

ANEXO RP-12 - REPASSES AO TERCEIRO SETOR - DEMONSTRATIVO INTEGRAL DAS RECEITAS E DESPESAS - TERMO DE CONVÊNIO

ÓRGÃO PÚBLICO CONVENIENTE: PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE CHARQUEADA

CONVENIADA: Hospital e Maternidade Beneficente de Charqueada

CNPJ: 51.421.279/0001-18

ENDEREÇO E CEP: RUA OSWALDO CRUZ, N° 70 CEP: 13.517-032

RESPONSÁVEL(IS) PELA CONVENIADA: Paulo Francisco do Nascimento

CPF: 123.767.938-90

OBJETO: Serviços médicos especializados nas áreas de pediatria, ginecologia e obstetria, psiquiatria adulto e infantil, ortopedia e cardiologia.

EXERCÍCIO: 2024

ORIGEM DOS RECURSOS (1): MUNICIPAL

DOCUMENTO	DATA	VIGÊNCIA	VALOR - R\$
Termo de Convênio nº 05/2024 Processo nº 11683/2023	01/01/2024	01/01/2024 a 31/12/2024	846.000,00

DEMONSTRATIVO DOS RECURSOS DISPONÍVEIS NO EXERCÍCIO				
DATA PREVISTA PARA O REPASSE (2)	VALORES PREVISTOS (R\$)	DATA DO REPASSE	NÚMERO DO DOCUMENTO DE CRÉDITO	VALORES REPASSADOS (R\$)
11/06/2024	70.500,00	11/06/2024	33.598.589	70.500,00
(A) SALDO DO MÊS ANTERIOR				10.283,31
(B) REPASSES PÚBLICOS NO MÊS				80.783,31
(C) RECEITAS COM APLICAÇÕES FINANCEIRAS DOS REPASSES PÚBLICOS				109,15
(D) OUTRAS RECEITAS DECORRENTES DA EXECUÇÃO DO AJUSTE (3)				0,00
(E) TOTAL DE RECURSOS PÚBLICOS (A + B + C + D)				80.892,46
(F) RECURSOS PRÓPRIOS DA ENTIDADE BENEFICIÁRIA				0,00
(G) TOTAL DE RECURSOS DISPONÍVEIS NO EXERCÍCIO (E + F)				80.892,46

(1) Verba: Federal, Estadual ou Municipal, devendo ser elaborado um anexo para cada fonte de recurso.

(2) Incluir valores previstos no exercício anterior e repassados neste exercício.

(3) Receitas com estacionamento, aluguéis, entre outras.

O signatário, na qualidade de representante da Hospital e Maternidade Beneficente de Charqueada vem indicar, na forma abaixo detalhada, as despesas

incorridas e pagas Junho/2024 bem como as despesas a pagar no exercício seguinte.

DEMONSTRATIVO DAS DESPESAS INCORRIDAS NO EXERCÍCIO					
ORIGEM DOS RECURSOS (4):					
CATEGORIA OU FINALIDADE DA DESPESA (8)	DESPESAS CONTABILIZADAS NESTE EXERCÍCIO (R\$)	DESPESAS CONTABILIZADAS EM EXERCÍCIOS ANTERIORES E PAGAS NESTE EXERCÍCIO (R\$) (H)	DESPESAS CONTABILIZADAS NESTE EXERCÍCIO E PAGAS NESTE EXERCÍCIO (R\$) (I)	TOTAL DE DESPESAS PAGAS NESTE EXERCÍCIO (R\$) (J= H + I)	DESPESAS CONTABILIZADAS NESTE EXERCÍCIO A PAGAR EM EXERCÍCIOS SEGUINTE (R\$)
Recursos humanos (5)					
Recursos humanos (6)					
Medicamentos					
Material médico e hospitalar (*)					
Gêneros alimentícios					
Outros materiais de consumo					
Serviços médicos (*)	69.808,75		69.808,75	69.808,75	
Outros serviços de terceiros					
Locação de imóveis					
Locações diversas					
Utilidades públicas (7)					
Combustível					
Bens e materiais permanentes					
Obras					
Despesas financeiras e bancárias					
Outras despesas					
TOTAL	69.808,75		69.808,75	69.808,75	

(4) Verba: Federal, Estadual, Municipal e Recursos Próprios, devendo ser elaborado um anexo para cada fonte de recurso.

(5) Salários, encargos e benefícios.

(6) Autônomos e pessoa jurídica.

(7) Energia elétrica, água e esgoto, gás, telefone e internet.

(8) No rol exemplificativo incluir também as aquisições e os compromissos assumidos que não são classificados contabilmente como DESPESAS, como, por exemplo, aquisição de bens permanentes.

(9) Quando a diferença entre a Coluna DESPESAS CONTABILIZADAS NESTE EXERCÍCIO e a Coluna DESPESAS CONTABILIZADAS NESTE EXERCÍCIO E PAGAS NESTE EXERCÍCIO for decorrente de descontos obtidos ou pagamento de multa por atraso, o resultado não deve aparecer na coluna DESPESAS CONTABILIZADAS NESTE

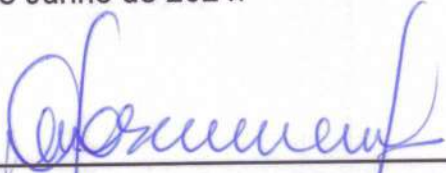
EXERCÍCIO A PAGAR EM EXERCÍCIOS SEGUINTEs, uma vez que tais descontos ou multas são contabilizados em contas de receitas ou despesas. Assim sendo deverá ser indicado como nota de rodapé os valores e as respectivas contas de receitas e despesas.

(*) Apenas para entidades da área da Saúde.

DEMONSTRATIVO DO SALDO FINANCEIRO DO EXERCÍCIO	
(G) TOTAL DE RECURSOS DISPONÍVEL NO EXERCÍCIO	80.892,46
(J) DESPESAS PAGAS NO EXERCÍCIO (H+I)	69.808,75
(K) RECURSO PÚBLICO NÃO APLICADO [E - (J - F)]	11.083,71
(L) VALOR DEVOLVIDO AO ÓRGÃO PÚBLICO	0,00
(M) VALOR AUTORIZADO PARA APLICAÇÃO NO EXERCÍCIO SEGUINTE (K - L)	11.083,71

Declaro(amos), na qualidade de responsável(is) pela entidade supra epigrafada, sob as penas da Lei, que a despesa relacionada comprova a exata aplicação dos recursos recebidos para os fins indicados, conforme programa de trabalho aprovado, proposto ao Órgão Público Conveniente.

Charqueada, 30 de Junho de 2024.



PAULO FRANCISCO DO NASCIMENTO
PRESIDENTE



Termo de Convênio nº 05/2024

Processo: 11683/2023

Conta: 12.869-4

Junho/2024

Total de Despesas Indevidas	
Juros/ Multas/ Tarifas Bancárias	
	Transferência para conta de recurso próprio
R\$10.280,00	
Total a Devolver	
R\$10.280,00	

CNPJ: 51.421.279/0001-18 – HOSPITAL E MATERIDADE BENEFICENTE

DE CHARQUEADA

Endereço: Rua Oswaldo Cruz, 70 – Charqueada/SP – CEP 13.517-032

Telefone: (19) 3486-1333 – E-mail: adm@hmbc.org.br

Visualizar Pix agrupados**Consultas - Extrato de conta corrente**G335011457077118022
01/07/2024 15:05:44**Cliente - Conta atual**

Agência 3668-4
 Conta corrente 12869-4 HOSPITAL E MATERNIDADE BE
 Período do extrato 06 / 2024

Lançamentos

Dt. balancete	Dt. movimento	Ag. origem	Lote	Histórico	Documento	Valor R\$	Saldo
31/05/2024		0000	00000	000 Saldo Anterior			0,00 C
11/06/2024		0000	14175	976 TED-Crédito em Conta 104 4901 11432559000107 FMS CHARQUEADA	33.598.589	70.500,00 C	
11/06/2024		0000	00000	271 BB-APLIC C.PRZ-APL.AUT BB RF Curto Prazo Automático	1.972	70.500,00 D	0,00 C
27/06/2024		3668	99015	470 Transferência enviada 27/06 14:59 SHEILA G G A M LTDA	552.656.000.030.373	7.500,00 D	
27/06/2024		3668	99015	470 Transferência enviada 27/06 14:59 L R COMINETTI SERV MEDIC	553.552.000.029.721	22.500,00 D	
27/06/2024		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv 341 0649 031255397000196 CLINICA AMORI	62.701	7.038,75 D	
27/06/2024		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv 260 0260 044308742000154 CFCA SERVICOS	62.702	14.000,00 D	
27/06/2024		0000	00000	848 Resgate Automático BB RF Curto Prazo Automático	1.972	51.038,75 C	0,00 C
28/06/2024		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv 033 0497 015422515000157 CARDIOTEST AG	62.801	9.385,00 D	
28/06/2024		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv 756 5004 044269814000100 MANUEL NALESS	62.802	9.385,00 D	
28/06/2024		0000	00000	848 Resgate Automático	1.972	18.770,00 C	0,00 C
30/06/2024		0000	00000	999 S A L D O			0,00 C

OBSERVAÇÕES:

Transação efetuada com sucesso por: JF303158 ROSEMARY DOS SANTOS RODRIGUES.



Extratos - Investimentos Fundos - Mensal

G335011457077118044
01/07/2024 15:16:28

Cliente

Agência 3668-4
Conta 12869-4 HOSPITAL M B CHARQUEADA
Mês/ano referência JUNHO/2024

BB RF CP Automático - CNPJ: 42.592.315/0001-15

Data	Histórico	Valor	Valor IRPrej. Comp.	Valor IOF	Quantidade cotas	Valor cota	Saldo cotas
31/05/2024	SALDO ANTERIOR	3,31			2,622044		
11/06/2024	APLICAÇÃO	70.500,00			55.701,639843	1,265671894	55.704,261887
27/06/2024	RESGATE	51.038,75	21,68	82,08	40.266,383746	1,270104371	15.437,878141
	Aplicação 10/05/2024	3,33			2,622044		
	Aplicação 11/06/2024	51.035,42	21,68	82,08	40.263,761702		
28/06/2024	RESGATE	18.770,00	9,11	30,54	14.805,267343	1,270470135	632,610798
	Aplicação 11/06/2024	18.770,00	9,11	30,54	14.805,267343		
28/06/2024	SALDO ATUAL	803,71			632,610798		632,610798

Resumo do mês

SALDO ANTERIOR	3,31
APLICAÇÕES (+)	70.500,00
RESGATES (-)	69.808,75
RENDIMENTO BRUTO (+)	252,56
IMPOSTO DE RENDA (-)	30,79
IOF (-)	112,62
RENDIMENTO LÍQUIDO	109,15
SALDO ATUAL =	803,71

Valor da Cota

31/05/2024	1,263095428
28/06/2024	1,270470135

Rentabilidade

No mês	0,5838
No ano	3,8940
Últimos 12 meses	8,8632

Transação efetuada com sucesso por: JF303158 ROSEMARY DOS SANTOS RODRIGUES.

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC 0800 729 0722

Ouvidoria BB 0800 729 5678
Para deficientes auditivos 0800 729 0088



Extratos - Investimentos Fundos / CDB

G335011457077118036
01/07/2024 15:11:44

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/07/2024 - AUTO-ATENDIMENTO - 15:11:44
366803668

EXTRATO UNIFICADO DE FUNDOS PARA SIMPLES CONFERENCIA

AGENCIA: 3668-4 CONTA: 12.869-4
CLIENTE: HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE C
=====

BB RF CP Automatico CNPJ 42.592.315/0001-15
Valor Cota p/dia 28.06.2024 R\$ 1,270470135
Valor Cota p/dia 01.07.2024 R\$ 1,270835908

Data Historico	Valor	Qtde.Cotas
2806 Sdo Ant.	803,71	632,610798
0107 Sdo Final	803,94	632,610798

Rentabilidades %

No mes: 0,0287
No ano: 3,9239
Ultimos 12 meses: 8,8632

=====

Nao houve lancamentos no periodo

Saldos Calculados ate 01.07.2024

Saldo Bruto	803,94
IR Estimado	0,44-
IR Complementar	0,05-
IOF	1,07-
Saldo Liquido p/Resgate	802,38
Saldo Carencia P/ Resgate	0,00

=====

Perfil do Investidor: Não identificado
Carteira de Investimentos: Não identificado

=====

BBDTVM - CNPJ nº 30.822.936/0001-69
Praça XV de Novembro, 20 - 3º andar
CEP 20.010-010 - Rio de Janeiro (RJ)
bbdtvm@bb.com.br

Transação efetuada com sucesso por: JF303158 ROSEMARY DOS SANTOS RODRIGUES.

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC 0800 729 0722

Ouvidoria BB 0800 729 5678
Para deficientes auditivos 0800 729 0088

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
27/06/2024 - AUTOATENDIMENTO - 15.25.50
3668403668 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: HOSPITAL E MATERNIDADE BE

AGENCIA: 3668-4 CONTA: 12.869-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : HOSPITAL E MATERNIDADE BE

BANCO: 260 - NU PAGAMENTOS - IP

AGENCIA: 0260-7

CONTA: 26.256.108-0

FAVORECIDO: CFCA SERVICOS MEDICOS LTDA

CPF/CNPJ: 44.308.742/0001-54

VALOR: R\$ 14.000,00

DEBITO EM: 27/06/2024

=====

DOCUMENTO: 062702

AUTENTICACAO SISBB: B.6AB.ABC.559.D2C.537





PREFEITURA DE SOROCABA
SECRETARIA DA FAZENDA

Dr. Carlos



Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e
Prestador

Data e Hora de Emissão da NFS-e
26/06/2024 13:13:48

Competência da NFS-e
06/2024

DADOS DA NFS-e
Número / Série
10 / U

Código de Verificação
1WC0Niz8I

EMITENTE DA NFS-e

CPF/CNPJ:
44.308.742/0001-54
Nome/Razão Social:
CFCA SERVICOS MEDICOS LTDA

Inscrição Municipal:
398931
E-mail:
GESTOR.SOCIETARIO@RISSICON
TABILIDADE.COM.BR

Endereço: RUA PROFESSOR LUIZ DE VASCONCELOS 160 ANDAR:10 TORRE C VILA PROGRESSO

Município / País:
SOROCABA / BRASIL

UF: CEP: Telefone:
SP 18090-380 (00) 0000-0000

TOMADOR DO SERVIÇO

CPF/CNPJ:
51.421.279/0001-18
Nome/Razão Social:
HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA
Endereço: RUA OSWALDO CRUZ 70 CENTRO

Inscrição Municipal:
E-mail:

Município / País:
CHARQUEADA / BRASIL

UF: CEP: Telefone:
SP 13515-000

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS EM PSIQUIATRIA NO MÊS DE JUNHO DE 2024

DADOS BANCÁRIOS: NU PAGAMENTOS S.A - AG: 0260 - C/C: 26256108-0
CNPJ: 44.308.742/0001-54 - CFCA SERVICOS MEDICOS LTDA

VALOR APROXIMADO DOS TRIBUTOS CONFORME LEI 12.741 R\$ 2338,00 (16,70%) FONTE: IBPT

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.

EMPRESA OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL

Em 26/06/2024, recebi e conferi as mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Recibo. Essa despesa foi paga com o termo de convênio firmado com a Prefeitura Municipal de Charqueada, n.º

DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL

05/2024 processo n.º 11683/2023
de 05/10/2024. Pisala

DETALHAMENTO DO SERVIÇO

CNAE: 863050200 - ATIVIDADE MEDICA AMBULATORIAL COM RECURSOS PARA REALIZACAO DE EXAMES COMPLEMENTARES
Serviço: 0403 - HOSPITAIS, CLINICAS, LABORATORIOS, SANATORIOS, MANICOMIOS, CASAS DE SAUDE, PRONTOS-SOCORROS,

Município da Incidência do ISSQN SOROCABA	Município / País da Prestação do Serviço SOROCABA	Responsável pelo recolhimento do ISSQN PRESTADOR
Exigibilidade do ISSQN Exigível	Situação do prestador perante o Simples Nacional OPTANTE	Regime especial de tributação do ISSQN Simples Nacional

CÁLCULO DO ISSQN

Valor Serviço (R\$)	Deduções (R\$)	Desc. Incondicionado (R\$)	Base Cálculo ISSQN (R\$)	Alíquota	Valor ISSQN
14.000,00	0,00	0,00	*****	*****	*****

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 DA NOTA

Base Cálculo ISSQN (R\$)	Retenções (R\$)	Descontos (R\$)	Valor Líquido (R\$)
14.000,00	0,00	0,00	14.000,00

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Data de pagamento da NF: Regra especial:
Número da nota fiscal substituída:

27/06/2024 - BANCO DO BRASIL - 14:59:05
366803668 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: HOSPITAL E MATERNIDADE BE
AGENCIA: 3668-4 CONTA: 12.869-4

=====

DATA DA TRANSFERENCIA	27/06/2024
NR. DOCUMENTO	552.656.000.030.373
VALOR TOTAL	7.500,00

***** TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SHEILA G G A M LTDA
AGENCIA: 2656-5 CONTA: 30.373-9

NR. DOCUMENTO 553.668.000.012.869

=====

NR. AUTENTICACAO	8.121.4DA.B13.767.3FC
------------------	-----------------------

Transação efetuada com sucesso por: JF303158 ROSEMARY DOS SANTOS RODRIGUES.



NFSE - Nota Fiscal de Serviço Eletrônica

DRª. SHEILA

SHEILA GIMENEZ GIOVANONI ATENDIMENTO MEDICO LTDA - ME R. CEZARIO AZZINE, 315 CEP: 13522-314 - Bairro: VILA RICA Município: São Pedro - SP E-mail: gg.sheila20@gmail.com Fone: (19) 99297-6952			Número da NFS-e 202400000000026	
CNPJ / CPF 51.285.584/0001-20	Inscrição Estadual **		Inscrição Municipal 16212	Data do Serviço 26/06/2024

PREFEITURA DO MUNICIPIO DE SAO PEDRO/SP Secretaria Municipal da Fazenda Fone: (19) 3481-9200 - 200.159.89.202:8091/NFSe.Portal	Dt. de Emissão 26/06/2024	Exigibilidade ISS Exigível	Tributado no Município São Pedro/SP
---	------------------------------	-------------------------------	--

TOMADOR DO SERVIÇO				Município de Prestação do Serviço			
Nome / Razão Social HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA				São Pedro/SP			
Endereço Oswaldo Cruz,70							
Cidade Charqueada		UF SP	Fone (99) 9999-9999	CEP 13515-000			
Bairro centro							
CNPJ / CPF / NIF 51.421.279/0001-18		Inscrição Municipal		Inscrição Estadual			
E-mail *****							


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

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	VALOR TOTAL	ALIQ.	VALOR IMPOSTO	RETIDO
Prestação de serviços médicos em ginecologia no mês de Junho de 2024 Dra: Sheila Gimenez Giovanoni CNPJ 51.285.584/0001-20 Banco do Brasil AG 2656-5 CC 30373-9.. Alíquota Efetiva: 2,0100000%.	7.500,00	2,01	150,75	Não

Código do Serviço 04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.		Código NBS *****					
CIDE	COFINS	COFINS Importação	ICMS	IOF	IPI	PIS/PASEP	PIS/PASEP Importação
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	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	Valor Dedução/Descontos		
7.500,00	150,75	0,00	0,00	150,75	0,00		
Valor Total da NFS-e 7.500,00		Valor Líquido da NFS-e 7.500,00					

Informações Adicionais

NOTA EMITIDA POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL
 NÃO GERA DIREITO A CRÉDITO FISCAL DE IPI
 Lei 12741/2012: Mun: R\$201,75; Est: R\$0,00; Fed: R\$1008,75; Total Aprox: R\$1210,50. Fonte: IBPT.



Consulta realizada em 26/06/2024 às 15:45:04.

Para consultar a autenticidade acesse: 200.159.89.202:8091/NFSe.Portal



20240000000002657f8aa4b851285584000120

Recebi(emos) de SHEILA GIMENEZ GIOVANONI ATENDIMENTO MEDICO LTDA - ME	Número da NFS-e 202400000000026	Número de Controle do Município 57f8aa4b8
os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado.	Competência 26/06/2024	Em 26/06/2024, recebi e conferi as mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Recibo. Essa despesa foi paga com o termo de convênio firmado com Prefeitura Municipal de Charqueada, n.º 11683/2023 de 01/01/24. Divina
Data / /	Identificação e assinatura do recebedor	

Consulta realizada em 26/06/2024 às 15:45:04

Para consultar a autenticidade acesse: 200.159.89.202:8091/NFSe.Portal

27/06/2024 - BANCO DO BRASIL - 14:59:05
366803668 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

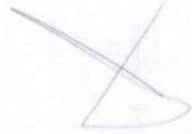
CLIENTE: HOSPITAL E MATERNIDADE BE
AGENCIA: 3668-4 CONTA: 12.869-4

=====

DATA DA TRANSFERENCIA	27/06/2024
NR. DOCUMENTO	553.552.000.029.721
VALOR TOTAL	22.500,00

***** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: L R COMINETTI SERV MEDICO
AGENCIA: 3552-1 CONTA: 29.721-6
NR. DOCUMENTO 553.668.000.012.869
=====

NR. AUTENTICACAO	D.849.0FD.651.E7E.5EB
------------------	-----------------------





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



Número da Nota Fiscal
339

Série: E

Data Emissão: 26/06/2024

Certificação: 07A22-BE18E

DADOS DO PRESTADOR

Nome/Razão Social: L & F COMINETTI SERVIÇOS MEDICOS LTDA
Nome Fantasia: L R COMINETTI
CNPJ/CPF: 27.408.345/0001-35 Insc. Municipal: 643016
Endereço: AVENIDA CEZIRA GIOVANNONI MORETTI
Bairro: SANTA ROSA
Município: PIRACICABA
E-mail: romanocominetti@gmail.com
Insc. Estadual:
Nº: 955
Compl.: SALA 508 - TORRE 1
UF: SP CEP: 13414-157
Telefone: 1934026314

DADOS DO TOMADOR

Nome/Razão Social: HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA
CNPJ/CPF: 51.421.279/0001-18 Insc. Municipal:
Endereço: RUA OSWALDO CRUZ
Bairro: SÃO BENEDITO
Município: CHARQUEADA
E-mail: adm@hmbc.org.br
Insc. Estadual:
Nº: 80
Compl.:
UF: SP CEP: 13517-032
Telefone: 1934861333

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS EM PEDIATRIA REFERENTE AO MÊS DE JUNHO/2024

DADOS BANCÁRIOS
BANCO DO BRASIL S/A
AGÊNCIA 3552-1
CONTA CORRENTE 29721-6

Item
SERVIÇOS MÉDICOS

Tributável	Qtde.	Vi. Unitário R\$	Total R\$
Sim	1,00	22500	22.500,00

Em 26/06/24, recebi e conferi as mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Recibo. Essa despesa foi paga com o termo de convênio firmado com a Prefeitura Municipal de Charqueada, n.º 05/2024, processo n.º 11683/2023 de 02/02/24. Pixela

Valor Tributável: R\$ 22.500,00	Valor não Tributável: R\$ 0,00	VALOR BRUTO DA NOTA				R\$ 22.500,00
Valor Total das Deduções: R\$ 0,00	Desconto Incondicionado: R\$ 0,00	Desconto Condicionado: R\$ 0,00	Base de Cálculo: R\$ 22.500,00	Alíquota: 2,0000%	Valor do ISS: R\$ 450,00	
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\$ 0,00 Estaduais R\$ 0,00 Municipais R\$ 0,00				VALOR LÍQUIDO DA NOTA	R\$ 22.500,00	

ENQUADRAMENTO DO SERVIÇO

4.01 - Medicina e biomedicina.

OUTRAS INFORMAÇÕES

Mês de Competência: 06/2024
Recolhimento: Sem Retenção
CNAE: 8630503
Observações:
Local do Recolhimento: PIRACICABA/SP
Tributação: Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP)
Empresa Optante do Simples Nacional
Dt 26/06/2024 11:59:03
Competência:

Impresso em: 26/06/2024 às 11:59:11

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

Recebi(emos) de: L & F COMINETTI SERVIÇOS MEDICOS LTDA
Os serviços constantes nesta Nota Fiscal de Serviços Eletrônica.

Data

Assinatura do Recebedor

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA
Número: 339
Certificação
07A22-BE18E



Emissão de comprovantes - 3o nível

G3372715237726421
27/06/2024 15:25:50

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
27/06/2024 - AUTOATENDIMENTO - 15.25.50
3668403668 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: HOSPITAL E MATERNIDADE BE

AGENCIA: 3668-4 CONTA: 12.869-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : HOSPITAL E MATERNIDADE BE

BANCO: 341 - ITAU UNIBANCO S.A.

AGENCIA: 0649-1 - MATAO SP

CONTA: 14.616-4

FAVORECIDO: CLINICA AMORIM LTDA

CPF/CNPJ: 31.255.397/0001-96

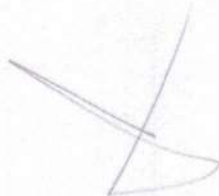
VALOR: R\$ 7.038,75

DEBITO EM: 27/06/2024

=====

DOCUMENTO: 062701

AUTENTICACAO SISBB: 7.0CE.726.636.6EB.5A4



DR. THAIS.



PREFEITURA MUNICIPAL DE MATÃO
SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO E
NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e

Número da
NFS-e
309



Data e Hora da Emissão	26/06/2024 17:44:38	Competência	06/2024	Código de Verificação	AJ172F8AR
Número do RPS		No. da NFS-e substituída		Local da Prestação	MATAO - SP

Prestador de Serviço

Razão Social/Nome	CLINICA AMORIM LTDA				
Nome Fantasia					
CNPJ/CPF	31.255.397/0001-96	Inscrição Municipal	120963	Município	MATAO - SP
Endereço e CEP	Borborema - 817, Jardim Buscardi, CEP: 15991225				
Complemento		Telefone	161634722811	e-mail	

Tomador de Serviço

Razão Social/Nome	HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA				
CNPJ/CPF	51.421.279/0001-18	Inscrição Municipal		Município	CHARQUEADA - SP
Endereço e CEP	RUA R OSWALDO CRUZ - 70, charqueada, CEP: 13515000				
Complemento		Telefone		e-mail	

Discriminação do Serviço

Prestação de serviços médicos em ginecologia no mês de Junho de 2024
DADOS BANCARIOS PJ 31.255.397/0001-96 - BANCO ITAU AGENCIA 0649 CC 14616-4
CHAVE PIX : 16 997851039
Valor aproximado dos Tributos R\$1008,75(13,45%) Conforme LEI 12.741 de 10/12/2012, fonte IBPT OBS: Prazo para cancelamento da NF : 24 HORAS
Prazo para substituição da NF : 05 DIAS

Em 26/06/24, recebi e conferi as mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Retido. Essa despesa foi paga com o termo de convênio firmado com a Prefeitura Municipal de Charqueada, n.º 05/2024, processo n.º 11683/2023 de 01/01/24.

Código do Serviço / Atividade

4.01 / 23401 - Medicina e biomedicina.

Detalhamento Específico da Construção Civil

Código da Obra		Código ART	
----------------	--	------------	--

Tributos Federais

PIS (R\$)	48,75	COFINS (R\$)	225,00	IR (R\$)	112,50	INSS (R\$)	0,00	CSLL (R\$)	75,00
-----------	-------	--------------	--------	----------	--------	------------	------	------------	-------

Detalhamento de Valores - Prestador do Serviço		Outras Informações		Cálculo do ISSQN devido no Município	
Valor do Serviço R\$	7.500,00	Natureza Operação	Valor do Serviço R\$	7.500,00	
(-) Desconto Incondicionado	0,00	1-Exigível	(-) Deduções Permitidas em Lei	0,00	
(-) Desconto Condicionado	0,00	Regime Especial Tributação	(-) Desconto Incondicionado	0,00	
(-) Retenções Federais	461,25		Base de Cálculo	7.500,00	
(-) Outras Retenções	0,00	Opção Simples Nacional	(x) Alíquota %	3,00	
(-) ISSQN Retido	0,00	2 - Não	ISSQN a Reter	() Sim (X) Não	
(=) Valor Líquido R\$	7.038,75	Incentivador Cultural	(=) Valor do ISSQN R\$	225,00	

Avisos

1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador do Serviço.
2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, <http://matao.giss.com.br> com a utilização do Código de Verificação.



Emissão de comprovantes - 3o nível

G3372815541798481
28/06/2024 15:58:27

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
28/06/2024 - AUTOATENDIMENTO - 15.58.28
3668403668 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: HOSPITAL E MATERNIDADE BE
AGENCIA: 3668-4 CONTA: 12.869-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : HOSPITAL E MATERNIDADE BE
BANCO: 756 - BANCO SICOOB S.A.
AGENCIA: 5004-0 - CCLA CENTRO BRASILEIRA
CONTA: 1.092.886-3

FAVORECIDO: MANUEL NALESSIO FERRAZ DE CAMPOS
CPF/CNPJ: 44.269.814/0001-00
VALOR: R\$ 9.385,00
DEBITO EM: 28/06/2024

=====

DOCUMENTO: 062802
AUTENTICACAO SISBB: 9.BE2.317.CEF.768.8FF

Transação efetuada com sucesso por: JF303159 PAULO FRANCISCO DO NASCIMENTO.



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



Número da Nota Fiscal
42

Série: **E**

Data Emissão: **28/06/2024**

Certificação: **F7E75-C8D57**

DADOS DO PRESTADOR

Nome/Razão Social: **MANUEL NALESSIO FERRAZ DE CAMPOS**
Nome Fantasia:
CNPJ/CPF: **44.269.814/0001-00** Insc. Municipal: **666385**
Endereço: **AVENIDA ULHOA CINTRA**
Bairro: **CENTRO**
Município: **PIRACICABA**
E-mail: **elianapuppim.contabil@gmail.com**

Insc. Estadual:
Nº: **99**
Compl.: **SALA 01**
UF: **SP** CEP: **13400-430**
Telefone: **1999381666**

DADOS DO TOMADOR

Nome/Razão Social: **HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA**
CNPJ/CPF: **51.421.279/0001-18** Insc. Municipal:
Endereço: **RUA OSWALDO CRUZ**
Bairro: **JD SÃO BENEDITO**
Município: **CHARQUEADA**
E-mail: **adm@hmbc.org.br**

Insc. Estadual:
Nº: **70**
Compl.:
UF: **SP** CEP: **13517-032**
Telefone: **1934861333**

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS EM ORTOPEDIA NO MÊS DE JUNHO DE 2024
DADOS BANCÁRIOS:
BANCO: 756
AGENCIA: 5004
CONTA CORRENTE: 1.092.886-3
CNPJ: 44.269.814/0001-00

Item	Tributável	Qtde.	Vi. Unitário R\$	Total R\$
PROCEDIMENTOS MEDICOS	Sim	1,00	10000	10.000,00
<p>Em <u>28/06/24</u>, recebi e conferi as mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Recibo. Essa despesa foi paga com o termo de convênio firmado com a Prefeitura Municipal de Charqueada, n.º <u>05/2024</u>, processo n.º <u>11683/2023</u> de <u>01/01/24</u>. <i>Pisala</i></p>				

Valor Tributável: R\$ 10.000,00	Valor não Tributável: R\$ 0,00	VALOR BRUTO DA NOTA			R\$ 10.000,00
Valor Total das Deduções: R\$ 0,00	Desconto Incondicionado: R\$ 0,00	Desconto Condicionado: R\$ 0,00	Base de Cálculo: R\$ 10.000,00	Alíquota: 2,0000%	Valor do ISS: R\$ 200,00
PIS: 0,650% R\$ 65,00	COFINS: 3,000% R\$ 300,00	INSS: 0,000% R\$ 0,00	IR: 1,500% R\$ 150,00	CSLL: 1,000% R\$ 100,00	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\$ 9.385,00

ENQUADRAMENTO DO SERVIÇO

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

OUTRAS INFORMAÇÕES

Mês de Competência: **06/2024** Local do Recolhimento: **PIRACICABA/SP** Dt: **28/06/2024 14:50:34**
Recolhimento: **Sem Retenção** Tributação: **Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP)** Competência:
CNAE: **8630502**
Observações:

Impresso em: 28/06/2024 às 14:50:40

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

Recebi(emos) de: **MANUEL NALESSIO FERRAZ DE CAMPOS**
Os serviços constantes nesta Nota Fiscal de Serviços Eletrônica.

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA
Número: 42
Certificação
F7E75-C8D57

Data

Assinatura do Recebedor



Emissão de comprovantes - 3o nível

G3382813234884231
28/06/2024 13:30:49

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
28/06/2024 - AUTOATENDIMENTO - 13.30.49
3668403668 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: HOSPITAL E MATERNIDADE BE
AGENCIA: 3668-4 CONTA: 12.869-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : HOSPITAL E MATERNIDADE BE
BANCO: 033 - BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.
AGENCIA: 0497-9 - SAO PEDRO
CONTA: 13.001.074-6

FAVORECIDO: CARDIOTEST AGUAS DE SAO PEDRO S/S.
CPF/CNPJ: 15.422.515/0001-57
VALOR: R\$ 9.385,00
DEBITO EM: 28/06/2024

=====

DOCUMENTO: 062801
AUTENTICACAO SISBB: 4.F92.622.611.553.3E0

Transação efetuada com sucesso por: JF303159 PAULO FRANCISCO DO NASCIMENTO.

NFSE - Nota Fiscal de Serviço Eletrônica

DR. RAFAEL


CARDIOTEST AGUAS DE SAO PEDRO S/S. LTDA. R. VALENTIN AMARAL, 467 CEP: 13520-000 - Bairro: SANTA CRUZ Município: São Pedro - SP E-mail: ecgcontabil@gmail.com Fone: (19) 9981-1931			Número da NFS-e	
CNPJ / CPF Inscrição Estadual Inscrição Municipal 15.422.515/0001-57 ISENTO 15520			202400000000578	
			Data do Serviço	Código Verificador
			26/06/2024	4ea16d180

PREFEITURA DO MUNICIPIO DE SAO PEDRO/SP Secretaria Municipal da Fazenda Fone: (19) 3481-9200 - 200.159.89.202:8091/NFSe.Portal	Dt. de Emissão	Exigibilidade ISS	Tributado no Município
	26/06/2024	Exigível	São Pedro/SP

TOMADOR DO SERVIÇO				Município de Prestação do Serviço			
Nome / Razão Social HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICIENTE DE CHARQUEADA				São Pedro/SP			
Endereço RUA OSWALDO CRUZ,70							
Cidade	UF	Fone	CEP				
Charqueada	SP	(19) 3486-1333	13515-000				
Bairro	SÃO BENEDITO						
CNPJ / CPF / NIF		Inscrição Municipal	Inscrição Estadual				
51.421.279/0001-18							
E-mail							
adm@hmbc.org.br							

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

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	VALOR TOTAL	ALIQ.	VALOR IMPOSTO	RETIDO
SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS CARDIOLOGISTA NO MÊS DE JUNHO CNPJ 15.422.515.0001/57 BANCO SANTANDER / AG 0497 / CC 13001074-6	10.000,00	4,00	0,00	Não
Em 26/06/2024, recebi e conferi as mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Recibo. Essa despesa foi paga com o termo de convênio firmado com Prefeitura Municipal de Charqueada, n.º 05/2024, processo n.º 11683/2023 de 01/01/24.				
Código do Serviço	Código NBS			
04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.	*****		05/2024, processo n.º 11683/2023 de 01/01/24.	
CIDE	COFINS	COFINS Importação	ICMS	IOF
0,00	300,00	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
10.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Valor Total da NFS-e	10.000,00	Valor Líquido da NFS-e	9.385,00	
				PIS/PASEP
				65,00
				PIS/PASEP Importação
				0,00
				Valor Dedução/Descontos
				0,00

Informações Adicionais Reg. Especial de Tributação: Sociedade de Profissionais Lei 12741/2012: Mun: R\$269,00; Est: R\$0,00; Fed: R\$1345,00; Total Aprox: R\$1614,00. Fonte: IBPT. IR Retido: R\$150,00 Retenções: COFINS R\$ 300,00; PIS R\$ 65,00; CSLL R\$ 100,00;		
Consulta realizada em 26/06/2024 às 13:18:52. Para consultar a autenticidade acesse: 200.159.89.202:8091/NFSe.Portal		



Recebi(emos) de CARDIOTEST AGUAS DE SAO PEDRO S/S. LTDA. os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado. ____/____/____ Data	Identificação e assinatura do receptor	Número da NFS-e 202400000000578 Competência 26/06/2024 NFS-e 4ea16d180	Número de Controle do Município
---	--	---	---------------------------------

Consulta realizada em 26/06/2024 às 13:18:52.
 Para consultar a autenticidade acesse: 200.159.89.202:8091/NFSe.Portal