ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE SANTA TERESINHA
HOSPITAL SANTA TERESINHA CNPJ 86.437.845/0001-64
FONE: 48-3658-9400 / e-mail: financeiro@hospitalsantateresinha.org.br

BALANCETE DE PRESTAÇÃO DE CONTAS

COMPETÊNCIA: mai/25

UNIDADE CONCEDENTE	ORDENADOR DA DESPESA	TERMO DE CONVÊNIO Nº 001/2024
PREFEITURA MUNICIPAL DE BRAÇO DO NORTE	**LAURO BOEING JUNIOR**	

ENTIDADE BENEFICIADA	CNPJ
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE SANTA TERESINHA	**86.437.845/0001-64**

ENDEREÇO	CIDADE/ESTADO	CEP
RUA JACOB BATISTA ULIANO, 1370 - CENTRO	**BRAÇO DO NORTE - SC**	**88750-000**

RESPONSÁVEL	CPF
PEDRO MICHELS NETO	**915.763.349-53**

HISTÓRICO DA FINALIDADE:
REPASSE DE RECURSOS FINANCEIROS PARA O CUSTEIO DE DESPESAS DO SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO HOSPITAL SANTA TERESINHA.

NOTA DE EMPENHO

Nº	DATA	VALOR

LIQUIDAÇÃO	DATA DE PAGAMENTO	VALOR RECEBIDO
	09/06/2025	**140.149,51**

DATA	Nº NOTA	HISTÓRICO (Credor)	NOTA FISCAL VALOR BRUTO	IMPOSTO RETIDO NO HST	RECEBIMENTOS	PAGAMENTO LÍQUIDO
09/06/25		Recebimento do Recurso			140.149,51	
09/06/25		Contrapartida - Recurso Próprio			305,23	
30/05/25	11	Melomar Clínica Médica Ltda	4.715,00			4.715,00
30/05/25	20251044	GSS - Gestão Serviços a Saúde Ltda	67.000,00	4.120,50		62.879,50
30/05/25	12	Melomar Clínica Médica Ltda	765,00			765,00
30/05/25	85	IHC Serviços Médicos Ltda	802,50			802,50
30/05/25	33	Claiton Wollenschlager Serviços Médicos Ltda	450,00			450,00
30/05/25	9	Deivid Coelho Borges Ltda	8.740,00			8.740,00
30/05/25	283	Muller Centro Médico Ltda	652,51	40,14		612,37
30/05/25	20	HD Serviços Médicos Ltda	112,50			112,50
30/05/25	285	Muller Centro Médico Ltda	3.652,51	224,64		3.427,87
30/05/25	3	L. Heidemann Serviços Médicos Ltda	575,00			575,00
30/05/25	17	MM Saúde Ltda	2.250,00			2.250,00
30/05/25	30	Claiton Wollenschlager Serviços Médicos Ltda	11.730,00			11.730,00
30/05/25	28	Freederico Serviços Médicos Ltda	1.732,50			1.732,50
30/05/25	19	HD Serviços Médicos Ltda	575,00			575,00
30/05/25	237	JJ Serviços Médicos Ltda	26.105,00			26.105,00
30/05/25	31	Claiton Wollenschlager Serviços Médicos Ltda	1.987,50			1.987,50
30/05/25	68	Christian Damas Serviços Médicos Ltda	11.270,00			11.270,00
30/05/25	32	Claiton Wollenschlager Serviços Médicos Ltda	1.725,00			1.725,00
TOTAL					**140.454,74**	**140.454,74**

Obs.: Devido ao atraso de repasse pela prefeitura essas notas foram pagas com recurso próprio.

LOCAL E DATA	Braço do Norte/SC, 09/06/2025

Pedro Michels Neto
Presidente

Vitor Hugo Abitante
Diretor-geral

Thatiana Tomaz
Gerente Adm. Financeira

Marina Boeing Borges
Analista Financeiro

Ofício nº 204/2025

Braço do Norte, 09 de junho de 2025.

Assunto: Prestação de contas Termo de Convênio 001/2024

Prezados Senhores,

Cumprimentando-os cordialmente, encaminhamos prestação de contas referente a parcela do Convênio em epígrafe:

a) Anexo TC – 28, devidamente assinado;
b) Cópia do extrato bancário;
c) Comprovantes de utilização e aplicação dos recursos conforme plano de trabalho (notas fiscais, recibos);
d) Declaração de Aplicação;
e) Declaração da Transparência e do Controle;
f) Parecer do Conselho Fiscal, quanto a aplicação dos recursos no objeto da finalidade pactuada;
g) Certidões atualizadas (Municipal, Estadual, Federal e FGTS).

Atenciosamente,

Pedro Michels Neto
Presidente – Hospital Santa Teresinha

PARECER CONSELHO FISCAL

DECLARO para os devidos fins que os recursos do Convênio entre o Município de Braço do Norte e a Associação Beneficente Santa Teresinha – Hospital Santa Teresinha de Braço do Norte que tem por objeto a cooperação financeira para a manutenção dos serviços de saúde prestados pela Conveniada, especificamente quanto à viabilização de recursos financeiros em regime de internação, consultas e atendimentos de urgência e emergência 24 horas a pacientes do município de Braço do Norte foram recebidos e aplicados aos fins concedidos.

Por ser verdade, firmo a presente.

Braço do Norte/SC, 09 de junho de 2025.

Marcos Lima Michels
Conselho Fiscal

DECLARAÇÃO DA TRANSPARÊNCIA E DO CONTROLE

DECLARO para os devidos fins e efeito legais, conforme art. 11, da Lei 13.019/14, que divulgamos o Termo de Convênio nº 001/2024 - Custeio de Plantão de Urgência e Emergência, no site www.hospitalsantateresinha.org.br e/ou mural visível da sede Associação Beneficente Santa Teresinha, e manteremos a divulgação durante o prazo de vigência do termo.

Braço do Norte, 09 de junho de 2025.

Pedro Michels Neto
Presidente – Hospital Santa Teresinha

DECLARAÇÃO DE APLICAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que o recurso recebido no valor de R$ 140.149,51 (cento e quarenta mil, cento e quarenta e nove reais e cinquenta e um centavos) referente a parcela recebida em 09/06/2025 do Termo de Convênio n° 001/2024, conforme a Lei Ordinária Municipal nº 3425/2021, foi devidamente aplicado conforme finalidade descrita no Plano de Trabalho.

Braço do Norte, 09 de junho de 2025.

Pedro Michels Neto
Presidente

Extrato

UNICRED

Período de 02/06/2025 a 09/06/2025

HOSPITAL SANTA TERESINHA - **.***.

Coop: 566 - AG: 1405 - Conta: 1524372

Solicitado por PEDRO - ***.763.349-**

Saldo em 01/06/2025: R$ 0,00

Saldo atual	**R$ 140.149,51**
Total Disponível	R$ 140.149,51
Limite de cheque especial	R$ 0,00

Data	Lançamentos	Valor (R$)	Saldo (R$)
09/06/2025	RECEBIMENTO DE TED D (Doc.: 191477 / PM B NORTE FMS)	R$ 140.149,51	R$ 140.149,51

Saldo no final do período	**R$ 140.149,51**
Saldo atual	**R$ 140.149,51**
Total disponível	R$ 140.149,51
Saldo bloqueado	R$ 0,00
Limite de cheque especial	R$ 0,00
IOF	R$ 0,00
Juros cheque especial	R$ 0,00
Juros adiant. a depositante	R$ 0,00
Tarifas pendentes	R$ 0,00
Saldo bloq judicialmente	R$ 0,00

Data	Lançamentos	Valor (R$)
Lançamentos futuros		**R$ 0,00**

PREFEITURA MUNICIPAL DE COCAL DO SUL

SECRETARIA MUNICIPAL DA RECEITA

Nota Fiscal Eletrônica de Prestação de Serviços - NFS-e

Número do RPS	Número da nota
	11

Data da emissão da nota: 09/05/2025 11:54:56

Data do fato gerador: 09/05/2025 11:54:56

Código de verificação: LOYDPQ6OJ

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia: MELOMAR CLINICA MEDICA

Nome/Razão social: MELOMAR CLINICA MEDICA LTDA — Inscrição estadual:

CPF/CNPJ: 58.896.027/0001-94 Inscrição municipal: 5734 — Telefone: (48) 2102-7146

Endereço: ROD SC 108 Número: 1151 Bairro: JARDIM DAS PALMEIRAS CEP: 88845-000

Complemento: BLOCO B APT 401 — Celular: (48) 99934-9316

Município: Cocal do Sul — UF: SC

E-mail: melomar969@gmail.com — Site:

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia: HOSPITAL SANTA TERESINHA

Nome/Razão social: ASSOCIACAO BENEFICENTE SANTA TERESINHA

CPF/CNPJ: 86.437.845/0001-64 Inscrição municipal: — Inscrição estadual:

Endereço: R JACOB BATISTA ULIANO Número: 1370 Bairro: CENTRO CEP: 88750-000

Complemento:

Município: Braço do Norte — UF: SC

E-mail: — Telefone: — Celular:

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

	Valor unitário	Qtd	Valor do serviço	Base de cálculo (%)	ISS
SERVIÇOS MEDICOS PRESTADOS - PAGAMENTO HORA PLANTÃO 03/2025 - 41 HORAS	115,0000	41,0000	4.715,0000	4.715,00x0,00 =	0,00

DR FILIPE MARCOLINO.
CRM: 40215

Dados Bancários:
Banco: 136 - Unicred do Brasil
Agência: 1408
Conta corrente: 566199-4
CNPJ: 58.896.027/0001-94
MELOMAR CLINICA MEDICA LTDA .



Forma de Pagamento

Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R$)
1		À vista	4.715,00								

RETENÇÕES FEDERAIS

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

Valor bruto = R$ 4.715,00 — **Valor líquido = R$ 4.715,00**

Códigos dos serviços:
04.01 - Medicina e biomedicina.

Desc. condicionado(R$)	Desc. incondicionado(R$)	Deduções(R$)	Base de cálculo(R$)	Valor ISS(R$)
0,00	0,00	0,00	4.715,00	0,00

OUTRAS INFORMAÇÕES

Natureza da operação: Tributação no município
Situação tributária do ISSQN: Normal
Local da prestação do serviço: Braço do Norte

Esta NFS-e foi emitida com respaldo na lei 1.154/2013.
Prestador de serviços optante pelo Simples Nacional. Alíquota do ISS 0%
Situação desta NFS-e: Normal
Documento emitido por ME ou EPP optante pelo simples Nacional.

Valor aproximado do tributo federal - R$ 634,17 (13,45%), estadual - R$ 0,00 (0,00%), municipal - R$ 99,49 (2,11%) , com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - Fonte: IBPT

Verificar autenticidade

+55 800 646 5111 ~558006465111
Hoje às 09:02

06/06/2025 09:02:43

UNICRED CENTRO-SUL

OUVIDORIA UNICRED - 0800 940 0602

Comprovante de Transferência entre Contas

Conta: 152436-4 Usuário: EMANUELLE
Cooperado: ASSOCIACAO BENEFICENTE SANTA TERE

Conta Débito: 152436-4
Creditado: MELOMAR CLINICA MEDICA LTDA
Conta Crédito: 566199-4
Data: 30/05/2025
Valor: R$ 4.715,00

Autenticação Documento:
46477722565325241745631163 1

Cooperado Unicred, utilize o Débito
Automático para pagamento de suas contas

CENTRAL DE RELACIONAMENTO
Capitais e regiões metropolitanas 3003 7703
Demais regiões 0800 200 7302
No exterior +55 11 3003 7703
SAC 0800 647 2930
OUVIDORIA 0800 940 0602



NFS-e - NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - RPS 958 Série NFSE, emitido em: 22/05/2025

GSS - GESTAO SERVICOS A SAUDE LTDA
Avenida Osvaldo Reis, 2470 2 Andar Sala 10 CXPT 40
Praia Brava - Itajaí - SC - 88306600
TELEFONE: 4733113648
EMAIL: controle@gestaoservicosaude.com.br
CNPJ: 18.670.594/0001-03
INSCRIÇÃO MUNICIPAL: 347486

NÚMERO DA NOTA
202500000001044
COMPETÊNCIA
05/2025
CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO
24E1-MKOA
DATA DE EMISSÃO
22/05/2025 15:46:19

DADOS DO TOMADOR

NOME / RAZÃO SOCIAL	E-MAIL	TELEFONE
ASSOCIACAO BENEFICENTE SANTA TERESINHA	CONTABILIDADE@HOSPITALSANTATERESINHA.ORG.BR	4836589420

ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO	CEP
R JACOB BATISTA ULIANO, 1370	CENTRO	88750000

MUNICÍPIO	UF	PAÍS	CPF / CNPJ / OUTROS	INSCRIÇÃO MUNICIPAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL
Braço do Norte	SC	Brasil	86.437.845/0001-64		

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Prestacao de servicos medicos na especialidade de Ginecologia e Obstetricia no Hospital Santa Teresinha, em Braco do Norte/SC.
Competencia: abril/2025.

Servicos de Plantao em Ginecologia R$67.000,00
Valor total da nota = R$67.000,00

DADOS BANCARIOS PARA PG.TO:
BANCO: 136 - UNICRED / AG: 1315 / CONTA: 16419-4 - TIPO: CORRENTE PIX/E-MAIL: controle@gestaoservicosaude.com.br / GSS - GESTAO SERVICOS A SAUDE LTDA

RETENCAO DE IRRF DE 1,50% CONFORME Art. 2 do Decreto-Lei n 2.030/1983; Art. 1, inciso III, do Decreto-Lei n 2.065/1983; Art. 52 da Lei n 7.450/1985; Art. 6 da Lei n 9.064/1995; Art. 714 do RIR/2018; Art. 70, inciso I, alinea d, da Lei n 11.196/2005. RETENCAO DE CSRF 4,65% CONFORME Art. 30 a 36 da Lei n 10.833/2003; Instrucao Normativa SRF n 459/2004.

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

MUNICÍPIO ONDE O SERVIÇO FOI PRESTADO	NATUREZA DA OPERAÇÃO
4202800 / Braço do Norte	111 - ISS devido para outro municipio

REGIME ESPECIAL DE TRIBUTAÇÃO: -

VALOR DOS SERVIÇOS:	**R$ 67000,00**		
(-) DESCONTOS:	R$ 0,00	(-) DEDUÇÕES:	R$ 0,00
(-) RETENÇÕES FEDERAIS:	R$ 4120,50	**(=) BASE DE CÁLCULO:**	R$ 67000,00
(-) ISS RETIDO NA FONTE:	R$ 0,00	(x) ALÍQUOTA:	4,00 %
VALOR LÍQUIDO:	**R$ 62879,50**	**(=) VALOR DO ISS:**	R$ 2680,00

RETENÇÕES FEDERAIS

PIS: R$ 435,50 COFINS: R$ 2010,00 IR: R$ 1005,00 CSLL: R$ 670,00 INSS: R$ 0,00

OUTRAS INFORMAÇÕES

Trib aprox R$: 3.457,29 Federal, R$: 0,00 Estadual e R$: 1.307,89 Municipal Fonte: IBPT/empresometro.com.br 8AFAC7

powered by eNotas Gateway

06/06/2025 - 08:15:31 Porto Alegre

UNICRED

Comprovante de Transferência
Entre Contas

Unicred - Internet Banking

Dados da transação

Valor:	R$ 62.879,50
Data:	30/05/2025
Finalidade:	Crédito em Conta
Autenticação Documento:	669777225653252417456311636

Dados do recebedor

Recebedor:	GSS - GESTAO SERVICO SAUD
Cooperativa:	582
Conta para Crédito:	164194

Dados do Pagador

Cooperado:	HOSPITAL SANTA TERESINHA
Conta:	1524364
Cooperativa:	566

Cooperado Unicred, utilize o Débito Automático para pagamento de suas contas

Os dados fornecidos são de responsabilidade do usuário. Agendamentos serão realizados conforme limite, saldo e requisitos disponíveis. Confira a execução na data programada

CENTRAL DE RELACIONAMENTO
Capitais e regiões metropolitanas 3003 7703
Demais regiões 0800 200 7302
No exterior +55 11 3003 7703
SAC 0800 647 2930
OUVIDORIA 0800 940 0602

PREFEITURA MUNICIPAL DE COCAL DO SUL

SECRETARIA MUNICIPAL DA RECEITA

Nota Fiscal Eletrônica de Prestação de Serviços - NFS-e

Número do RPS	Número da nota
	12

Data da emissão da nota: 09/05/2025 11:58:30

Data do fato gerador: 09/05/2025 11:58:30

Código de verificação: 9SDUJ79NB

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia: MELOMAR CLINICA MEDICA

Nome/Razão social: MELOMAR CLINICA MEDICA LTDA

Inscrição estadual:

CPF/CNPJ: 58.896.027/0001-94 Inscrição municipal: 5734

Telefone: (48) 2102-7146

Endereço: ROD SC 108 Número: 1151 Bairro: JARDIM DAS PALMEIRAS CEP: 88845-000

Complemento: BLOCO B APT 401

Celular: (48) 99934-9316

Município: Cocal do Sul UF: SC

E-mail: melomar969@gmail.com Site:

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia: HOSPITAL SANTA TERESINHA

Nome/Razão social: ASSOCIACAO BENEFICENTE SANTA TERESINHA

CPF/CNPJ: 86.437.845/0001-64 Inscrição municipal: Inscrição estadual:

Endereço: R JACOB BATISTA ULIANO Número: 1370 Bairro: CENTRO CEP: 88750-000

Complemento:

Município: Braço do Norte UF: SC

E-mail: Telefone: Celular:

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

	Valor unitário	Qtd	Valor do serviço	Base de cálculo (%)	ISS
SERVIÇOS MEDICOS PRESTADOS -DESFECHO HORA PLANTÃO PS 04/2025	765,0000	1,0000	765,0000	765,00x0,00 =	0,00

DR FILIPE MARCOLINO.
CRM: 40215

Dados Bancários:
Banco: 136 - Unicred do Brasil
Agência: 1408
Conta corrente: 566199-4
CNPJ: 58.896.027/0001-94
MELOMAR CLINICA MEDICA LTDA .

Forma de Pagamento

Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R$)
1		À vista	765,00								

RETENÇÕES FEDERAIS

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

Valor bruto = R$ 765,00 **Valor líquido = R$ 765,00**

Códigos dos serviços:
04.01 - Medicina e biomedicina.

Desc. condicionado(R$)	Desc. incondicionado(R$)	Deduções(R$)	Base de cálculo(R$)	Valor ISS(R$)
0,00	0,00	0,00	765,00	0,00

OUTRAS INFORMAÇÕES

Natureza da operação: Tributação no município
Situação tributária do ISSQN: Normal
Local da prestação do serviço: Braço do Norte

Esta NFS-e foi emitida com respaldo na lei 1.154/2013.
Prestador de serviços optante pelo Simples Nacional. Alíquota do ISS 0%
Situação desta NFS-e: Normal
Documento emitido por ME ou EPP optante pelo simples Nacional.

Valor aproximado do tributo federal - R$ 102,89 (13,45%), estadual - R$ 0,00 (0,00%), municipal - R$ 16,14 (2,11%) , com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - Fonte: IBPT

Verificar autenticidade

06/06/2025 - 08:12:58 Porto Alegre

UNICRED

Comprovante de Transferência
Entre Contas

Unicred - Internet Banking

Dados da transação

Valor:	R$ 765,00
Data:	30/05/2025
Finalidade:	Crédito em Conta
Autenticação Documento:	46073712565325241745631 1635

Dados do recebedor

Recebedor:	MELOMAR CLINICA MEDICA
Cooperativa:	566
Conta para Crédito:	5661994

Dados do Pagador

Cooperado:	HOSPITAL SANTA TERESINHA
Conta:	1524364
Cooperativa:	566

Cooperado Unicred, utilize o Débito Automático para pagamento de suas contas

Os dados fornecidos são de responsabilidade do usuário. Agendamentos serão realizados conforme limite, saldo e requisitos disponíveis. Confira a execução na data programada

CENTRAL DE RELACIONAMENTO
Capitais e regiões metropolitanas 3003 7703
Demais regiões 0800 200 7302
No exterior +55 11 3003 7703
SAC 0800 647 2930
OUVIDORIA 0800 940 0602

PREFEITURA DE ORLEANS

Secretaria de Administração e Finanças

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número do RPS	Número da nota
	85

Data da emissão da nota: 12/05/2025 20:22:11

Data do fato gerador: 12/05/2025 20:22:11

Código de verificação: X5IGG1HHD

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia: IHC SERVIÇOS MÉDICOS LTDA.

Nome/Razão social: IHC SERVIÇOS MÉDICOS LTDA

Inscrição estadual:

CPF/CNPJ: 49.114.989/0001-53 Inscrição municipal: 28575

Telefone:

Endereço: R JOAO RAMIRO MACHADO Número: 169 Bairro: Centro CEP: 88870-000

Complemento:

Celular: (48) 99907-2986

Município: Orleans UF: SC

E-mail: ihc.servicosmedicos@gmail.com Site:

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia: HOSPITAL SANTA TERESINHA

Nome/Razão social: ASSOCIACAO BENEFICENTE SANTA TERESINHA

CPF/CNPJ: 86.437.845/0001-64 Inscrição municipal: Inscrição estadual:

Endereço: INFORMADA NO COMPLEMENTO Número: 1370 Bairro: Centro CEP: 88750-000

Complemento: RUA : JACOB BATISTA ULIANO

Município: Braço do Norte UF: SC

E-mail: Telefone: Celular:

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

	Valor unitário	Qtd	Valor do serviço	Base de cálculo (%)	ISS
DESFECHO HORA PLANTÃO PS 04/2025	802,5000	1,0000	802,5000	802,50x2,01 =	16,13

Forma de Pagamento

Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R$)
1		À vista	802,50								

RETENÇÕES FEDERAIS

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

Valor bruto = R$ 802,50 | **Valor líquido = R$ 802,50**

Códigos dos serviços:

04.01 - Medicina e biomedicina.

Desc. condicionado(R$)	Desc. incondicionado(R$)	Deduções(R$)	Base de cálculo(R$)	Valor ISS(R$)
0,00	0,00	0,00	802,50	16,13

OUTRAS INFORMAÇÕES

Natureza da operação: Tributação no município
Situação tributária do ISSQN: Normal
Local da prestação do serviço: Braço do Norte

Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei 000/0000.
Prestador de serviços optante pelo Simples Nacional. Alíquota do ISS 2.01%
Situação desta NFS-e: Normal
Documento emitido por ME ou EPP optante pelo simples Nacional.

Valor aproximado do tributo federal - R$ 107,94 (13,45%), estadual - R$ 0,00 (0,00%), municipal - R$ 16,93 (2,11%) , com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - Fonte: IBPT

Verificar autenticidade

06/06/2025-08:12:33 Porto Alegre

UNICRED

Comprovante de Transferência
Entre Contas

Unicred - Internet Banking

Dados da transação

Valor:	R$ 802,50
Data:	30/05/2025
Finalidade:	Crédito em Conta
Autenticação Documento:	16573712565325241745631163 7

Dados do recebedor

Recebedor:	IHC SERVICOS MEDICOS
Cooperativa:	566
Conta para Crédito:	5651638

Dados do Pagador

Cooperado:	HOSPITAL SANTA TERESINHA
Conta:	1524364
Cooperativa:	566

Cooperado Unicred, utilize o Débito Automático para pagamento de suas contas

Os dados fornecidos são de responsabilidade do usuário. Agendamentos serão realizados conforme limite, saldo e requisitos disponíveis. Confira a execução na data programada

CENTRAL DE RELACIONAMENTO
Capitais e regiões metropolitanas 3003 7703
Demais regiões 0800 200 7302
No exterior +55 11 3003 7703
SAC 0800 647 2930
OUVIDORIA 0800 940 0602

PREFEITURA DE TUBARÃO
SECRETARIA DA FAZENDA

NOTA FISCAL	NÚMERO RPS	DATA DE EMISSÃO NOTA	DATA DO FATO GERADOR
0000033		21/05/2025 13:32:42	21/05/2025

PRESTADOR DE SERVIÇOS

RAZÃO SOCIAL PRESTADOR	NOME FANTASIA PRESTADOR
CLAITON WOLLENSCHLAGER SERVICOS MEDICOS LTDA	WOLLENSCHLAGER SERVICOS MEDICOS

ENDEREÇO	COMPLEMENTO
RUA FELIPE SCHMIDT, Nº 786, RECIFE, TUBARÃO SC , 88705705	

Nº CPF/CNPJ	SIMPLES NACIONAL	INSC. MUNICIPAL	INSC. ESTADUAL	TELEFONE	E-MAIL
56.953.940/0001-50	SIM	93318		(48) 9999-2	MCONTABIL.TR@GMAIL.COM

TOMADOR DE SERVIÇOS

NOME DO TOMADOR
SOCIEDADE BENEFICENTE SANTA TERESINHA

ENDEREÇO	COMPLEMENTO
RUA JACOB BATISTA ULIANO, Nº 1370, CENTRO , CEP 88750000, BRAÇO DO NORTE - SC	

Nº CPF/CNPJ	INSC. MUNICIPAL	INSC. ESTADUAL	TELEFONE	E-MAIL
86.437.845/0001-64			3658-22-44	

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

UNID	QUANT.	DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
01	01	SERVIÇOS MEDICOS PRESTADO - DESFECHO HORA PLANTÃO PS 04/25-DRA GABRIELA BITTENCOURT LARROYD -	450,00	450,00

OBSERVAÇÕES

TOTAL GERAL 450,00

	IMPOSTOS FEDERAIS					IMPOSTOS MUNICIPAIS			VALOR LÍQUIDO
RETIDO	INSS	PIS/PASEP	COFINS	IR	CSLL	ALÍQUOTA ISS	BASE DE CÁLCULO	TOTAL ISS	
NÃO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,1700 %	450,00	9,77	450,00

DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE DA PRESTAÇÃO
LC116: 0401 - CNAE: 8630-5/99 - MEDICINA E BIOMEDICINA.

DESCONTOS / DEDUÇÕES

DESC. CONDICIONADO	DESC. INCONDICIONADO	DEDUÇÕES (Materiais e Outros)	OUTRAS DEDUÇÕES
R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00

OUTRAS INFORMAÇÕES

NATUREZA DA OPERAÇÃO	RECOLHIMENTO	LOCAL DA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO	VALOR APROXIMADO DOS TRIBUTOS (IBPT)
Tributado Fora do Município	ISS A RECOLHER PELO PRESTADOR	BRAÇO DO NORTE - SC	R$ 60,53 (13.45%)

ESTE DOCUMENTO PODE SER VALIDADO NO SITE **www.prefeituramoderna.com.br**
CÓDIGO DE VALIDAÇÃO - 513de9b9da2d753f419d7f8ae302dc16
ASSINATURA DIGITAL ANTIGA - 643c17053647a34d4735c76dd694623c

Recebi(emos) de **CLAITON WOLLENSCHLAGER SERVICOS MEDICOS LTDA** o(s) serviço(s) indicado(s) à nota fiscal eletrônica de serviço de número **0000033.**

NÚMERO NOTA FISCAL **0000033**

_____/_____/_____
Data do Recebimento

_____
Identificação e assinatura do recebedor

BAUHAUS SISTEMAS ®

06/06/2025-08:24:31 Porto Alegre

UNICRED

Comprovante de Transferência TED **Unicred - Internet Banking**

Dados da transação

Valor:	R$ 450,00
Data:	30/05/2025
Finalidade:	Crédito em Conta
Autenticação Documento:	20250530114417734

Dados do recebedor

Recebedor:	CLAITON WOLLENSCHLAGER SERVICO
CNPJ/CPF:	56.953.940/0001-50
Instituição FInanceira:	260 - NU PAGAMENTOS - IP
Agência:	1
Conta:	6913478813
Tipo de Conta:	Conta Corrente

Dados do Pagador

Cooperado:	HOSPITAL SANTA TERESINHA
Conta:	1524364
Cooperativa:	566

Cooperado Unicred, utilize o Débito Automático para pagamento de suas contas

Os dados fornecidos são de responsabilidade do usuário. Agendamentos serão realizados conforme limite, saldo e requisitos disponíveis. Confira a execução na data programada

CENTRAL DE RELACIONAMENTO
Capitais e regiões metropolitanas 3003 7703
Demais regiões 0800 200 7302
No exterior +55 11 3003 7703
SAC 0800 647 2930
OUVIDORIA 0800 940 0602

DEIVID COELHO BORGES LTDA

AVENIDA PREF OSMAR CUNHA, 416, SALA:1108
CENTRO - FLORIANÓPOLIS - SC - 88.015-100
CNPJ: 58.348.580/0001-92
CMC: 825.188-4

DANFPS-E

Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Prestação de Serviços Eletrônica

Numero: 9
Autorização: 5674322
Emissão: 03/05/2025
Código de Verificação: A45F-79F1-BE20-E490

Dados do Tomador

NOME/RAZÃO SOCIAL				CFPS
ASSOCIACAO BENEFICENTE SANTA TERESINHA				9202
ENDEREÇO		BAIRRO/DISTRITO		CEP
RUA JACOB BATISTA ULIANO, 1370		CENTRO		88.750-000
MUNICÍPIO	UF	País	CPF/CNPJ/Outros	CMC
Braço do Norte	SC	BRASIL	86.437.845/0001-64	

Dados do(s) serviço(s)

Cód. Atividade	(Descrição CNAE) Descrição do Serviço	CST	Aliq.	Valor Unitário	Qtde	Valor Total
8630599	(ATIVIDADES DE ATENÇÃO AMBULATORIAL NÃO ESPECIFICADAS ANTERIORMENTE) PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS. SERVIÇOS PRESTADOS PELOS SÓCIOS NO EXERCÍCIO DE PROFISSÃO REGULAMENTADA POR LEGISLAÇÃO FEDERAL, DISPENSADOS DA RETENÇÃO DE INSS, CONFORME PREVISTO NA IN RFB N° 2110, ARTIGO 115, INCISO III, PARÁGRAFOS 2° E 3°. EMPRESA OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL PAGAMENTO HORA PLANTÃO PS 04/2025- 76 HORAS BANCO: 336 - BANCO C6 S.A. AGÊNCIA: 0001 CONTA CORRENTE: 35778271-2 CNPJ: 58.348.580/0001-92 NOME: DCB SERVICOS MEDICOS CHAVE PIX: 58.348.580/0001-92	1	0,00	R$ 8.740,00	1	R$ 8.740,00

PAGO

Cálulo do Imposto

Base de Cálculo de ISSQN	Valor do ISSQN	Base de Cálculo ISSQN Subst.	Valor do ISSQN Subst.	Valor Total dos Serviços
R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 8.740,00

Dados adicionais

DANFPS-E - DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ELETRÔNICA

A VALIDADE E AUTENTICIDADE DESTE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO ELETRÔNICA PODERÃO SER COMPROVADAS MEDIANTE CONSULTA À PÁGINA DA SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA - SMF NA INTERNET, NO ENDEREÇO portal.pmf.sc.gov.br/sites/notaeletronica, EM VERIFICAR AUTENTICIDADE >> PRODUÇÃO, INFORMANDO O CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO: A45F79F1BE20E490 E O NÚMERO DE INSCRIÇÃO DO EMITENTE NO CADASTRO MUNICIPAL DE CONTRIBUINTES - CMC: 8251884

06/06/2025 08:24:17 Porto Alegre

UNICRED

Comprovante de Transferência TED **Unicred - Internet Banking**

Dados da transação

Valor:	R$ 8.740,00
Data:	30/05/2025
Finalidade:	Crédito em Conta
Autenticação Documento:	20250530114418776

Dados do recebedor

Recebedor:	DEIVID COELHO BORGES LTDA
CNPJ/CPF:	58.348.580/0001-92
Instituição FInanceira:	336 - BCO C6 S.A.
Agência:	1
Conta:	357782712
Tipo de Conta:	Conta Corrente

Dados do Pagador

Cooperado:	HOSPITAL SANTA TERESINHA
Conta:	1524364
Cooperativa:	566

Cooperado Unicred, utilize o Débito Automático para pagamento de suas contas

Os dados fornecidos são de responsabilidade do usuário. Agendamentos serão realizados conforme limite, saldo e requisitos disponíveis. Confira a execução na data programada

CENTRAL DE RELACIONAMENTO
Capitais e regiões metropolitanas 3003 7703
Demais regiões 0800 200 7302
No exterior +55 11 3003 7703
SAC 0800 647 2930
OUVIDORIA 0800 940 0602

PREFEITURA DE TUBARÃO
SECRETARIA DA FAZENDA

NOTA FISCAL	NÚMERO RPS	DATA DE EMISSÃO NOTA	DATA DO FATO GERADOR
0000283		05/05/2025 08:49:50	05/05/2025

PRESTADOR DE SERVIÇOS

RAZÃO SOCIAL PRESTADOR	NOME FANTASIA PRESTADOR
MULLER CENTRO MEDICO LTDA	ATEND JA

ENDEREÇO	COMPLEMENTO
AVENIDA MARCOLINO MARTINS CABRAL, Nº 3108, AEROPORTO, TUBARÃO SC , 88705005	SALA 02

Nº CPF/CNPJ	SIMPLES NACIONAL	INSC. MUNICIPAL	INSC. ESTADUAL	TELEFONE	E-MAIL
44.681.549/0001-64	NÃO	83134		(48) 9926-4	VIITORMULLER@HOTMAIL.COM

TOMADOR DE SERVIÇOS

NOME DO TOMADOR
SOCIEDADE BENEFICENTE SANTA TERESINHA

ENDEREÇO	COMPLEMENTO
RUA JACOB BATISTA ULIANO, Nº 1370, CENTRO , CEP 88750000, BRAÇO DO NORTE - SC	

Nº CPF/CNPJ	INSC. MUNICIPAL	INSC. ESTADUAL	TELEFONE	E-MAIL
86.437.845/0001-64			3658-22-44	

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

UNID	QUANT.	DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
	1	DESFECHO HORA PLANTÃO PS 04/2025 - Dr Vitor	652,51	652,51

VALIDADO

OBSERVAÇÕES

TOTAL GERAL: 652,51

IMPOSTOS FEDERAIS					IMPOSTOS MUNICIPAIS			
RETIDO	INSS	PIS/PASEP	COFINS	IR	CSLL	ALÍQUOTA ISS	BASE DE CÁLCULO	TOTAL ISS
NÃO	0,00	4,24	19,58	9,79	6,53	3,0000 %	652,51	19,58

VALOR LÍQUIDO: 612,37

DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE DA PRESTAÇÃO
LC116: 0401 - CNAE: 8630-5/03 - MEDICINA E BIOMEDICINA.

DESCONTOS / DEDUÇÕES

DESC. CONDICIONADO	DESC. INCONDICIONADO	DEDUÇÕES (Materiais e Outros)	OUTRAS DEDUÇÕES
R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00

OUTRAS INFORMAÇÕES

NATUREZA DA OPERAÇÃO	RECOLHIMENTO	LOCAL DA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO	VALOR APROXIMADO DOS TRIBUTOS (IBPT)
Tributado no Município	ISS A RECOLHER PELO PRESTADOR	TUBARÃO - SC	R$ 87,76 (13.45%)

ESTE DOCUMENTO PODE SER VALIDADO NO SITE **www.prefeituramoderna.com.br**
CÓDIGO DE VALIDAÇÃO - f991e806664fee50df8fa4207f2b4058
ASSINATURA DIGITAL ANTIGA - 9aa126f888b8f65e42f85747b25f0775

Recebi(emos) de **MULLER CENTRO MEDICO LTDA** o(s) serviço(s) indicado(s) à nota fiscal eletrônica de serviço de número **0000283.**

NÚMERO NOTA FISCAL: **0000283**

_____/_____/_____
Data do Recebimento

_____
Identificação e assinatura do recebedor

BAUHAUS SISTEMAS ®

06/06/2025 08:23:19 Porto Alegre

UNICRED

Comprovante de Transferência TED — Unicred - Internet Banking

---

Dados da transação

Valor:	R$ 612,37
Data:	30/05/2025
Finalidade:	Crédito em Conta
Autenticação Documento:	20250530114404272

Dados do recebedor

Recebedor:	MULLER SERVICOS ESPECIALIZADOS
CNPJ/CPF:	44.681.549/0001-64
Instituição FInanceira:	341 - ITAÚ UNIBANCO S.A.
Agência:	643
Conta:	994965
Tipo de Conta:	Conta Corrente

Dados do Pagador

Cooperado:	HOSPITAL SANTA TERESINHA
Conta:	1524364
Cooperativa:	566

Cooperado Unicred, utilize o Débito Automático para pagamento de suas contas

Os dados fornecidos são de responsabilidade do usuário. Agendamentos serão realizados conforme limite, saldo e requisitos disponíveis. Confira a execução na data programada

CENTRAL DE RELACIONAMENTO
Capitais e regiões metropolitanas 3003 7703
Demais regiões 0800 200 7302
No exterior +55 11 3003 7703
SAC 0800 647 2930
OUVIDORIA 0800 940 0602

MUNICIPIO DE BRACO DO NORTE

NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

Número do RPS	Número da nota
	20

Data da emissão da nota: 23/05/2025 10:20:22

Data do fato gerador: 23/05/2025 10:20:22

Código de verificação: QWCCEIXKC

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia: HD SERVICOS MEDICOS

Nome/Razão social: HD SERVIÇOS MÉDICOS LTDA

Inscrição estadual:

CPF/CNPJ: 58.520.514/0001-58 Inscrição municipal:

Telefone: (48) 3632-7480

Endereço: R HILDA SPECK HARGER Número: 1278 Bairro: NOSSA SENHORA DE FATIMA CEP: 88750-000

Complemento: QUADRA:G;LOTE:0071

Celular: (48) 99913-1507

Município: Braço do Norte UF: SC

E-mail: atendimento@dominiocontabil.com Site:

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia: HOSPITAL SANTA TERESINHA

Nome/Razão social: ASSOCIACAO BENEFICENTE SANTA TERESINHA

CPF/CNPJ: 86.437.845/0001-64 Inscrição municipal: 3186 Inscrição estadual:

Endereço: JACÓ BATISTA ULIANO Número: 1370 Bairro: Centro CEP: 88750-000

Complemento:

Município: Braço do Norte UF: SC

E-mail: contabilidade@hospitalsantaterezinha.org.br Telefone: (48) 3658-9420 Celular: (48) 99902-1425

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

	Valor unitário	Qtd	Valor do serviço	Base de cálculo	(%)	ISS
REF. A DESFECHO HORA PLANTÃO PS 04/2025 - DRA. HORTENCIA DELLA - REPASSE 7160	112,5000	1,0000	112,5000		x =	

Forma de Pagamento

Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R$)
1		À vista	112,50								

RETENÇÕES FEDERAIS

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

Valor bruto = R$ 112,50 | **Valor líquido = R$ 112,50**

Códigos dos serviços:

04.01 - Medicina e biomedicina.

LANÇADO

Desc. condicionado(R$)	Desc. incondicionado(R$)	Deduções(R$)	Base de cálculo(R$)	Valor ISS(R$)
0,00	0,00	0,00		

OUTRAS INFORMAÇÕES

Natureza da operação: Tributação no município
Situação tributária do ISSQN: Normal
Local da prestação do serviço: Braço do Norte

Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei Complementar Municipal nº 031/2005
Prestador de serviços optante pelo Simples Nacional.
Situação desta NFS-e: Normal
Documento emitido por ME ou EPP optante pelo simples Nacional.

Valor aproximado do tributo federal - R$ 15,13 (13,45%), estadual - R$ 0,00 (0,00%), municipal - R$ 2,37 (2,11%) , com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - Fonte: IBPT

Verificar autenticidade

06/06/2025 -08:23:03 Porto Alegre

UNICRED

Comprovante de Transferência TED Unicred - Internet Banking

Dados da transação

Valor:	R$ 112,50
Data:	30/05/2025
Finalidade:	Crédito em Conta
Autenticação Documento:	20250530114403490

Dados do recebedor

Recebedor:	HD SERVICOS MEDICOS LTDA
CNPJ/CPF:	58.520.514/0001-58
Instituição FInanceira:	260 - NU PAGAMENTOS - IP
Agência:	1
Conta:	8460412066
Tipo de Conta:	Conta Corrente

Dados do Pagador

Cooperado:	HOSPITAL SANTA TERESINHA
Conta:	1524364
Cooperativa:	566

Cooperado Unicred, utilize o Débito Automático para pagamento de suas contas

Os dados fornecidos são de responsabilidade do usuário. Agendamentos serão realizados conforme limite, saldo e requisitos disponíveis. Confira a execução na data programada

CENTRAL DE RELACIONAMENTO
Capitais e regiões metropolitanas 3003 7703
Demais regiões 0800 200 7302
No exterior +55 11 3003 7703
SAC 0800 647 2930
OUVIDORIA 0800 940 0602

PREFEITURA DE TUBARÃO
SECRETARIA DA FAZENDA

NOTA FISCAL	NÚMERO RPS	DATA DE EMISSÃO NOTA	DATA DO FATO GERADOR
0000285		05/05/2025 08:53:37	05/05/2025

PRESTADOR DE SERVIÇOS

RAZÃO SOCIAL PRESTADOR	NOME FANTASIA PRESTADOR
MULLER CENTRO MEDICO LTDA	ATEND JA

ENDEREÇO	COMPLEMENTO
AVENIDA MARCOLINO MARTINS CABRAL, Nº 3108, AEROPORTO, TUBARÃO SC , 88705005	SALA 02

Nº CPF/CNPJ	SIMPLES NACIONAL	INSC. MUNICIPAL	INSC. ESTADUAL	TELEFONE	E-MAIL
44.681.549/0001-64	NÃO	83134		(48) 9926-4	VIITORMULLER@HOTMAIL.COM

TOMADOR DE SERVIÇOS

NOME DO TOMADOR
SOCIEDADE BENEFICENTE SANTA TERESINHA

ENDEREÇO	COMPLEMENTO
RUA JACOB BATISTA ULIANO, Nº 1370, CENTRO , CEP 88750000, BRAÇO DO NORTE - SC	

Nº CPF/CNPJ	INSC. MUNICIPAL	INSC. ESTADUAL	TELEFONE	E-MAIL
86.437.845/0001-64			3658-22-44	

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

UNID	QUANT.	DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
	1	DESFECHO HORA PLANTÃO PS 04/2025 - Dr Wanderley	3.652,51	3.652,51

LANÇADO

OBSERVAÇÕES

TOTAL GERAL 3.652,51

IMPOSTOS FEDERAIS					IMPOSTOS MUNICIPAIS			VALOR LÍQUIDO
RETIDO	INSS	PIS/PASEP	COFINS	IR	CSLL	ALÍQUOTA ISS	BASE DE CÁLCULO	TOTAL ISS	
NÃO	0,00	23,74	109,58	54,79	36,53	3,0000 %	3.652,51	109,58	3.427,87

DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE DA PRESTAÇÃO
LC116: 0401 - CNAE: 8630-5/03 - MEDICINA E BIOMEDICINA.

DESCONTOS / DEDUÇÕES

DESC. CONDICIONADO	DESC. INCONDICIONADO	DEDUÇÕES (Materiais e Outros)	OUTRAS DEDUÇÕES
R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00

OUTRAS INFORMAÇÕES

NATUREZA DA OPERAÇÃO	RECOLHIMENTO	LOCAL DA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO	VALOR APROXIMADO DOS TRIBUTOS (IBPT)
Tributado no Município	ISS A RECOLHER PELO PRESTADOR	TUBARÃO - SC	R$ 491,26 (13.45%)

ESTE DOCUMENTO PODE SER VALIDADO NO SITE **www.prefeituramoderna.com.br**
CÓDIGO DE VALIDAÇÃO - b0d37855beae8153e7e681eca212c214
ASSINATURA DIGITAL ANTIGA - 9aa126f888b8f65e42f85747b25f0775

Recebi(emos) de **MULLER CENTRO MEDICO LTDA** o(s) serviço(s) indicado(s) à nota fiscal eletrônica de serviço de número **0000285.**

NÚMERO NOTA FISCAL **0000285**

____/____/____
Data do Recebimento

_____
Identificação e assinatura do recebedor

BAUHAUS SISTEMAS ®

06/06/2025 -08:22:44 Porto Alegre

UNICRED

Comprovante de Transferência TED Unicred - Internet Banking

Dados da transação

Valor:	R$ 3.427,87
Data:	30/05/2025
Finalidade:	Crédito em Conta
Autenticação Documento:	20250530114421183

Dados do recebedor

Recebedor:	MULLER SERVICOS ESPECIALIZADOS
CNPJ/CPF:	44.681.549/0001-64
Instituição FInanceira:	341 - ITAÚ UNIBANCO S.A.
Agência:	643
Conta:	994965
Tipo de Conta:	Conta Corrente

Dados do Pagador

Cooperado:	HOSPITAL SANTA TERESINHA
Conta:	1524364
Cooperativa:	566

Cooperado Unicred, utilize o Débito Automático para pagamento de suas contas

Os dados fornecidos são de responsabilidade do usuário. Agendamentos serão realizados conforme limite, saldo e requisitos disponíveis. Confira a execução na data programada

CENTRAL DE RELACIONAMENTO
Capitais e regiões metropolitanas 3003 7703
Demais regiões 0800 200 7302
No exterior +55 11 3003 7703
SAC 0800 647 2930
OUVIDORIA 0800 940 0602

PREFEITURA MUNICIPAL DE LAGUNA

Secretaria da Fazenda

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número do RPS	Número da nota
	3

Data da emissão da nota: 06/05/2025 10:52:27

Data do fato gerador: 06/05/2025 10:52:27

Código de verificação: BQWMRUDZM

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia:

Nome/Razão social: L.HEIDEMANN SERVICOS MEDICOS LTDA

Inscrição estadual:

CPF/CNPJ: 59.355.820/0001-49 Inscrição municipal: 997079

Telefone: (31) 2942-0361

Endereço: AV MAURILIO KFOURI (530) Número: S/N Bairro: MAR GROSSO CEP: 88790-000

Complemento:

Celular:

Município: Laguna UF: SC

E-mail: registro@fordoctor.com.br Site:

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia:

Nome/Razão social: ASSOCIACAO BENEFICENTE SANTA TERESINHA

CPF/CNPJ: 86.437.845/0001-64 Inscrição municipal: Inscrição estadual:

Endereço: R JACOB BATISTA ULIANO Número: 1370 Bairro: CENTRO CEP: 88750-000

Complemento:

Município: Braço do Norte UF: SC

E-mail: Telefone: Celular:

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

	Valor unitário	Qtd	Valor do serviço	Base de cálculo (%)	ISS
SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS PELA DRA. LARISSA HEIDEMANN - CRM: 39575.	575,0000	1,0000	575,0000	575,00x2,01 =	11,56

PAGAMENTO HORA PLANTÃO 04/2025 - 5 HORAS
Repasse : 7169

DADOS BANCÁRIOS
BANCO CORA
AGENCIA: 0001
CONTA: 5658046-1 .

Forma de Pagamento

Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R$)
1		À vista	575,00								

RETENÇÕES FEDERAIS

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

Valor bruto = R$ 575,00 | **Valor líquido = R$ 575,00**

Códigos dos serviços:
04.01 - Medicina e biomedicina.

LANÇADO

Desc. condicionado(R$)	Desc. incondicionado(R$)	Deduções(R$)	Base de cálculo(R$)	Valor ISS(R$)
0,00	0,00	0,00	575,00	11,56

OUTRAS INFORMAÇÕES

Natureza da operação: Tributação no município
Situação tributária do ISSQN: Normal
Local da prestação do serviço: Braço do Norte

Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei Complementar Nº 105/2003, Lei Complementar Nº 287/2014 e Decreto Nº 4126/2014.
Prestador de serviços optante pelo Simples Nacional. Alíquota do ISS 2.01%
Situação desta NFS-e: Normal
Documento emitido por ME ou EPP optante pelo simples Nacional.

Valor aproximado do tributo federal - R$ 77,34 (13,45%), estadual - R$ 0,00 (0,00%), municipal - R$ 12,13 (2,11%) , com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - Fonte: IBPT

Verificar autenticidade

06/06/2025 -08:20:48 Porto Alegre

UNICRED

Comprovante de Transferência TED Unicred - Internet Banking

Dados da transação

Valor:	R$ 575,00
Data:	30/05/2025
Finalidade:	Crédito em Conta
Autenticação Documento:	20250530114420133

Dados do recebedor

Recebedor:	L HEIDEMANN SERVICOS MEDICOS
CNPJ/CPF:	59.355.820/0001-49
Instituição FInanceira:	403 - CORA SCFI
Agência:	1
Conta:	56580461
Tipo de Conta:	Conta Corrente

Dados do Pagador

Cooperado:	HOSPITAL SANTA TERESINHA
Conta:	1524364
Cooperativa:	566

Cooperado Unicred, utilize o Débito Automático para pagamento de suas contas

Os dados fornecidos são de responsabilidade do usuário. Agendamentos serão realizados conforme limite, saldo e requisitos disponíveis. Confira a execução na data programada

CENTRAL DE RELACIONAMENTO
Capitais e regiões metropolitanas 3003 7703
Demais regiões 0800 200 7302
No exterior +55 11 3003 7703
SAC 0800 647 2930
OUVIDORIA 0800 940 0602

MUNICIPIO DE ARMAZEM

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

Número do RPS	Número da nota
	17

Data da emissão da nota: 20/05/2025 13:55:52

Data do fato gerador: 20/05/2025 13:55:52

Código de verificação: 6UEJLBYJ2

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia: MARJORE MALLMANN E SAUDE

Nome/Razão social: MM SAUDE LTDA — Inscrição estadual:

CPF/CNPJ: 44.654.403/0001-20 Inscrição municipal: 2254 — Telefone: (53) 99172-8989

Endereço: R VEREADOR DAVID FEUSER Número: 35 Bairro: VILA MEDIANEIRA CEP: 88740-000

Complemento: — Celular: (48) 99659-9370

Município: Armazém — UF: SC

E-mail: CONTABILIDADE@CONTABILE.DIGITAL — Site:

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia: HOSPITAL SANTA TERESINHA

Nome/Razão social: SOCIEDADE BENEFICIENTE SANTA TERESINHA

CPF/CNPJ: 86.437.845/0001-64 Inscrição municipal: Inscrição estadual:

Endereço: RUA JACOB BATISTA ULIANO Número: 1370 Bairro: CENTRO CEP: 88750-000

Complemento: HOSPITAL

Município: Braço do Norte — UF: SC

E-mail: contabilidade@hospitalsantateresinha.org.br — Telefone: — Celular:

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

	Valor unitário	Qtd	Valor do serviço	Base de cálculo (%)	ISS
DESFECHO HORA PLANTÃO PS 04/2025 2.250,00	2.250,0000	1,0000	2.250,0000	2.250,00x2,00 =	0,00

Banco(número): 0260
Agência: 0001
Conta corrente: 207386485 .

Forma de Pagamento

Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R$)
1		À vista	2.250,00								

RETENÇÕES FEDERAIS

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

Valor bruto = R$ 2.250,00 — **Valor líquido = R$ 2.250,00**

Códigos dos serviços:
04.01 - Medicina e biomedicina.

Desc. condicionado(R$)	Desc. incondicionado(R$)	Deduções(R$)	Base de cálculo(R$)	Valor ISS(R$)
0,00	0,00	0,00	2.250,00	0,00

OUTRAS INFORMAÇÕES

Natureza da operação: Tributação no município
Situação tributária do ISSQN: Normal
Local da prestação do serviço: Armazém

Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei ?
Situação desta NFS-e: Normal
Prestador de Serviço com enquadramento fixo do ISS.

Valor aproximado do tributo federal - R$ 302,62 (13,45%), estadual - R$ 0,00 (0,00%), municipal - R$ 47,48 (2,11%) , com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - Fonte: IBPT

Verificar autenticidade

06/06/2025 08:22:18 Porto Alegre

UNICRED

Comprovante de Transferência TED **Unicred - Internet Banking**

Dados da transação

Valor:	R$ 2.250,00
Data:	30/05/2025
Finalidade:	Crédito em Conta
Autenticação Documento:	20250530114420808

Dados do recebedor

Recebedor:	MM SAUDE LTDA
CNPJ/CPF:	44.654.403/0001-20
Instituição FInanceira:	260 - NU PAGAMENTOS - IP
Agência:	1
Conta:	207386485
Tipo de Conta:	Conta Corrente

Dados do Pagador

Cooperado:	HOSPITAL SANTA TERESINHA
Conta:	1524364
Cooperativa:	566

Cooperado Unicred, utilize o Débito Automático para pagamento de suas contas

Os dados fornecidos são de responsabilidade do usuário. Agendamentos serão realizados conforme limite, saldo e requisitos disponíveis. Confira a execução na data programada

CENTRAL DE RELACIONAMENTO
Capitais e regiões metropolitanas 3003 7703
Demais regiões 0800 200 7302
No exterior +55 11 3003 7703
SAC 0800 647 2930
OUVIDORIA 0800 940 0602

PREFEITURA DE TUBARÃO
SECRETARIA DA FAZENDA

NOTA FISCAL	NÚMERO RPS	DATA DE EMISSÃO NOTA	DATA DO FATO GERADOR
0000030		21/05/2025 13:21:41	21/05/2025

PRESTADOR DE SERVIÇOS

RAZÃO SOCIAL PRESTADOR	NOME FANTASIA PRESTADOR
CLAITON WOLLENSCHLAGER SERVICOS MEDICOS LTDA	WOLLENSCHLAGER SERVICOS MEDICOS

ENDEREÇO	COMPLEMENTO
RUA FELIPE SCHMIDT, Nº 786, RECIFE, TUBARÃO SC , 88705705	

Nº CPF/CNPJ	SIMPLES NACIONAL	INSC. MUNICIPAL	INSC. ESTADUAL	TELEFONE	E-MAIL
56.953.940/0001-50	SIM	93318		(48) 9999-2	MCONTABIL.TR@GMAIL.COM

TOMADOR DE SERVIÇOS

NOME DO TOMADOR
SOCIEDADE BENEFICENTE SANTA TERESINHA

ENDEREÇO	COMPLEMENTO
RUA JACOB BATISTA ULIANO, Nº 1370, CENTRO , CEP 88750000, BRAÇO DO NORTE - SC	

Nº CPF/CNPJ	INSC. MUNICIPAL	INSC. ESTADUAL	TELEFONE	E-MAIL
86.437.845/0001-64			3658-22-44	

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

UNID	QUANT.	DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
01	01	PAGAMENTO HORA PLANTÃO 04/2025 - 102 HORAS - Dr. Clainton Wollenschlarger - CRM 38450	11.730,00	11.730,00

CANCELADO

OBSERVAÇÕES

TOTAL GERAL 11.730,00

	IMPOSTOS FEDERAIS					IMPOSTOS MUNICIPAIS			VALOR LÍQUIDO
RETIDO	INSS	PIS/PASEP	COFINS	IR	CSLL	ALÍQUOTA ISS	BASE DE CÁLCULO	TOTAL ISS	
NÃO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,1700 %	11.730,00	254,54	11.730,00

DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE DA PRESTAÇÃO
LC116: 0401 - CNAE: 8630-5/99 - MEDICINA E BIOMEDICINA.

DESCONTOS / DEDUÇÕES

DESC. CONDICIONADO	DESC. INCONDICIONADO	DEDUÇÕES (Materiais e Outros)	OUTRAS DEDUÇÕES
R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00

OUTRAS INFORMAÇÕES

NATUREZA DA OPERAÇÃO	RECOLHIMENTO	LOCAL DA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO	VALOR APROXIMADO DOS TRIBUTOS (IBPT)
Tributado Fora do Município	ISS A RECOLHER PELO PRESTADOR	BRAÇO DO NORTE - SC	R$ 1.577,69 (13.45%)

ESTE DOCUMENTO PODE SER VALIDADO NO SITE **www.prefeituramoderna.com.br**
CÓDIGO DE VALIDAÇÃO - 00fc69c5556600b95e8b7189157c8ab2
ASSINATURA DIGITAL ANTIGA - 643c17053647a34d4735c76dd694623c

Recebi(emos) de **CLAITON WOLLENSCHLAGER SERVICOS MEDICOS LTDA** o(s) serviço(s) indicado(s) à nota fiscal eletrônica de serviço de número **0000030.**

NÚMERO NOTA FISCAL **0000030**

_____/_____/_____
Data do Recebimento

_____
Identificação e assinatura do recebedor

BAUHAUS SISTEMAS ®

06/06/2025-08:21:56 Porto Alegre

UNICRED

Comprovante de Transferência TED **Unicred - Internet Banking**

Dados da transação

Valor:	R$ 11.730,00
Data:	30/05/2025
Finalidade:	Crédito em Conta
Autenticação Documento:	20250530114418098

Dados do recebedor

Recebedor:	CLAITON WOLLENSCHLAGER SERVICO
CNPJ/CPF:	56.953.940/0001-50
Instituição FInanceira:	260 - NU PAGAMENTOS - IP
Agência:	1
Conta:	6913478813
Tipo de Conta:	Conta Corrente

Dados do Pagador

Cooperado:	HOSPITAL SANTA TERESINHA
Conta:	1524364
Cooperativa:	566

Cooperado Unicred, utilize o Débito Automático para pagamento de suas contas

Os dados fornecidos são de responsabilidade do usuário. Agendamentos serão realizados conforme limite, saldo e requisitos disponíveis. Confira a execução na data programada

CENTRAL DE RELACIONAMENTO
Capitais e regiões metropolitanas 3003 7703
Demais regiões 0800 200 7302
No exterior +55 11 3003 7703
SAC 0800 647 2930
OUVIDORIA 0800 940 0602

PREFEITURA DE TUBARÃO
SECRETARIA DA FAZENDA

NOTA FISCAL	0000028
NÚMERO RPS	
DATA DE EMISSÃO NOTA	05/05/2025 13:49:21
DATA DO FATO GERADOR	05/05/2025

PRESTADOR DE SERVIÇOS

RAZÃO SOCIAL PRESTADOR	NOME FANTASIA PRESTADOR
FREDERICO SERVICOS MEDICOS LTDA	FREDERICO SERVICOS MEDICOS LTDA

ENDEREÇO	COMPLEMENTO
RUA ADELSON CASCAES, Nº 66, SÃO BERNARDO, TUBARÃO SC , 88708675	

Nº CPF/CNPJ	SIMPLES NACIONAL	INSC. MUNICIPAL	INSC. ESTADUAL	TELEFONE	E-MAIL
49.508.139/0001-30	SIM	86799		(48) 3622-0	ADM@DBCONTABILIDADE.NET

TOMADOR DE SERVIÇOS

NOME DO TOMADOR
SOCIEDADE BENEFICENTE SANTA TERESINHA

ENDEREÇO	COMPLEMENTO
RUA JACOB BATISTA ULIANO, Nº 1370, CENTRO , CEP 88750000, BRAÇO DO NORTE - SC	

Nº CPF/CNPJ	INSC. MUNICIPAL	INSC. ESTADUAL	TELEFONE	E-MAIL
86.437.845/0001-64			3658-22-44	

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

UNID	QUANT.	DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
UN	1	DESFECHO HORA PLANTÃO PS 04/2025 Dr. Jhony de Medeiros Frederico	1.732,50	1.732,50

LANÇADO

OBSERVAÇÕES	TOTAL GERAL
	1.732,50

	IMPOSTOS FEDERAIS					IMPOSTOS MUNICIPAIS			VALOR LÍQUIDO
RETIDO	INSS	PIS/PASEP	COFINS	IR	CSLL	ALÍQUOTA ISS	BASE DE CÁLCULO	TOTAL ISS	
NÃO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,0100 %	1.732,50	34,82	1.732,50

DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE DA PRESTAÇÃO
LC116: 0401 - CNAE: 8630-5/99 - MEDICINA E BIOMEDICINA.

DESCONTOS / DEDUÇÕES

DESC. CONDICIONADO	DESC. INCONDICIONADO	DEDUÇÕES (Materiais e Outros)	OUTRAS DEDUÇÕES
R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00

OUTRAS INFORMAÇÕES

NATUREZA DA OPERAÇÃO	RECOLHIMENTO	LOCAL DA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO	VALOR APROXIMADO DOS TRIBUTOS (IBPT)
Tributado no Município	ISS A RECOLHER PELO PRESTADOR	TUBARÃO - SC	R$ 233,02 (13.45%)

ESTE DOCUMENTO PODE SER VALIDADO NO SITE **www.prefeituramoderna.com.br**
CÓDIGO DE VALIDAÇÃO - 9fc25d786c27ccf740dd9c6cbcb4e433
ASSINATURA DIGITAL ANTIGA - 82671d9822475e82aea95ee52e36d76a

Recebi(emos) de **FREDERICO SERVICOS MEDICOS LTDA** o(s) serviço(s) indicado(s) à nota fiscal eletrônica de serviço de número **0000028.**

NÚMERO NOTA FISCAL
0000028

_____/_____/_____
Data do Recebimento

_____
Identificação e assinatura do recebedor

BAUHAUS SISTEMAS ®

06/06/2025 -08:20:16 Porto Alegre

UNICRED

Comprovante de Transferência TED Unicred - Internet Banking

Dados da transação

Valor:	R$ 1.732,50
Data:	30/05/2025
Finalidade:	Crédito em Conta
Autenticação Documento:	20250530114405385

Dados do recebedor

Recebedor:	FREDERICO SERVICOS MEDICOS LTD
CNPJ/CPF:	49.508.139/0001-30
Instituição FInanceira:	260 - NU PAGAMENTOS - IP
Agência:	1
Conta:	556558314
Tipo de Conta:	Conta Corrente

Dados do Pagador

Cooperado:	HOSPITAL SANTA TERESINHA
Conta:	1524364
Cooperativa:	566

Cooperado Unicred, utilize o Débito Automático para pagamento de suas contas

Os dados fornecidos são de responsabilidade do usuário. Agendamentos serão realizados conforme limite, saldo e requisitos disponíveis. Confira a execução na data programada

CENTRAL DE RELACIONAMENTO
Capitais e regiões metropolitanas 3003 7703
Demais regiões 0800 200 7302
No exterior +55 11 3003 7703
SAC 0800 647 2930
OUVIDORIA 0800 940 0602

MUNICIPIO DE BRACO DO NORTE

NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

Número do RPS	Número da nota
	19

Data da emissão da nota: 23/05/2025 10:17:27

Data do fato gerador: 23/05/2025 10:17:27

Código de verificação: RYNXDCFQU

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia: HD SERVICOS MEDICOS

Nome/Razão social: HD SERVIÇOS MÉDICOS LTDA

Inscrição estadual:

CPF/CNPJ: 58.520.514/0001-58 Inscrição municipal:

Telefone: (48) 3632-7480

Endereço: R HILDA SPECK HARGER Número: 1278 Bairro: NOSSA SENHORA DE FATIMA CEP: 88750-000

Complemento: QUADRA:G;LOTE:0071

Celular: (48) 99913-1507

Município: Braço do Norte UF: SC

E-mail: atendimento@dominiocontabil.com Site:

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia: HOSPITAL SANTA TERESINHA

Nome/Razão social: ASSOCIACAO BENEFICENTE SANTA TERESINHA

CPF/CNPJ: 86.437.845/0001-64 Inscrição municipal: 3186 Inscrição estadual:

Endereço: JACÓ BATISTA ULIANO Número: 1370 Bairro: Centro CEP: 88750-000

Complemento:

Município: Braço do Norte UF: SC

E-mail: contabilidade@hospitalsantaterezinha.org.br Telefone: (48) 3658-9420 Celular: (48) 99902-1425

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

	Valor unitário	Qtd	Valor do serviço	Base de cálculo	(%)	ISS
REF. A PAGAMENTO HORA PLANTÃO 04/2025 - 5 HORAS - DRA. HORTENCIA DELLA - REPASSE 7159	575,0000	1,0000	575,0000		x =	

Forma de Pagamento

Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R$)
1		À vista	575,00								

RETENÇÕES FEDERAIS

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

Valor bruto = R$ 575,00 | **Valor líquido = R$ 575,00**

Códigos dos serviços:

04.01 - Medicina e biomedicina.

Desc. condicionado(R$)	Desc. incondicionado(R$)	Deduções(R$)	Base de cálculo(R$)	Valor ISS(R$)
0,00	0,00	0,00		

OUTRAS INFORMAÇÕES

Natureza da operação: Tributação no município
Situação tributária do ISSQN: Normal
Local da prestação do serviço: Braço do Norte

Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei Complementar Municipal nº 031/2005
Prestador de serviços optante pelo Simples Nacional.
Situação desta NFS-e: Normal
Documento emitido por ME ou EPP optante pelo simples Nacional.

Valor aproximado do tributo federal - R$ 77,34 (13,45%), estadual - R$ 0,00 (0,00%), municipal - R$ 12,13 (2,11%) , com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - Fonte: IBPT

Verificar autenticidade

06/06/2025 -08:20:48 Porto Alegre

UNICRED

Comprovante de Transferência TED **Unicred - Internet Banking**

Dados da transação

Valor:	R$ 575,00
Data:	30/05/2025
Finalidade:	Crédito em Conta
Autenticação Documento:	20250530114420133

Dados do recebedor

Recebedor:	L HEIDEMANN SERVICOS MEDICOS
CNPJ/CPF:	59.355.820/0001-49
Instituição FInanceira:	403 - CORA SCFI
Agência:	1
Conta:	56580461
Tipo de Conta:	Conta Corrente

Dados do Pagador

Cooperado:	HOSPITAL SANTA TERESINHA
Conta:	1524364
Cooperativa:	566

Cooperado Unicred, utilize o Débito Automático para pagamento de suas contas

Os dados fornecidos são de responsabilidade do usuário. Agendamentos serão realizados conforme limite, saldo e requisitos disponíveis. Confira a execução na data programada

CENTRAL DE RELACIONAMENTO
Capitais e regiões metropolitanas 3003 7703
Demais regiões 0800 200 7302
No exterior +55 11 3003 7703
SAC 0800 647 2930
OUVIDORIA 0800 940 0602

PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO MARTINHO

SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO E FINANÇAS

Nota Fiscal Eletrônica de Prestação de Serviços - NFS-e

Número do RPS	Número da nota
	237

Data da emissão da nota: 23/05/2025 16:48:22

Data do fato gerador: 23/05/2025 16:48:22

Código de verificação: FPUAVBTXA

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia: JJ SERVIÇOS MÉDICOS

Nome/Razão social: JJ SERVIÇOS MÉDICOS LTDA

Inscrição estadual:

CPF/CNPJ: 12.903.912/0001-52 Inscrição municipal: 336

Telefone: (48) 3645-6070

Endereço: R Francisco Beckhauser Número: SN Bairro: CENTRO CEP: 88765-000

Complemento:

Celular:

Município: São Martinho UF: SC

E-mail: Site:

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia:

Nome/Razão social: SOCIEDADE BENEFICENTE SANTA TERESINHA

CPF/CNPJ: 86.437.845/0001-64 Inscrição municipal: Inscrição estadual:

Endereço: R JACOB BATISTA ULIANO Número: 1370 Bairro: centro CEP: 88750-000

Complemento:

Município: Braço do Norte UF: SC

E-mail: Telefone: Celular:

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

	Valor unitário	Qtd	Valor do serviço	Base de cálculo (%)	ISS
Plantão Dr João Henrique ref 04/2025	26.105,0000	1,0000	26.105,0000	26.105,00x4,00 =	1.044,20

Forma de Pagamento

Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R$)
1		À vista	26.105,00								

RETENÇÕES FEDERAIS

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

Valor bruto = R$ 26.105,00 | **Valor líquido = R$ 26.105,00**

Códigos dos serviços:

04.01 - Medicina e biomedicina.

Desc. condicionado(R$)	Desc. incondicionado(R$)	Deduções(R$)	Base de cálculo(R$)	Valor ISS(R$)
0,00	0,00	0,00	26.105,00	1.044,20

OUTRAS INFORMAÇÕES

Natureza da operação: Tributação fora do município
Situação tributária do ISSQN: Normal
Local da prestação do serviço: Braço do Norte

LANÇADO

O ISS desta NFS-e é devido fora deste município.
Prestador de serviços optante pelo Simples Nacional. Alíquota do ISS 4%
Situação desta NFS-e: Normal
Documento emitido por ME ou EPP optante pelo simples Nacional.

Valor aproximado do tributo federal - R$ 3.511,12 (13,45%), estadual - R$ 0,00 (0,00%), municipal - R$ 550,82 (2,11%) , com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - Fonte: IBPT

Verificar autenticidade

06/06/2025 08:21:05 Porto Alegre

UNICRED

Comprovante de Transferência TED **Unicred - Internet Banking**

Dados da transação

Valor:	R$ 26.105,00
Data:	30/05/2025
Finalidade:	Crédito em Conta
Autenticação Documento:	20250530114419816

Dados do recebedor

Recebedor:	JJ SERVICOS MEDICOS LTDA
CNPJ/CPF:	12.903.912/0001-52
Instituição FInanceira:	756 - BANCO SICOOB S.A.
Agência:	3078
Conta:	26816
Tipo de Conta:	Conta Corrente

Dados do Pagador

Cooperado:	HOSPITAL SANTA TERESINHA
Conta:	1524364
Cooperativa:	566

Cooperado Unicred, utilize o Débito Automático para pagamento de suas contas

Os dados fornecidos são de responsabilidade do usuário. Agendamentos serão realizados conforme limite, saldo e requisitos disponíveis. Confira a execução na data programada

CENTRAL DE RELACIONAMENTO
Capitais e regiões metropolitanas 3003 7703
Demais regiões 0800 200 7302
No exterior +55 11 3003 7703
SAC 0800 647 2930
OUVIDORIA 0800 940 0602

PREFEITURA DE TUBARÃO
SECRETARIA DA FAZENDA

NOTA FISCAL	NÚMERO RPS	DATA DE EMISSÃO NOTA	DATA DO FATO GERADOR
0000031		21/05/2025 13:26:38	21/05/2025

PRESTADOR DE SERVIÇOS

RAZÃO SOCIAL PRESTADOR	NOME FANTASIA PRESTADOR
CLAITON WOLLENSCHLAGER SERVICOS MEDICOS LTDA	WOLLENSCHLAGER SERVICOS MEDICOS

ENDEREÇO	COMPLEMENTO
RUA FELIPE SCHMIDT, Nº 786, RECIFE, TUBARÃO SC , 88705705	

Nº CPF/CNPJ	SIMPLES NACIONAL	INSC. MUNICIPAL	INSC. ESTADUAL	TELEFONE	E-MAIL
56.953.940/0001-50	SIM	93318		(48) 9999-2	MCONTABIL.TR@GMAIL.COM

TOMADOR DE SERVIÇOS

NOME DO TOMADOR
SOCIEDADE BENEFICENTE SANTA TERESINHA

ENDEREÇO	COMPLEMENTO
RUA JACOB BATISTA ULIANO, Nº 1370, CENTRO , CEP 88750000, BRAÇO DO NORTE - SC	

Nº CPF/CNPJ	INSC. MUNICIPAL	INSC. ESTADUAL	TELEFONE	E-MAIL
86.437.845/0001-64			3658-22-44	

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

UNID	QUANT.	DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
01	01	DESFECHO HORA PLANTÃO PS 04/2025	1.987,50	1.987,50

LANÇADO

OBSERVAÇÕES	TOTAL GERAL
	1.987,50

	IMPOSTOS FEDERAIS					IMPOSTOS MUNICIPAIS			VALOR LÍQUIDO
RETIDO	INSS	PIS/PASEP	COFINS	IR	CSLL	ALÍQUOTA ISS	BASE DE CÁLCULO	TOTAL ISS	
NÃO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,1700 %	1.987,50	43,13	1.987,50

DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE DA PRESTAÇÃO
LC116: 0401 - CNAE: 8630-5/99 - MEDICINA E BIOMEDICINA.

DESCONTOS / DEDUÇÕES

DESC. CONDICIONADO	DESC. INCONDICIONADO	DEDUÇÕES (Materiais e Outros)	OUTRAS DEDUÇÕES
R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00

OUTRAS INFORMAÇÕES

NATUREZA DA OPERAÇÃO	RECOLHIMENTO	LOCAL DA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO	VALOR APROXIMADO DOS TRIBUTOS (IBPT)
Tributado Fora do Município	ISS A RECOLHER PELO PRESTADOR	BRAÇO DO NORTE - SC	R$ 267,32 (13.45%)

ESTE DOCUMENTO PODE SER VALIDADO NO SITE **www.prefeituramoderna.com.br**
CÓDIGO DE VALIDAÇÃO - ba39cae95a3bc1cefaa5d52ec07a9851
ASSINATURA DIGITAL ANTIGA - 643c17053647a34d4735c76dd694623c

Recebi(emos) de **CLAITON WOLLENSCHLAGER SERVICOS MEDICOS LTDA** o(s) serviço(s) indicado(s) à nota fiscal eletrônica de serviço de número **0000031.**

NÚMERO NOTA FISCAL
0000031

_____/_____/_____
Data do Recebimento

_____
Identificação e assinatura do recebedor

BAUHAUS SISTEMAS ®

06/06/2025 -08:19:34 Porto Alegre

UNICRED

Comprovante de Transferência TED **Unicred - Internet Banking**

Dados da transação

Valor:	R$ 1.987,50
Data:	30/05/2025
Finalidade:	Crédito em Conta
Autenticação Documento:	20250530114405701

Dados do recebedor

Recebedor:	CLAITON WOLLENSCHLAGER SERVICO
CNPJ/CPF:	56.953.940/0001-50
Instituição FInanceira:	260 - NU PAGAMENTOS - IP
Agência:	1
Conta:	6913478813
Tipo de Conta:	Conta Corrente

Dados do Pagador

Cooperado:	HOSPITAL SANTA TERESINHA
Conta:	1524364
Cooperativa:	566

Cooperado Unicred, utilize o Débito Automático para pagamento de suas contas

Os dados fornecidos são de responsabilidade do usuário. Agendamentos serão realizados conforme limite, saldo e requisitos disponíveis. Confira a execução na data programada

CENTRAL DE RELACIONAMENTO
Capitais e regiões metropolitanas 3003 7703
Demais regiões 0800 200 7302
No exterior +55 11 3003 7703
SAC 0800 647 2930
OUVIDORIA 0800 940 0602

PREFEITURA MUNICIPAL DE CRICIUMA

SECRETARIA DA FAZENDA

NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e

Número do RPS	Número da nota
	68

Data da emissão da nota: 05/05/2025 19:37:00

Data do fato gerador: 05/05/2025 19:37:00

Código de verificação: OBLKOPCXZ

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia: CHRISTIAN DAMAS SERVIÇOS MÉDICOS LTDA

Nome/Razão social: CHRISTIAN DAMAS SERVIÇOS MÉDICOS LTDA — Inscrição estadual:

CPF/CNPJ: 53.150.424/0001-07 — Inscrição municipal: 38655 — Telefone:

Endereço: TV GERMANO MAGRIN Número: 100 Bairro: CENTRO CEP: 88802-090

Complemento: AP/E: EDIF:PARTHENON;SALA:501;CXPST:375 — Celular:

Município: Criciúma — UF: SC

E-mail: adaminelli@bol.com.br — Site:

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia: HOSPITAL SANTA TERESINHA

Nome/Razão social: SCOCIED BENEFICIENTE STA TEREZINHA

CPF/CNPJ: 86.437.845/0001-64 — Inscrição municipal: — Inscrição estadual:

Endereço: RUA JACOB BATISTA ULIANO Número: 288 Bairro: CENTRO CEP: 88750-000

Complemento:

Município: Braço do Norte — UF: SC

E-mail: — Telefone: — Celular:

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

	Valor unitário	Qtd	Valor do serviço	Base de cálculo (%)	ISS
PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS - Repasse : 7148 04-2025 PELO - Dr. CHRISTIAN DAMAS CRM nº 36527/SC .	11.270,0000	1,0000	11.270,0000	11.270,00x2,01 =	226,53

Forma de Pagamento

Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R$)
1		À vista	11.270,00								

RETENÇÕES FEDERAIS

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

Valor bruto = R$ 11.270,00 — **Valor líquido = R$ 11.270,00**

Códigos dos serviços:

04.01 - Medicina e biomedicina.

Desc. condicionado(R$)	Desc. incondicionado(R$)	Deduções(R$)	Base de cálculo(R$)	Valor ISS(R$)
0,00	0,00	0,00	11.270,00	226,53

OUTRAS INFORMAÇÕES

Natureza da operação: Tributação no município

Situação tributária do ISSQN: Normal

Local da prestação do serviço: Braço do Norte

Prestador de serviços optante pelo Simples Nacional. Alíquota do ISS 2.01%

Situação desta NFS-e: Normal

Documento emitido por ME ou EPP optante pelo simples Nacional.



Verificar autenticidade

Valor aproximado do tributo federal - R$ 1.515,82 (13,45%), estadual - R$ 0,00 (0,00%), municipal - R$ 237,80 (2,11%) , com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - Fonte: IBPT

06/06/2025 -08:21:16 Porto Alegre

UNICRED

Comprovante de Transferência TED Unicred - Internet Banking

Dados da transação

Valor:	R$ 11.270,00
Data:	30/05/2025
Finalidade:	Crédito em Conta
Autenticação Documento:	20250530114417375

Dados do recebedor

Recebedor:	CHRISTIAN DAMAS SERVICOS MEDIC
CNPJ/CPF:	53.150.424/0001-07
Instituição FInanceira:	260 - NU PAGAMENTOS - IP
Agência:	1
Conta:	178716541
Tipo de Conta:	Conta Corrente

Dados do Pagador

Cooperado:	HOSPITAL SANTA TERESINHA
Conta:	1524364
Cooperativa:	566

Cooperado Unicred, utilize o Débito Automático para pagamento de suas contas

Os dados fornecidos são de responsabilidade do usuário. Agendamentos serão realizados conforme limite, saldo e requisitos disponíveis. Confira a execução na data programada

CENTRAL DE RELACIONAMENTO
Capitais e regiões metropolitanas 3003 7703
Demais regiões 0800 200 7302
No exterior +55 11 3003 7703
SAC 0800 647 2930
OUVIDORIA 0800 940 0602

PREFEITURA DE TUBARÃO
SECRETARIA DA FAZENDA

NOTA FISCAL	NÚMERO RPS	DATA DE EMISSÃO NOTA	DATA DO FATO GERADOR
0000032		21/05/2025 13:27:56	21/05/2025

PRESTADOR DE SERVIÇOS

RAZÃO SOCIAL PRESTADOR	NOME FANTASIA PRESTADOR
CLAITON WOLLENSCHLAGER SERVICOS MEDICOS LTDA	WOLLENSCHLAGER SERVICOS MEDICOS

ENDEREÇO	COMPLEMENTO
RUA FELIPE SCHMIDT, Nº 786, RECIFE, TUBARÃO SC , 88705705	

Nº CPF/CNPJ	SIMPLES NACIONAL	INSC. MUNICIPAL	INSC. ESTADUAL	TELEFONE	E-MAIL
56.953.940/0001-50	SIM	93318		(48) 9999-2	MCONTABIL.TR@GMAIL.COM

TOMADOR DE SERVIÇOS

NOME DO TOMADOR
SOCIEDADE BENEFICENTE SANTA TERESINHA

ENDEREÇO	COMPLEMENTO
RUA JACOB BATISTA ULIANO, Nº 1370, CENTRO , CEP 88750000, BRAÇO DO NORTE - SC	

Nº CPF/CNPJ	INSC. MUNICIPAL	INSC. ESTADUAL	TELEFONE	E-MAIL
86.437.845/0001-64			3658-22-44	

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

UNID	QUANT.	DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
01	01	SERVIÇOS MEDICOS PRESTADO - HORA PLANTÃO 04/2025 - 15 HORAS -DRA GABRIELA BITTENCOURT LARROYD -	1.725,00	1.725,00

OBSERVAÇÕES

TOTAL GERAL 1.725,00

IMPOSTOS FEDERAIS					IMPOSTOS MUNICIPAIS			VALOR LÍQUIDO
RETIDO	INSS	PIS/PASEP	COFINS	IR	CSLL	ALÍQUOTA ISS	BASE DE CÁLCULO	TOTAL ISS	
NÃO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,1700 %	1.725,00	37,43	1.725,00

DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE DA PRESTAÇÃO
LC116: 0401 - CNAE: 8630-5/99 - MEDICINA E BIOMEDICINA.

DESCONTOS / DEDUÇÕES

DESC. CONDICIONADO	DESC. INCONDICIONADO	DEDUÇÕES (Materiais e Outros)	OUTRAS DEDUÇÕES
R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00

OUTRAS INFORMAÇÕES

NATUREZA DA OPERAÇÃO	RECOLHIMENTO	LOCAL DA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO	VALOR APROXIMADO DOS TRIBUTOS (IBPT)
Tributado Fora do Município	ISS A RECOLHER PELO PRESTADOR	BRAÇO DO NORTE - SC	R$ 232,01 (13.45%)

ESTE DOCUMENTO PODE SER VALIDADO NO SITE **www.prefeituramoderna.com.br**
CÓDIGO DE VALIDAÇÃO - 14ed691e0758f725a99d85db91a095d5
ASSINATURA DIGITAL ANTIGA - 643c17053647a34d4735c76dd694623c

Recebi(emos) de **CLAITON WOLLENSCHLAGER SERVICOS MEDICOS LTDA** o(s) serviço(s) indicado(s) à nota fiscal eletrônica de serviço de número **0000032.**

NÚMERO NOTA FISCAL **0000032**

_____/_____/_____
Data do Recebimento

_____
Identificação e assinatura do recebedor

BAUHAUS SISTEMAS ®

06/06/2025 08:19:19 Porto Alegre

UNICRED

Comprovante de Transferência TED **Unicred - Internet Banking**

Dados da transação

Valor:	R$ 1.725,00
Data:	30/05/2025
Finalidade:	Crédito em Conta
Autenticação Documento:	20250530114404969

Dados do recebedor

Recebedor:	CLAITON WOLLENSCHLAGER SERVICO
CNPJ/CPF:	56.953.940/0001-50
Instituição FInanceira:	260 - NU PAGAMENTOS - IP
Agência:	1
Conta:	6913478813
Tipo de Conta:	Conta Corrente

Dados do Pagador

Cooperado:	HOSPITAL SANTA TERESINHA
Conta:	1524364
Cooperativa:	566

Cooperado Unicred, utilize o Débito Automático para pagamento de suas contas

Os dados fornecidos são de responsabilidade do usuário. Agendamentos serão realizados conforme limite, saldo e requisitos disponíveis. Confira a execução na data programada

CENTRAL DE RELACIONAMENTO
Capitais e regiões metropolitanas 3003 7703
Demais regiões 0800 200 7302
No exterior +55 11 3003 7703
SAC 0800 647 2930
OUVIDORIA 0800 940 0602

Voltar Imprimir

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

Certificado de Regularidade do FGTS - CRF

Inscrição: 86.437.845/0001-64

Razão Social: ASSOCIACAO BENEFICENTE SANTA TEREZINHA

Endereço: RUA JACOB BATISTA ULIANO 1370 / CENTRO / BRACO DO NORTE / SC / 88750-000

A Caixa Econômica Federal, no uso da atribuição que lhe confere o Art. 7, da Lei 8.036, de 11 de maio de 1990, certifica que, nesta data, a empresa acima identificada encontra-se em situação regular perante o Fundo de Garantia do Tempo de Servico - FGTS.

O presente Certificado não servirá de prova contra cobrança de quaisquer débitos referentes a contribuições e/ou encargos devidos, decorrentes das obrigações com o FGTS.

Validade:07/06/2025 a 06/07/2025

Certificação Número: 2025060702540557291220

Informação obtida em 09/06/2025 07:42:09

A utilização deste Certificado para os fins previstos em Lei esta condicionada a verificação de autenticidade no site da Caixa: **www.caixa.gov.br**

ESTADO DE SANTA CATARINA - SC
PREFEITURA MUNICIPAL DE BRAÇO DO NORTE
CNPJ 82.926.551/0001-45
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO E FAZENDA

Data: 28/01/2025 13h48min

Número	Validade
828	27/07/2025

CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS

Nome / Razão Social

ASSOCIACAO BENEFICENTE SANTA TERESINHA CNPJ: 86437845000164

Aviso

Sem débitos pendentes até a presente data.

Comprovação Junto à | Finalidade

Mensagem

Certificamos que até a presente data não constam débitos tributários relativos à inscrição abaixo caracterizada.

A Fazenda Municipal se reserva o direito de cobrar débitos que venham a ser constatados, mesmo se referentes a períodos compreendidos nesta certidão.

Inscrição

Contribuinte: 10863 - ASSOCIACAO BENEFICENTE SANTA TERESINHA
Endereço: Rua JACÓ BATISTA ULIANO, 1370 - Bairro Centro - CEP 88.750-000

Código de Controle

CWHZS5TZ9CBEDJF1

A validade do documento pode ser consultada no site da prefeitura por meio do código de controle informado.
http://www.bracodonorte.sc.gov.br

Braço do Norte (SC), 28 de Janeiro de 2025.

ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA FAZENDA

CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS ESTADUAIS

Nome (razão social): **ASSOCIACAO BENEFICENTE SANTA TERESINHA**
CNPJ/CPF: **86.437.845/0001-64**

Ressalvando o direito da Fazenda Estadual de inscrever e cobrar as dívidas que vierem a ser apuradas, é certificado que não constam, na presente data, pendências em nome do contribuinte acima identificado, relativas aos tributos, dívida ativa e demais débitos administrados pela Secretaria de Estado da Fazenda.

Dispositivo Legal:	**Lei nº 3938/66, Art. 154**
Número da certidão:	**250140029284061**
Data de emissão:	**28/01/2025 13:42:09**
Validade (Lei nº 3938/66, Art. 158):	**27/07/2025**

A autenticidade desta certidão deverá ser confirmada na página da Secretaria de Estado da Fazenda na Internet, no endereço: http://www.sef.sc.gov.br

Este documento foi assinado digitalmente
Impresso em: 28/01/2025 13:42:08

Assinado por SECRETARIA DE ESTADO DA FAZENDA - CNPJ: 82.951.310/0001-56 - Data/Hora: 28/01/2025

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal do Brasil
Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional

CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS RELATIVOS AOS TRIBUTOS FEDERAIS E À DÍVIDA ATIVA DA UNIÃO

Nome: ASSOCIACAO BENEFICENTE SANTA TERESINHA
CNPJ: 86.437.845/0001-64

Ressalvado o direito de a Fazenda Nacional cobrar e inscrever quaisquer dívidas de responsabilidade do sujeito passivo acima identificado que vierem a ser apuradas, é certificado que não constam pendências em seu nome, relativas a créditos tributários administrados pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) e a inscrições em Dívida Ativa da União (DAU) junto à Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN).

Esta certidão é válida para o estabelecimento matriz e suas filiais e, no caso de ente federativo, para todos os órgãos e fundos públicos da administração direta a ele vinculados. Refere-se à situação do sujeito passivo no âmbito da RFB e da PGFN e abrange inclusive as contribuições sociais previstas nas alíneas 'a' a 'd' do parágrafo único do art. 11 da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991.

A aceitação desta certidão está condicionada à verificação de sua autenticidade na Internet, nos endereços <http://rfb.gov.br> ou <http://www.pgfn.gov.br>.

Certidão emitida gratuitamente com base na Portaria Conjunta RFB/PGFN nº 1.751, de 2/10/2014.
Emitida às 13:45:06 do dia 28/01/2025 <hora e data de Brasília>.
Válida até 27/07/2025.
Código de controle da certidão: **73EE.6F53.7E4F.764B**
Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.