0000%

Vr do ISS (R\$)
168,00

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 5.600,00

DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS



Entidade: Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu

CNPJ: 52.739.950/0001-36

Nome Pessoa Jurídica: BORDINHAO RADIOLOGIA SS LTDA

Nome Pessoa Física: Adriano Bordinhão

CNPJ/CPF.: 49.363.861/0001-23

Especialidade: Radiologista

Convênio: PLANTÕES

Competência: 05/2025

| Dias da Semana | Quantidade | Referência | Valor | Valor Total |
|------------------------------------|------------|------------|------------|--------------|
| Semana/Final de semana | 7 | 24 Horas | R\$ 800,00 | R\$ 5.600,00 |
| Dias 08, 15, 17, 18, 19, 22, 29 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| TOTAL A PAGAR | | | | R\$ 5.600,00 |


 Romildo Fontaniello
 Provedor

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/07/2025 às 16:21:03

Dados do Pagador

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

Dados do Recebedor

| | |
|--|-------------------------------------|
| Conta Destino: 260/0001/00059701205-1 | CPF/CNPJ: 49.363.861/0001-23 |
| Tipo Conta: 01 - Conta Corrente | Tipo Pessoa: Jurídica |
| Nome: BORDINHAO RADIOLOGIA SS LTDA | Valor: R\$ 1.526,28 |
| Finalidade: 10 - Crédito em Conta | Valor Tarifa: R\$ 12,00 |
| Histórico: | |

Informações do Pagamento

| | |
|-------------------------------------|---|
| Data do Débito: 25/06/2025 | Código da Operação: 31587502 |
| Data da Operação: 25/06/2025 | Chave de Segurança: SVS6MX4PCK6L69UX |

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 - Sé
00000001163 - E

Autenticidade
9NE5-YUMF

Data de Emissão
18/06/2025

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:** lazibordi@hotmail.com

TOMADOR DE SERVIÇOS

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

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

NOTA FISCAL REFERENTE A PLANTÕES MÉDICOS 05/2025 – DR. ALEXANDRE AYELLO

Convênio numero 03/SS/2024

IMPOSTOS RETIDOS

PIS (0,65%): R\$ 5,20
CSLL (1%): R\$ 8,00
IR (1,5%): R\$ 12,00
COFINS (3%): R\$ 24,00

TOTAL DE DESCONTOS: R\$ 49,20
VALOR LIQUIDO: R\$ 750,80

CONFERE COM
O ORIGINAL

Janyla
ASSINATURA

| | | | |
|---|-----------------------------------|-----------|--|
| PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU | | | |
| 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\$ _____ | |

PGTO PARCIAL

CONVÊNIO n° 03/SS / 2024

VALOR PGTO: R\$ 218,04

Processo executado por: 172.16.20.60

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

Situação de Tributação
Tributado no Tomador

Código do Serviço

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

Deduções de Materiais
0,00

Base de Cálculo (R\$)
800,00

Alíquota (%)
3,0000%

Vr do ISS (R\$)
24,00

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 800,00

DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS



Entidade: Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu

CNPJ: 52.739.950/0001-36

Nome Pessoa Jurídica: CEME CENTRO MEDICO ESPECIALIZADO SS

Nome Pessoa Física: Alexandre Mangilli Ayello

CNPJ/CPF.: 09.654.824/0001-50

Especialidade: Nefrologista

Competência: 05/2025

| Dias da Semana | Quantidade | Referência | Valor | Valor Total |
|------------------------|------------|------------|------------|---------------|
| Semana/Final de semana | 1 | 24 Horas | R\$ 800,00 | R\$ 800,00 |
| Dia 29 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| TOTAL A PAGAR | | | | 800,00 |


 Romildo Fontaniello
 Provedor

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/07/2025 às 16:21:03

Dados do Pagador

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

Dados do Recebedor

| | |
|---|-------------------------------------|
| Conta Destino: 237/0402/00000089300-5 | CPF/CNPJ: 09.654.824/0001-50 |
| Tipo Conta: 01 - Conta Corrente | Tipo Pessoa: Jurídica |
| Nome: CEME - CENTRO MEDICO ESPECIALIZADO S/S | Valor: R\$ 218,04 |
| Finalidade: 10 - Crédito em Conta | Valor Tarifa: R\$ 12,00 |
| Histórico: | |

Informações do Pagamento

| | |
|-------------------------------------|---|
| Data do Débito: 25/06/2025 | Código da Operação: 31587506 |
| Data da Operação: 25/06/2025 | Chave de Segurança: KEP5S82AN80RH2GK |

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

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

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492



PREFEITURA DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA

DIRETORIA DE FINANÇAS
SETOR DE FISCALIZAÇÃO TRIBUTÁRIA
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-E
Código de Verificação
3161129MK6



| | |
|-----------------|------------------------|
| Nº Nota | 466 |
| Serie: F | |
| Nº RPS: | - |
| Data de Emissão | 25/JUN/2025 - 13:55:55 |
| Competência | 06/2025 |

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: **carolsorci@hotmail.com** Telefone: **(19)36223717**
 Site:

TOMADOR DE SERVIÇOS

Razão Social/Nome: **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MOGI GUAÇU**
 CNPJ/CPF: **52.739.950/0001-36** Insc. Municipal: Insc. Estadual:
 Endereço: **RUA CHICO DE PAULA, 608**
 Complemento: **Não Informado** Bairro: **CENTRO** CEP: **13.840-005**
 Município: **MOGI GUAÇU** UF: **SP** País: **BRASIL**
 E-mail: Telefone:

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS.

Coordenação CCIH ref. 05/2025
Convênio 03/55/2024
Dr. Abraão.....10.000,00

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\$ _____

CONFERE COM O ORIGINAL

Assinatura

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

ASSINATURA

PGTO PARCIAL

CONVÊNIO nº 05/55/2024
VALOR PGTO: R\$ 2.815 50

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 | 300,0 | |
| 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 | 9.385,0 |

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://nfsesaojoao.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:
3161129MK6

Número da Nota:

466



2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/07/2025 às 16:21:03

Dados do Pagador

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

Dados do Recebedor

| | |
|--|-------------------------------------|
| Conta Destino: 260/0001/00072056717-5 | CPF/CNPJ: 26.931.282/0001-34 |
| Tipo Conta: 01 - Conta Corrente | Tipo Pessoa: Jurídica |
| Nome: FERREIRA & GARCIA SERVICOS MEDICOS LTDA | Valor: R\$ 2.815,50 |
| Finalidade: 10 - Crédito em Conta | Valor Tarifa: R\$ 12,00 |
| Histórico: | |

Informações do Pagamento

| | |
|-------------------------------------|---|
| Data do Débito: 25/06/2025 | Código da Operação: 31587515 |
| Data da Operação: 25/06/2025 | Chave de Segurança: 16RK5100FZ51FSAT |

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
00000000329 - E
 Autenticidade
5U7G-DBKZ
 Data de Emissão
18/06/2025

PRESTADOR DE SERVIÇOS

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

TOMADOR DE SERVIÇOS

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

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS REFERENTE A COORDENAÇÃO UNCI MÊS 05/2025.

CONVÊNIO - 03/SS/2024.

DR. LEONARDO PARIZZI LEALDINI.

VALOR LÍQUIDO À RECEBER - 9.660,34

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

Serviço realizado em : SANTA CASA DE MOGI GUACU

CONFERE 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\$ _____

PGTO PARCIAL
 CONVÊNIO nº 05/SS/2024
 VALOR PGTO: R\$ 2.898,10

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

Processo executado por: 172.16.20.60
 Consulte a autenticidade desta Nota Fiscal através
 do site: <http://www.mogiguacu.sp.gov.br>
 Valor aprox. dos tributos (Lei nº 12.741/2012):
 R\$ 1.671,00 - Aliq: 16,71%

Situação de Tributação
 Tributado no Tomador

Código do Serviço
 401 - Medicina e biomedicina.

| | | | |
|-------------------------------|------------------------------------|-------------------------|---------------------------|
| Deduções de Materiais 0,00 | Base de Cálculo (R\$) 10.000,00 | Aliquota (%) 3,3966% | Vr do ISS (R\$) 339,66 |
|-------------------------------|------------------------------------|-------------------------|---------------------------|

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 10.000,00



2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/07/2025 às 16:21:03

Dados do Pagador

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

Dados do Recebedor



| | |
|--|-------------------------------------|
| Conta Destino: 756/3122/00000858164-9 | CPF/CNPJ: 18.835.834/0001-82 |
| Tipo Conta: 01 - Conta Corrente | Tipo Pessoa: Jurídica |
| Nome: NEONATALE SERVICOS MEDICOS LTDA | Valor: R\$ 2.898,10 |
| Finalidade: 10 - Crédito em Conta | Valor Tarifa: R\$ 12,00 |
| Histórico: | |

Informações do Pagamento

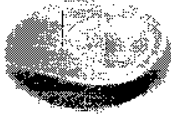
| | |
|-------------------------------------|---|
| Data do Débito: 25/06/2025 | Código da Operação: 31587511 |
| Data da Operação: 25/06/2025 | Chave de Segurança: F3HWPW5G1WK004L1 |

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 0000000480 - E | | | |
| | | Autenticidade ZMUC-EIW5 | | | |
| NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFSe | |  | | | |
| Data de Emissão: 24/06/2025 12:45:51 Competência (Serv.): 06/2025 | | | | | |
| PRESTADOR DE SERVIÇOS | | | | | |
| Razão Social.: F & R SERVIÇOS MÉDICOS S/S LTDA. Nome Fantasia: F & R SERVIÇOS MÉDICOS 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.kejta@gmail.com | | | | | |
| TOMADOR DE SERVIÇOS | | | | | |
| Razão Social.: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MOGI GUAÇU 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.....: santacasaamogiguacu@dglnet.com.br | | | | | |
| DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS | | | | | |
| Serviços prestados - Dra. Fernanda Severino, CRM 126174. Esta nota será liquidada no Termo do Convênio número 03/SS/2024, Planilhas 05/2025. | | | | | |
| Valor Bruto.....15.700,00 Irenda Ionta 235,50 PIS 102,05 COFINS 471,00 CSLL 157,00 Valor Líquido.....14.734,45 | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU</p> <p>TERMO DE CONVÊNIO Nº <u>05/SS/2024</u></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> <p>PGTO PARCIAL</p> <p>CONVÊNIO nº <u>05/SS/2024</u></p> <p>VALOR PGTO: R\$ <u>4.420,34</u></p> </div> | <p>CONFERE COM O ORIGINAL</p> <p><i>[Assinatura]</i></p> <p>ASSINATURA</p> | | | |
| Processo executado por: 172.16.20.60 Consulte a autenticidade desta Nota Fiscal através do site: mogimirim.sigtis.com.br Valor aprox. dos tributos (Lei nº 12.741/2012): R\$ 2.249,81 - Aliq: 14,33% | | Situação de Tributação Tributada no Prestador Tributada em Mogi Mirim. | | | |
| Código do Serviço 403 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres. | | | | | |
| I.N.S.S. (R\$) 0,00 | I.RENDA (R\$) 235,50 | PIS (R\$) 102,05 | COFINS (R\$) 471,00 | CSLL (R\$) 157,00 | OUTRAS DEDUÇÕES (R\$) 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 15.700,00 | DEDUÇÕES 0,00 | BASE DE CÁLCULO 15.700,00 | ALÍQUOTA 3,0000% | VALOR DO ISS 471,00 | VALOR LÍQUIDO 14.734,45 |

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 SERVIÇOS MEDICOS SS LTDA**

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

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

Especialidade: **Clinico**

Convênio: **PLANTÕES**

Competência: **05/2025**

| Dias da Semana | Quantidade | Referência | Valor | Valor Total |
|-------------------------------|------------|-----------------|---------------------|----------------------|
| Semana | 5 | 12 Horas | R\$ 1.700,00 | R\$ 8.500,00 |
| Dia 01, 02, 16, 23, 30 | | | | |
| Semana | | 06 Horas | R\$ 850,00 | R\$ - |
| Final de semana | 4 | 12 Horas | R\$ 1.800,00 | R\$ 7.200,00 |
| Dia 03, 17, 24, 31 | | | | |
| TOTAL A PAGAR | | | | R\$ 15.700,00 |

Romildo Fontaniello
Provedor

05/07/2025

GERENCIADOR
CAIXA



Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

Detalhes do pagamento

ID da transação: E00360305202506261915cb4d4c5e17f
Situação: EFETIVADA **Data e Hora:** 26/06/2025 às 16:42:12
Valor Original: R\$ 4.420,34 **Valor Atualizado:** R\$ 4.420,34 **Tarifa:** R\$ 8,50
Detalhes: NF480

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: 48815075113
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
0000001543 - E

Autenticidade
A3NK-DH99

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFSe

Data de Emissão: **20/06/2025 08:58:12**
Competência (Serv.): **06/2025**



PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social.: **SBEGUE CLINICA MEDICA LTDA**
Nome Fantasia:
CPF/CNPJ.....: **49.530.635/0001-90** IM: **40994** IE: Fone:(19) **9984-2646**
Endereço.....: **RUA R ORLANDO PACINI,162 - CEP:13800382**
Município.....: **MOGI MIRIM** UF:SP Email: **alessandra.sbegue@hotmail.com**

TOMADOR DE SERVIÇOS

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

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Referente a serviços prestados pela Dra Alessandra Sbegue - Plantões 05/2025
Convênio número 03/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\$ _____
PGTO PARCIAL
 CONVÊNIO nº 05/SS / 2024
 VALOR PGTO: R\$ 510,00

CONFERE COM
O ORIGINAL

Amanda
ASSINATURA

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

Processo executado por: 172.16.20.60
Consulte a autenticidade desta Nota Fiscal através do site:
mogimirim.sigiss.com.br

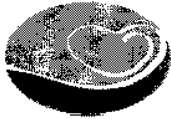
Situação de Tributação
Tributada no Prestador
Tributada em Mogi Mirim.

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 | 2,7297% | 46,40 | 1.700,00 |



DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

Entidade: **Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu**
CNPJ: **52.739.950/0001-36**
Nome Pessoa Jurídica: **SBEGUE CLINICA MEDICA LTDA**
Nome Pessoa Física: **Alessandra Sbegue**
CNPJ/CPF.: **49.530.635/0001-90**
Especialidade: **Pediatra/Neonatologista**

Convênio: **PLANTÕES**
Competência: **05/2025**

| Dias da Semana | Quantidade | Referência | Valor | Valor Total |
|------------------------|------------|------------|------------|--------------|
| Semana/Final de semana | 2 | 6 Horas | R\$ 850,00 | R\$ 1.700,00 |
| Dia 02, 20 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| TOTAL A PAGAR | | | | R\$ 1.700,00 |


Romildo Fontaniello
Provedor



2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/07/2025 às 16:23:11

Dados do Pagador

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

Dados do Recebedor

| | |
|--|-------------------------------------|
| Conta Destino: 336/0001/00025843745-6 | CPF/CNPJ: 49.530.635/0001-90 |
| Tipo Conta: 01 - Conta Corrente | Tipo Pessoa: Juridica |
| Nome: SBEGUE CLINICA MEDICA LTDA | Valor: R\$ 510,00 |
| Finalidade: 10 - Crédito em Conta | Valor Tarifa: R\$ 12,00 |
| Histórico: | |

Informações do Pagamento

| | |
|-------------------------------------|---|
| Data do Débito: 27/06/2025 | Código da Operação: 46411847 |
| Data da Operação: 27/06/2025 | Chave de Segurança: V7Y4854NUXK9FUS0 |

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

20250624150848807000150

Número da Nota

0000174

Data e Hora de Emissão

24/06/2025 12:33:17

Código de Verificação

DFJU-RGRQ

PRESTADOR DE SERVIÇOS

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

Inscrição Municipal: **7.694.067-8**

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: 13640-005**

Município: **Mogi Guaçu**

UF: **SP** E-mail: **----**

INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: **----**

Nome/Razão Social: **----**

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

SERVIÇOS MÉDICOS PRESTRADOS PELO DR. PAULO HENRIQUE FERRARE E SILVA
- Competência plantões maio 2025 por Dr Paulo Henrique Ferrare e Silva
- Convenio numero 03/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 IN RFB no 2110, artigo 115, inciso III, parágrafos 2º e 3º.

| | | | |
|---|---|--|--|
| PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUACU | | | |
| TERMO DE CONVÊNIO Nº <u>03/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

Orlando
ASSINATURA

VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 6.800,00

| | | | | |
|------------|------------|------------|--------------|-----------------|
| 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\$) | Aliquota (%) | Valor do ISS (R\$) | Crédito (R\$) |
| 0,00 | * | * | * | 0,00 |

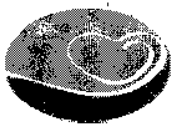
| | | |
|-----------------------------------|--------------------------|---------------------------------------|
| Município da Prestação do Serviço | Número Inscrição da Obra | Valor Aproximado dos Tributos / Fonte |
| - | - | - |

OUTRAS INFORMAÇÕES

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

PGTO PARCIAL

CONVÊNIO Nº 03/SS/2024
VALOR PGTO: R\$ 2040,00



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: PLANTOES

Competência: 05/2025

| Dias da Semana | Quantidade | Referência | Valor | Valor Total |
|------------------------|------------|------------|--------------|--------------|
| Semana | 4 | 12 Horas | R\$ 1.700,00 | R\$ 6.800,00 |
| Dia 02, 16, 30 | | | | |
| Final de Semana | | 12 Horas | R\$ 1.800,00 | R\$ - |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| TOTAL A PAGAR | | | | R\$ 6.800,00 |


Romildo Fontaniello
Provedor

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/07/2025 às 16:23:11

Dados do Pagador

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

Dados do Recebedor

| | |
|--|-------------------------------------|
| Conta Destino: 197/0001/00004497840-1 | CPF/CNPJ: 50.648.607/0001-50 |
| Tipo Conta: 01 - Conta Corrente | Tipo Pessoa: Jurídica |
| Nome: CLINICA FERRARE DUARTE LTDA | Valor: R\$ 2.040,00 |
| Finalidade: 10 - Crédito em Conta | Valor Tarifa: R\$ 12,00 |
| Histórico: | |

Informações do Pagamento

| | |
|-------------------------------------|---|
| Data do Débito: 27/06/2025 | Código da Operação: 46411846 |
| Data da Operação: 27/06/2025 | Chave de Segurança: HS27HWK96FG5KCGE |



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

| | | |
|---|---|--|
|  Governo do Distrito Federal Secretaria de Estado de Economia do Distrito Federal Fone: () - 156 - Opção 3 - www.sefaz.df.gov.br |  | Série do Documento |
| | | Nota Fiscal de Serviço Eletrônica - NFS-e Número da Nota Fiscal 59 |

Dados do Prestador de Serviço

| | | |
|--|---------------------------|---|
| Souza & Souza Servicos Medicos Ltda Medicine Sqb 1 Bloco D S/n Apt 204, - Guara I CEP 71009-025 - Fone: (61)8284-7626 - Brasília/DF atendimento@fuiu.com.br Inscrição Municipal 0810738300185 - CPF/CNPJ 44.818.299/0001-61 | Data de Geração da NFS-e |  |
| | 26/06/2025 10:31:49 | |
| | Data de Competência | |
| | 26/06/2025 | |
| | Cód. de Autenticidade | |
| | 299D4AGC2 | |
| | Responsável pela Retenção | |

Identificação da Nota Fiscal Eletrônica

| | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|--------------|------------------------|
| Natureza da Operação | Número do RPS | Série do RPS | Data de Emissão do RPS |
| Exigível | 29 | | 26/06/2025 |
| Local dos Serviços | Município Incidência | | |
| Brasília - Distrito Federal | Brasília - Distrito Federal | | |

Dados do Tomador de Serviços

| | | | |
|---------------|---|------------|----------------|
| CNPJ/CPF: | 52.739.950/0001-36 | IM: | |
| Razão Social: | IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MOGI GUAÇU | | |
| Endereço: | Rua Chico de Paula | Número: | 608 |
| Complemento: | | Bairro: | Centro |
| CEP: | 13840-005 | Cidade/UF: | Mogi Guaçu/ SP |
| Telefone: | | E-mail: | |

Dados do Intermediário de Serviços

| | | |
|----------|---------------------|--------------|
| CNPJ/CPF | Inscrição Municipal | Razão Social |
| | | |

Descrição dos Serviços

8630503 - Atividade medica ambulatorial restrita a consultas | 04.01 - Medicina e biomedicina

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

Detalhamento dos Tributos

| | | | | |
|--|-------------------------|-----------------------|-----------------|----------------------------|
| Atividade do Município | Alíquota | Item da LC116/2003 | Cód. NBS | Cód. CNAE |
| 401 - 4.01 - Medicina e biomedicina. - | 2,00 | 401 | | 8630503 |
| VI. Total dos Serviços | Desconto Incondicionado | Deduções Base Cálculo | Base de Cálculo | Total do ISSQN |
| R\$ 2.400,00 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 2.400,00 | R\$ 48,00 |
| | | | | ISSQN Retido |
| | | | | Não |
| | | | | Desconto Condicionado |
| | | | | R\$ 0,00 |
| PIS | COFINS | INSS | IRRF | CSLL |
| R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| | | | | Outras Retenções |
| | | | | R\$ 0,00 |
| | | | | VI. ISSQN Retido |
| | | | | R\$ 0,00 |
| | | | | VI. Líquido da Nota Fiscal |
| | | | | R\$ 2.400,00 |
| Construção Civil | Cód. Obra : | Art. : | | |

Informações Adicionais

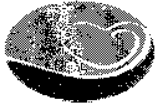
PGTO PARCIAL

 Medico que prestou o serviço: Ana Beatriz Pereira de Souza
 Competencia: 05/2025
 Especialidade: Urologista
 Convenio numero 03/SS/2024

 CONVÊNIO nº 05/SS/2024
 VALOR PGTO: R\$ 700,00

- I - "DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL"; e
- II - "NÃO GERA DIREITO A CRÉDITO FISCAL DE IPI."

PROCON: TEL 151. SETOR COMERCIAL SII QUADRA 8. BLOCO B-60. SALA 240- BRASILIA - DF



DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS

Entidade: Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu

CNPJ: 52.739.950/0001-36

Nome Pessoa Jurídica:

SOUZA E SOUZA SERVICOS MEDICOS LTDA

Nome Pessoa Física:

Ana Beatriz Pereira de Souza

CNPJ/CPF.:

44.818.299/0001-61


Especialidade:

Urologista

Convênio: PLANTÕES

Competência: 05/2025

| Dias da Semana | Quantidade | Referência | Valor | Valor Total |
|-------------------------------|------------|-----------------|-------------------|---------------------|
| Semana/Final de semana | 3 | 24 Horas | R\$ 800,00 | R\$ 2.400,00 |
| Dias 29 a 31/05 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| TOTAL A PAGAR | | | | R\$ 2.400,00 |


Romildo Fontaniello
Provedor



2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/07/2025 às 16:23:11

Dados do Pagador

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

Dados do Recebedor

| | |
|--|-------------------------------------|
| Conta Destino: 260/0001/00073600112-5 | CPF/CNPJ: 44.818.299/0001-61 |
| Tipo Conta: 01 - Conta Corrente | Tipo Pessoa: Jurídica |
| Nome: SOUZA & SOUZA SERVICOS MEDICOS LTDA | Valor: R\$ 720,00 |
| Finalidade: 10 - Crédito em Conta | Valor Tarifa: R\$ 12,00 |
| Histórico: | |

Informações do Pagamento

| | |
|-------------------------------------|---|
| Data do Débito: 27/06/2025 | Código da Operação: 46411849 |
| Data da Operação: 27/06/2025 | Chave de Segurança: E10C7SM2YHQAF8U3 |


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 DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e <small>20250625025422818000123</small> | Número da Nota 00000238 | | | |
| | Data e Hora de Emissão 25/06/2025 16:48:30 | | | |
| Código de Verificação MDYL-HGKQ | | | | |
| PRESTADOR DE SERVIÇOS | | | | |
| CPF/CNPJ: 25.422.818/0001-23 Nome/Razão Social: EDUARDO A. SEABRA SCHLITTLER SERVIÇOS MEDICOS LTDA - ME Endereço: R DOUTOR LAERTE SETÚBAL 610, CONJ 1201 - VILA SUZANA - CEP: 05666-010 Município: São Paulo | Inscrição Municipal: 5.563.292-0 UF: SP | | | |
| TOMADOR DE SERVIÇOS | | | | |
| Nome/Razão Social: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MOGI GUACU CPF/CNPJ: 52.739.950/0001-36 Endereço: Rua CHICO DE PAULA 608 - CENTRO - CEP: 13840-005 Município: Mogi Guaçu | | | | |
| Inscrição Municipal: --- UF: SP E-mail: --- | | | | |
| INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS | | | | |
| CPF/CNPJ: --- Nome/Razão Social: --- | | | | |
| DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS | | | | |
| SERVIÇOS MÉDICOS REFERENTE 05/2025 ESTA NOTA SERA LIQUIDADADA COM RECURSOS DO CONVÊNIO 05/SS/2024 | | | | |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 45%;"> <p style="text-align: center;">PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUACU TERMO DE CONVÊNIO N° <u>05/SS/2024</u> FONTES DE RECURSO</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> MUNICIPAL R\$ _____ () FMDCA R\$ _____ () ESTADUAL R\$ _____ () PRÓPRIOS R\$ _____ () FEDERAL R\$ _____ () OUTROS R\$ _____</p> <p style="text-align: center;">PGTO PARCIAL CONVÊNIO N° <u>05/SS/2024</u> VALOR PGTO: R\$ <u>663,35</u></p> </div> <div style="width: 50%; text-align: center;"> <p style="font-size: 2em; font-weight: bold;">CONFERE COM O ORIGINAL</p> <p style="font-size: 1.5em; font-weight: bold;">Assinatura</p> <p style="font-size: 1.5em; font-weight: bold;">ASSINATURA</p> </div> </div> | | | | |
| VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 7.100,00 | | | | |
| INSS (R\$) | IRRF (R\$) | CSLL (R\$) | COFINS (R\$) | PIS/PASEP (R\$) |
| - | 106,60 | 71,00 | 213,00 | 46,15 |
| Código do Serviço | | | | |
| 04139 - Análises clínicas. | | | | |
| Valor Total das Deduções (R\$) | Base de Cálculo (R\$) | Alíquota (%) | Valor do ISS (R\$) | Crédito (R\$) |
| 0,00 | 7.100,00 | 2,00% | 142,00 | 0,00 |
| Município de Prestação do Serviço | | Número Inscrição da Obra | | Valor Aproximado dos Tributos / Fonte |
| | | | | R\$ 954,96 (13,45%) / FONTE IBPT |
| OUTRAS INFORMAÇÕES | | | | |
| (1) Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 14.097/2005; (2) Data de vencimento do ISS desta NFS-e: 10/07/2025; | | | | |


DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS



Endereço: Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu
CNPJ: 52.739.950/0001-36
Nome da Pessoa Jurídica: EDUARDO AFONSO SEABRA SCHLITTLER SERVIÇOS MEDICOS LTDA
Nome da Pessoa Física: Eduardo Afonso Seabra Schlittler
CPF: 25.422.818/0001-23
Especialidade: Pediatra

Valor do Plano: PLANTÕES
Período de Competência: 05/2025

| Dias da Semana | Quantidade | Referência | Valor | Valor Total |
|------------------------------------|------------|------------|--------------|---------------------|
| Final de Semana dias 17, 18, 30 | 3 | 12 horas | R\$ 1.800,00 | R\$ 5.400,00 |
| Semana dia 4 | 1 | 12 horas | R\$ 1.700,00 | R\$ 1.700,00 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| TOTAL A PAGAR | | | | R\$ 7.100,00 |


 Romildo Fontaniello
 Provedor

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/07/2025 às 16:16:52

Dados do Pagador

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

Dados do Recebedor

| | |
|---|-------------------------------------|
| Conta Destino: 341/5953/00000001572-3 | CPF/CNPJ: 25.422.818/0001-23 |
| Tipo Conta: 01 - Conta Corrente | Tipo Pessoa: Jurídica |
| Nome: EDUARDO A. SEABRA SCHLITTLER SERVICOS ME | Valor: R\$ 6.663,35 |
| Finalidade: 10 - Crédito em Conta | Valor Tarifa: R\$ 12,00 |
| Histórico: | |

Informações do Pagamento

| | |
|-------------------------------------|---|
| Data do Débito: 30/06/2025 | Código da Operação: 01938797 |
| Data da Operação: 30/06/2025 | Chave de Segurança: KLMG4C62SX6FUEWA |

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
000000000152 - E

Autenticidade
DOBB-J15E

Data de Emissão
27/06/2025

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: PROSPERITA EMPRESA MEDICA LTDA
 CPF/CNPJ: 46.799.184/0001-00 IM: 325893 IE: Fone: 19 99912-1399
 Endereço: RUA MARIA T. BUENO, 132, CHÁCARA DO OURO - CEP: 13840292
 Município: Mogi Guaçu UF: SP E-mail: gabriela_simao97@hotmail.com

TOMADOR DE SERVIÇOS

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

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

REFERENTE AOS PLANTÕES REALIZADOS NO MÊS 05/2025 na Pediatria da Santa Casa de Mogi Guaçu – SP.
 Dra. GABRIELLA SIMÃO JORGE.

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

Retenções:
 PIS - R\$49,72 (0,65%)
 COFINS - R\$229,50 (3%)
 CSLL - R\$76,50 (1%)
 IRRF - R\$114,75 (1,5%)
 ISS - R\$229,50 (3%)

VALOR LÍQUIDO A PAGAR R\$6.950,03

DADOS BANCÁRIOS PARA PAGAMENTO:
 BANCO INTER - 077
 AGÊNCIA: 0001
 C/C 22231714-0
 PROSPERITA EMPRESA MEDICA LTDA

PGTO PARCIAL

CONVÊNIO nº: 05/SS/2024

VALOR PGTO: R\$ 6.950,03

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

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

CONFERE COM
 O ORIGINAL

Amanda
 ASSINATURA

Processo executado por: 172.16.20.60

Consulte a autenticidade desta Nota Fiscal através
 do site: <http://www.mogiguacu.sp.gov.br>
 Valor aprox. dos tributos (Lei nº 12.741/2012):
 R\$ 1.234,71 - Aliq: 16,14%

Situação de Tributação
 Tributado no Tomador

Código do Serviço

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

Deduções de Materiais
 0,00

Base de Cálculo (R\$)
 7.650,00

Aliquota (%)
 3,0000%

Vr do ISS (R\$)
 229,50

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 7.650,00



2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/07/2025 às 16:16:52

Dados do Pagador

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

Dados do Recebedor

| | |
|--|-------------------------------------|
| Conta Destino: 077/0001/00022231714-0 | CPF/CNPJ: 46.799.184/0001-00 |
| Tipo Conta: 01 - Conta Corrente | Tipo Pessoa: Jurídica |
| Nome: PROSPERITA EMPRESA MEDICA LTDA | Valor: R\$ 6.950,03 |
| Finalidade: 10 - Crédito em Conta | Valor Tarifa: R\$ 12,00 |
| Histórico: | |

Informações do Pagamento

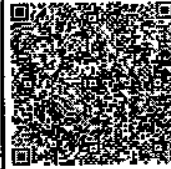
| | |
|-------------------------------------|---|
| Data do Débito: 30/06/2025 | Código da Operação: 01944032 |
| Data da Operação: 30/06/2025 | Chave de Segurança: 9RGZYN51TRV7V2Q5 |

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 PIRACICABA
SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS
GERÊNCIA DE ARRECAÇÃO
DIVISÃO DE FISCALIZAÇÃO
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-E



Número da Nota Fiscal
78
Série: **E**
Data Emissão: **25/06/2025**
Certificação: **EAA75-A7992**

DADOS DO PRESTADOR

Nome/Razão Social: **S.L.P. SOCIEDADE LIMEIRENSE DE PEDIATRIA DE LIMEIRA LTDA**
Nome Fantasia:
CNPJ/CPF: **02.977.406/0001-00** Insc. Municipal: **674453** Insc. Estadual:
Endereço: **RUA JOÃO DA CUNHA RAPOSO** N°: **260**
Bairro: **PARQUE PRIMEIRO DE MAIO** Compl.:
Município: **PIRACICABA** UF: **SP** CEP: **13425-264**
E-mail: **lmarotti@lg.com.br** Telefone: **1934224472**

DADOS DO TOMADOR

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

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS

DR. JOSÉ CARLOS MAROTTI

SERVIÇOS PRESTADOS NA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MOGI GUAÇU

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

CONVÊNIO N° 05/SS/2024
VALOR FGTO: R\$ 9760,40

| Item | Tributável | Qtde. | VL. Unitário R\$ | Total R\$ |
|---|------------|-------|------------------|-----------|
| PLANTÕES DOS DIAS 05, 12, 18, 25 (12 HORAS) | Sim | 4,00 | 1700 | 6.800,00 |
| PLANTÕES DOS DIAS 10, 25 (12 HORAS) | Sim | 2,00 | 1800 | 3.600,00 |

CONFERE COM
O ORIGINAL

Amanda
ASSINATURA

| | | | | | |
|--|--------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|----------------------|-------------------------------|
| Valor Tributável: R\$ 10.400,00 | Valor não Tributável: R\$ 0,00 | VALOR BRUTO DA NOTA | | | R\$ 10.400,00 |
| Valor Total das Deduções: R\$ 0,00 | Desconto Incondicionado: R\$ 0,00 | Desconto Condicionado: R\$ 0,00 | Base de Cálculo: R\$ 10.400,00 | Alíquota: 5,0000% | Valor do ISS: R\$ 520,00 |
| PIS: R\$ 67,60 | COFINS: R\$ 312,00 | INSS: R\$ 0,00 | IR: R\$ 156,00 | CSLL: R\$ 104,00 | Outras Retenções: R\$ 0,00 |
| Valor Aproximado de Impostos: Federais R\$ 0,00 Estaduais R\$ 0,00 Municipais R\$ 0,00 | | | VALOR LÍQUIDO DA NOTA | | R\$ 9.760,40 |

ENQUADRAMENTO DO SERVIÇO

4.01 - Medicina e biomedicina.

OUTRAS INFORMAÇÕES

Mês de Competência: **06/2025** Local do Recolhimento: **PIRACICABA/SP** Dt: **25/06/2025 15:48:36**
Recolhimento: **Sem Retenção** Tributação: **Tributação por Faturamento (Variável)** Competência:
CNAE: **8630503**
Observações: **ESTA NOTA SERÁ LIQUIDADADA COM RECURSO DO CONVÊNIO 05/SS/2024**

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

DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS



Endereço: Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu
CNPJ: 52.739.950/0001-36
Nome e Pessoa Jurídica: SLP SOCIEDADE LIMEIRENSE DE LIMEIRA LTDA
Nome e Pessoa Física: José Carlos Marotti
CPF: 02.977.405/0001-00
Profissão: Pediatra

Clínica: PLANTÕES

Período: 05/2025

| Dias da Semana | Quantidade | Referência | Valor | Valor Total |
|----------------------|------------|------------|--------------|----------------------|
| Semana | 4 | 12 horas | R\$ 1.700,00 | R\$ 6.800,00 |
| dias 05, 12, 18, 25 | | | | |
| Final de Semana | 2 | 12 horas | R\$ 1.800,00 | R\$ 3.600,00 |
| dias 10, 25 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| TOTAL A PAGAR | | | | R\$ 10.400,00 |

Romildo Fontaniello
 Provedor

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/07/2025 às 16:16:52

Dados do Pagador

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

Dados do Recebedor

| | |
|---|-------------------------------------|
| Conta Destino: 136/3912/00000456625-4 | CPF/CNPJ: 02.977.405/0001-00 |
| Tipo Conta: 01 - Conta Corrente | Tipo Pessoa: Jurídica |
| Nome: S.L.P. SOCIEDADE LIMEIRENSE DE PEDIATRIA | Valor: R\$ 9.760,40 |
| Finalidade: 10 - Crédito em Conta | Valor Tarifa: R\$ 12,00 |
| Histórico: | |

Informações do Pagamento

| | |
|-------------------------------------|---|
| Data do Débito: 30/06/2025 | Código da Operação: 01944034 |
| Data da Operação: 30/06/2025 | Chave de Segurança: 7VQ5HJM6HYC99WYS |

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 VINHEDO SECRETARIA DA FAZENDA NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS

Data de Emissão
26/06/2025 07:08:01

Número da Nota
000170

Incentivo Fiscal
Simples Nacional

Código de autenticação da NFSe: paq7vr4i96o408



DADOS DO PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ.: 33.193.858/0001-79

Inscr./Munic.: 000022145

Razão Social/Nome: FRANQUI SERVICOS MEDICOS EIRELI

Endereço: BERTIOGA

Nº 372 Bairro: MARAMBAIA

Complemento:

Município: VINHEDO

U.F.: SP CEP.: 13287152

Tel.:

DADOS DO TOMADOR DO SERVIÇO

Documento: 52.739.950/0001-36

Inscr./Estadual:

Razão Social/Nome: Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Mogi Guaçu

Endereço: Rua Chico de Paula

Número: 608

Bairro:

CENTRO

Complemento:

CEP.:

13.840-005

Cidade: MOGI-GUACU / SP

E-Mail:

financeiro@matriarca.med.br

País: BRASIL

LOCAL ONDE FOI REALIZADO O SERVIÇO OU SEU RESULTADO SE VERIFIQUE

Endereço: Rua Chico de Paula

Número: 608

Bairro:

CENTRO

Complemento:

CEP:

13.840-005

Cidade: MOGI-GUACU / SP

País: BRASIL

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

Ref plantões realizados no mês de maio/2025 na Pediatria da Santa Casa de Mogi Guaçu ? SP, pela DRA RITA DE CASSIA FRANQUI CORDEIRO.

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

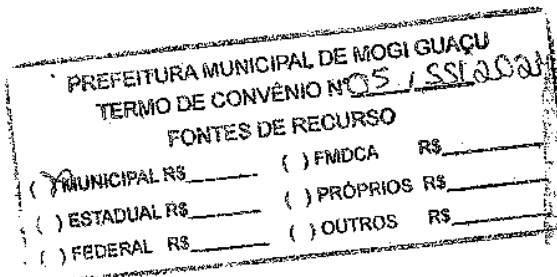
DADOS BANCARIOS:

BANCO DO BRASIL,

AG 2324-8 CC 205657-7

CNPJ: 33.193.858/0001-79

Empresa Optante pelo Simples Nacional



CONFERE COM O ORIGINAL

Romando

ASSINATURA

Atividade: 403 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, pr

Alíquota da Atividade: 3,29%

Valor Bruto da Nota: R\$ 3.500,00

| Desconto Incondicional | INSS | IRRF(R\$) | CSLL | COFINS | PIS/PASEP | Deduções Previstas em Lei | Ded. Material/ Outras Ded. | ISS Retido |
|------------------------|----------|-----------|----------|----------|-----------|---------------------------|----------------------------|---------------|
| R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | ()SIM (X)NAO |

OBSERVAÇÕES

I - DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL II - NÃO GERÁ DIREITO A CRÉDITO FISCAL DE IPI.

PGTO PARCIAL

CONVÊNIO nº 05/SS / 2024

VALOR PGTO: R\$ 3.500,00

| Valor Total de Deduções | Base de Cálculo | Valor do ISS | Valor Líquido da Nota |
|-------------------------|-----------------|--------------|-----------------------|
| R\$ 0,00 | R\$ 3.500,00 | R\$ 115,15 | R\$ 3.500,00 |

OUTRAS INFORMAÇÕES

- Nota Fiscal Eletrônica de Serviços Emitida Conforme Decreto nº74 de 28/05/2010.
- Para verificar a autenticidade desta Nota Fiscal acesse: <http://www.nfavinhedo.com.br/validacao.php>

DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS



Endereço: Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu

CNPJ: 52.739.950/0001-36

Nome: Pessoa Jurídica:

FRANQUI SERVIÇOS MEDICOS LTDA

Rita de Cassia Franqui Cordeiro

CPF: 33.193.858/0001-79

Profissão: Pediatra

Profissão:

Evento: PLANTÕES

Período: 05/2025

| Dias da Semana | Quantidade | Referência | Valor | Valor Total |
|----------------------|------------|------------|--------------|---------------------|
| Semana | 1 | 12h sem | R\$ 1.700,00 | R\$ 1.700,00 |
| Dia 11 | | | | |
| Final de Semana | 1 | 12h fds | R\$ 1.800,00 | R\$ 1.800,00 |
| Dia 11 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| TOTAL A PAGAR | | | | R\$ 3.500,00 |

Romildo Fontaniello
 Provedor



2º Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/07/2025 às 16:16:52

Dados do Pagador

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

Dados do Recebedor

| | |
|--|-------------------------------------|
| Conta Destino: 001/2324/00000205657-7 | CPF/CNPJ: 33.193.858/0001-79 |
| Tipo Conta: 01 - Conta Corrente | Tipo Pessoa: Jurídica |
| Nome: FRANQUI SERVICOS MEDICOS LTDA | Valor: R\$ 3.500,00 |
| Finalidade: 10 - Crédito em Conta | Valor Tarifa: R\$ 12,00 |
| Histórico: | |

Informações do Pagamento

| | |
|-------------------------------------|---|
| Data do Débito: 30/06/2025 | Código da Operação: 01944033 |
| Data da Operação: 30/06/2025 | Chave de Segurança: A4TRGHCJL3916T79 |

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
00000002918 - E

Autenticidade
PSPW-PR2H

Data de Emissão
25/06/2025

PRESTADOR DE SERVIÇOS



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

TOMADOR DE SERVIÇOS

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

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

HONORÁRIOS MÉDICOS - LUIS A. FRANCO DE GODOI

Base IRRF R\$: 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

PGTO PARCIAL

Valor Líquido R\$ 3.378,60

CONVÊNIO nº 05/SS/2024

Vencimento: 30/06/2025

VALOR PGTO: R\$ 3.378,60

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

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

| | |
|---|---|
| <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\$ _____ |

O ORIGINAL

Amando
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



2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/07/2025 às 16:16:52

Dados do Pagador

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

Dados do Recebedor

| | |
|--|-------------------------------------|
| Conta Destino: 237/0224/00000096528-6 | CPF/CNPJ: 06.182.358/0001-69 |
| Tipo Conta: 01 - Conta Corrente | Tipo Pessoa: Jurídica |
| Nome: GODOI E BUENO SERVICOS MEDICOS SS | Valor: R\$ 3.378,60 |
| Finalidade: 10 - Crédito em Conta | Valor Tarifa: R\$ 12,00 |
| Histórico: | |

Informações do Pagamento

| | |
|-------------------------------------|---|
| Data do Débito: 30/06/2025 | Código da Operação: 01944036 |
| Data da Operação: 30/06/2025 | Chave de Segurança: NLLFB5645WSZS147 |

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

20250625/37987184000135

Número da Nota

00000582

Data e Hora de Emissão:

25/06/2025 17:33:48

Código de Verificação:

4VUT-PMNK

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: **37.957.184/0001-35**

Inscrição Municipal: **7.360.843-2**

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

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

Município: **São Paulo**

UF: **SP**

TOMADOR DE SERVIÇOS

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

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

Inscrição Municipal: **13340-005**

Endereço: **Rua CHICO DE PAULA 608 - CENTRO - CEP: 13940-005**

Município: **Mogi Guacu**

UF: **SP**

E-mail: **gisale@queirozconsulforia.com.br**

INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: **---**

Nome/Razão Social: **---**

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

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

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

Forma de pagamento: **Depósito bancário - Banco Siccoob - Agência: 3198 - Conta corrente: 138672-7**

Valor líquido: **R\$ 5.631,00**

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

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

**CONFERE COM
O ORIGINAL**

Amanda
ASSINATURA

VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 6.000,00

| | | | | |
|--|-----------------------|--------------------------|---------------------------------------|-----------------|
| INSS (R\$) | IRRF (R\$) | CSLL (R\$) | COFINS (R\$) | PIS/PASEP (R\$) |
| - | 90,00 | 60,00 | 180,00 | 39,00 |
| Código do Serviço: 04030 - Medicina e biomedicina | | | | |
| Valor Total das Deduções (R\$) | Base de Cálculo (R\$) | Alíquota (%) | Valor de ISS (R\$) | Crédito (R\$) |
| 0,00 | 6.000,00 | 2,00% | 120,00 | 0,00 |
| Município de Prestação do Serviço | | Número Inscrição da Obra | Valor Aproximado dos Tributos e Fonte | |

OUTRAS INFORMAÇÕES

(1) Esta NFS-e foi emitida com respeito na Lei nº 14.097/2005; (2) Data de vencimento do ISS desta NFS-e: 10/07/2025;

PGTO PARCIAL

CONVÊNIO nº 05/SS/2024

VALOR PGTO: R\$ 5631,00

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/07/2025 às 16:16:52

Dados do Pagador

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

Dados do Recebedor

| | |
|---|-------------------------------------|
| Conta Destino: 756/3188/00000138672-7 | CPF/CNPJ: 37.987.184/0001-35 |
| Tipo Conta: 01 - Conta Corrente | Tipo Pessoa: Jurídica |
| Nome: MATRIARCA SOLUCOES EM SAUDE LTDA | Valor: R\$ 5.631,00 |
| Finalidade: 10 - Crédito em Conta | Valor Tarifa: R\$ 12,00 |
| Histórico: | |

Informações do Pagamento

| | |
|-------------------------------------|---|
| Data do Débito: 30/06/2025 | Código da Operação: 01944037 |
| Data da Operação: 30/06/2025 | Chave de Segurança: Y3P7UZECHY2F399H |


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

| | | | | | | | | | |
|--|---|--------------------------|---|--|---|---|--|---|--|
|  <p>PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e</p> <p>20250626/53166239000100</p> | Número da Nota 0000083 | | | | | | | | |
| | Data e Hora de Emissão 25/06/2025 16:54:46 | | | | | | | | |
| | Código de Verificação XLNK-KFF8 | | | | | | | | |
| PRESTADOR DE SERVIÇOS | | | | | | | | | |
| CPF/CNPJ: 53.166.239/0001-00 Inscrição Municipal: 7.928.267-9 Nome/Razão Social: MARINA GUARNIERI SERVICOS MEDICOS LTDA. Endereço: R DIAMANTINA 538, ANDAR 2 - VILA MARIA - CEP: 02117-011 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: financeiro@matriarca.med.br | | | | | | | | | |
| INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS | | | | | | | | | |
| CPF/CNPJ: --- Nome/Razão Social: --- | | | | | | | | | |
| DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS | | | | | | | | | |
| Serviços Médicos Prestados na Pediatria Santa Casa de Mogi Guaçu 05/2025 Banco 0077 - Inter Ag. 0001 CC/ 32915512-1 Pix 53166239000100 Valor Líquido da NFS R\$ 5.724,85 Esta nota será liquidada com recursos do CONVÊNIO 05/SS/2024 | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"> PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUACU TERMO DE CONVÊNIO N° <u>05/SS/2024</u> FONTES DE RECURSO </td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> MUNICIPAL R\$ _____</td> <td><input type="checkbox"/> FMDCA R\$ _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ESTADUAL R\$ _____</td> <td><input type="checkbox"/> PRÓPRIOS R\$ _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> FEDERAL R\$ _____</td> <td><input type="checkbox"/> OUTROS R\$ _____</td> </tr> </table> | PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUACU 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\$ _____ | <p>CONFERE COM O ORIGINAL</p> <p><i>Amanda</i></p> <p>ASSINATURA</p> |
| PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUACU 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\$ _____ | | | | | | | | |
| VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 6.100,00 | | | | | | | | | |
| INSS (R\$) | IRRF (R\$) | CSLL (R\$) | COFINS (R\$) | PIS/PASEP (R\$) | | | | | |
| - | 91,50 | 61,00 | 183,00 | 39,65 | | | | | |
| Código do Serviço | | | | | | | | | |
| 04030 - Medicina e biomedicina. | | | | | | | | | |
| Valor Total das Deduções (R\$) | Base de Cálculo (R\$) | Alíquota (%) | Valor do ISS (R\$) | Crédito (R\$) | | | | | |
| 0,00 | 6.100,00 | 2,00% | 122,00 | 0,00 | | | | | |
| Município da Prestação do Serviço | | Número Inscrição da Obra | Valor Aproximado dos Tributos / Fonte | | | | | | |
| - | | - | - | | | | | | |
| OUTRAS INFORMAÇÕES | | | | | | | | | |
| (1) Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 14.097/2005; (2) Data de vencimento do ISS desta NFS-e: 10/07/2025; | | | | | | | | | |

PGTO PARCIAL

CONVÊNIO n° 05/SS/2024

VALOR PGTO: R\$ 5724,85

DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO HONORÁRIOS MÉDICOS




Endereço: Irm. Santa Casa de Mis. Mogi Guaçu
CNPJ: 52.739.950/0001-36
Endereço Jurídico: MARINA GUARNIERI SERVICOS MEDICOS
Endereço Físico: Marina Guarnieri
CPF: 53.166.239/0001-00
Profissão: Pediatra

Evento: PLANTÕES

Período: 05/2025

| Dias da Semana | Quantidade | Referência | Valor | Valor Total |
|----------------------|------------|------------|--------------|---------------------|
| Semana | 4 | 06 horas | R\$ 850,00 | R\$ 3.400,00 |
| dias 08, 15, 22, 29 | | | | |
| Final de Semana | 1 | 06 horas | R\$ 900,00 | R\$ 900,00 |
| dia 17 | | | | |
| Final de Semana | 1 | 12 horas | R\$ 1.800,00 | R\$ 1.800,00 |
| dia 10 | | | | |
| TOTAL A PAGAR | | | | R\$ 5.400,00 |


 Romildo Fontaniello
 Provedor



2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 02/07/2025 às 16:16:52

Dados do Pagador

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

Dados do Recebedor

| | |
|---|-------------------------------------|
| Conta Destino: 077/0001/00032915512-1 | CPF/CNPJ: 53.166.239/0001-00 |
| Tipo Conta: 01 - Conta Corrente | Tipo Pessoa: Jurídica |
| Nome: MARINA GUARNIERI SERVICOS MEDICOS LTDA | Valor: R\$ 5.724,85 |
| Finalidade: 10 - Crédito em Conta | Valor Tarifa: R\$ 12,00 |
| Histórico: | |

Informações do Pagamento

| | |
|-------------------------------------|---|
| Data do Débito: 30/06/2025 | Código da Operação: 01944035 |
| Data da Operação: 30/06/2025 | Chave de Segurança: NAMTA43YFJZAXHGE |

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