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: jul/25

| UNIDADE CONCEDENTE | ORDENADOR DA DESPESA | TERMO DE CONVÊNIO Nº 001/2024 |
|---|---|---|
| **PREFEITURA MUNICIPAL DE BRAÇO DO NORTE** | **LAURO BOEING JUNIOR** | **TERMO ADITIVO Nº 01/2025** |

| 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 |
|---|---|---|
| **1796** | **11/07/25** | **140.149,51** |

| LIQUIDAÇÃO | | DATA DE PAGAMENTO | VALOR RECEBIDO |
|---|---|---|---|
| **2379** | **14/07/2025** | **15/07/2025** | **140.149,51** |

| DATA | Nº NOTA | HISTÓRICO (Credor) | NOTA FISCAL VALOR BRUTO | IMPOSTO RETIDO NO HST | RECEBIMENTOS | PAGAMENTO LÍQUIDO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 15/07/25 | | Recebimento do Recurso | | | 140.149,51 | |
| 23/07/25 | 373 | Tubarão Imagem Médica SS Ltda | 32.753,00 | | | 32.753,00 |
| 23/07/25 | 70 | Clínica Perin | 457,50 | | | 457,50 |
| 23/07/25 | 27 | Rabelo Amancio Serviços Médicos Ltda | 105,00 | | | 105,00 |
| 23/07/25 | 1136 | GSS - Gestão Serviços a Saúde Ltda | 67.000,00 | 4.120,50 | | 62.879,50 |
| 23/07/25 | 84 | Suellen Orben Serviços Médicos Ltda | 720,00 | | | 720,00 |
| 23/07/25 | 16 | Deivid Coelho Borges Ltda | 1.237,50 | | | 1.237,50 |
| 23/07/25 | 77 | Christian Damas Serviços Médicos Ltda | 1.470,00 | | | 1.470,00 |
| 23/07/25 | 29 | Jgam Serviços Médicos Ltda | 1.485,00 | | | 1.485,00 |
| 23/07/25 | 301 | Muller Centro Médico Ltda | 2.430,00 | 149,45 | | 2.280,55 |
| 23/07/25 | 69 | Calegari Clinica Médica Ltda | 4.107,50 | | | 4.107,50 |
| 23/07/25 | 302 | Muller Centro Médico Ltda | 13.972,51 | 859,32 | | 13.113,19 |
| 23/07/25 | 21 | MM Saúde Ltda | 15.640,00 | | | 15.640,00 |
| 23/07/25 | 149 | Clinica Médica Neu Ltda | 105,00 | 6,46 | | 98,54 |
| 23/07/25 | 300 | Muller Centro Médico Ltda | 105,00 | 6,46 | | 98,54 |
| 23/07/25 | | Contrapartida - Recurso Próprio | | | 53,75 | |
| 01/08/25 | 40705 | Prosaude Distribuidora de Medicamentos Ltda (2ª parcela) | 2.364,40 | | | 788,10 |
| 01/08/25 | 661244 | MCW Produtos Médicos e Hospitalares Ltda (2ª parcela) | 898,41 | | | 449,21 |
| 01/08/25 | 53160 | Laboratórios B.Braun S.A. | 1.006,80 | | | 1.006,80 |
| 01/08/25 | 3058 | Otovision Clínica Médica S/C Ltda | 1.380,00 | 84,87 | | 1.295,13 |
| 01/08/25 | 3057 | Otovision Clínica Médica S/C Ltda | 232,50 | 14,30 | | 218,20 |
| TOTAL | | | | | **140.203,26** | **140.203,26** |

| LOCAL E DATA | Braço do Norte/SC, 12/08/2025 |
|---|---|

| Pedro Michels Neto | Vitor Hugo Abitante | Thatiana Tomaz | Marina Boeng Borges |
|---|---|---|---|
| Presidente | Diretor-geral | Gerente Adm. Financeira | Analista Financeiro |

Ofício nº 270/2025

Braço do Norte, 12 de agosto de 2025.

**Assunto: Prestação de contas Termo Aditivo nº 01/2025 ao Termo de Convênio n º 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

# 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 15/07/2025 do Termo Aditivo nº 01/2025 ao 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, 12 de agosto de 2025.

Pedro Michels Neto
Presidente

# 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 Aditivo nº 01/2025 ao 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, 12 de agosto de 2025.

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, 12 de agosto de 2025.

Marcos Lima Michels
Conselho Fiscal

# Extrato

UNICRED

## Período de 12/07/2025 a 11/08/2025

HOSPITAL SANTA TERESINHA - **.***.

Coop: 566 - AG: 1405 - Conta: 1524372

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

Saldo em 11/07/2025: R$ 0,00

| | |
|---|---|
| **Saldo atual** | **R$ 0,00** |
| Total Disponível | R$ 0,00 |
| Limite de cheque especial | R$ 0,00 |

| Data | Lançamentos | Valor (R$) | Saldo (R$) |
|---|---|---|---|
| 15/07/2025 | RECEBIMENTO DE TED D ( Doc.: 191477 / PM B NORTE FMS ) | R$ 140.149,51 | R$ 140.149,51 |
| 23/07/2025 | TRANSFERENCIA ENTRE CONTAS - CAIXA ( Doc.: 4649044 / TUBARAO IMAGEM MEDIC ) | - R$ 32.753,00 | R$ 107.396,51 |
| 23/07/2025 | TRANSFERENCIA ENTRE CONTAS - CAIXA ( Doc.: 76376 / CLINICA PERIN ) | - R$ 457,50 | R$ 106.939,01 |
| 23/07/2025 | TRANSFERENCIA ENTRE CONTAS - CAIXA ( Doc.: 5656958 / RABELO A SERVICOS ME ) | - R$ 105,00 | R$ 106.834,01 |
| 23/07/2025 | TRANSFERENCIA ENTRE CONTAS - SIM - CNAB ( Doc.: 164194 / GSS - GESTAO SERVICO ) | - R$ 62.879,50 | R$ 43.954,51 |
| 23/07/2025 | ENVIO DE TED - CNAB ( Doc.: 211248901 / SUELLEN ORBEN SERVICOS MEDICOS - Suellen ) | - R$ 720,00 | R$ 43.234,51 |
| 23/07/2025 | ENVIO DE TED - CNAB ( Doc.: 357782712 / DEIVID COELHO BORGES LTDA - Deivid Coelh ) | - R$ 1.237,50 | R$ 41.997,01 |
| 23/07/2025 | ENVIO DE TED - CNAB ( Doc.: 178716541 / CHRISTIAN DAMAS SERVICOS MEDIC - Christi ) | - R$ 1.470,00 | R$ 40.527,01 |
| 23/07/2025 | ENVIO DE TED - CNAB ( Doc.: 376647507 / JGAM SERVICOS MEDICOS LTDA - Jgam Servic ) | - R$ 1.485,00 | R$ 39.042,01 |
| 23/07/2025 | ENVIO DE TED - CNAB ( Doc.: 994965 / MULLER SERVICOS ESPECIALIZADOS - Muller ) | - R$ 2.280,55 | R$ 36.761,46 |
| 23/07/2025 | ENVIO DE TED - CNAB ( Doc.: 334219 / CALEGARI CLINICA MEDICA LTDA - Calegari ) | - R$ 4.107,50 | R$ 32.653,96 |
| 23/07/2025 | ENVIO DE TED - CNAB ( Doc.: 994965 / MULLER SERVICOS ESPECIALIZADOS - Muller ) | - R$ 13.113,19 | R$ 19.540,77 |
| 23/07/2025 | ENVIO DE TED - CNAB ( Doc.: 207386485 / MM SAUDE LTDA - Mm Saude Ltda ) | - R$ 15.640,00 | R$ 3.900,77 |
| 23/07/2025 | ENVIO DE TED - CNAB ( Doc.: 191316830 / CLINICA MEDICA NEU LTDA - Clinica Medica ) | - R$ 98,54 | R$ 3.802,23 |
| 23/07/2025 | ENVIO DE TED - CNAB ( Doc.: 994965 / MULLER SERVICOS ESPECIALIZADOS - Muller ) | - R$ 98,54 | R$ 3.703,69 |
| 31/07/2025 | TRANSFERENCIA ENTRE CONTAS - IB ( Doc.: 1524364 / HOSPITAL SANTA TERES ) | R$ 53,75 | R$ 3.757,44 |
| 01/08/2025 | LIQUIDACAO TITULO SIM ( Doc.: 8643784500 / 85.247.385/0001-49 - PROSAUDE DISTRIBUIDORA DE ME ) | - R$ 788,10 | R$ 2.969,34 |
| 01/08/2025 | LIQUIDACAO DE TITULO - IB ( Doc.: 8643784500 / 94.389.400/0001-84 - MCW PRODUTOS MEDICOS E HOSPI ) | - R$ 449,21 | R$ 2.520,13 |
| 01/08/2025 | LIQUIDACAO DE TITULO - IB ( Doc.: 8643784500 / 31.673.254/0001-02 - LABORATORIO B BRAUN ) | - R$ 1.006,80 | R$ 1.513,33 |
| 01/08/2025 | TRANSFERENCIA ENTRE CONTAS - IB ( Doc.: 109380 / OTOVISION CLIN MEDIC ) | - R$ 1.295,13 | R$ 218,20 |

| Data | Lançamentos | Valor (R$) | Saldo (R$) |
|---|---|---|---|
| 01/08/2025 | TRANSFERENCIA ENTRE CONTAS - IB ( Doc.: 109380 / OTOVISION CLIN MEDIC ) | - R$ 218,20 | R$ 0,00 |

| | |
|---|---|
| **Saldo no final do período** | R$ 0,00 |
| **Saldo atual** | R$ 0,00 |
| Total disponível | R$ 0,00 |
| 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 DE TUBARÃO
SECRETARIA DA FAZENDA

| NOTA FISCAL | |
|---|---|
| | **0000373** |
| NÚMERO RPS | |
| DATA DE EMISSÃO NOTA | 08/07/2025 10:07:46 |
| DATA DO FATO GERADOR | 08/07/2025 |

## PRESTADOR DE SERVIÇOS

| RAZÃO SOCIAL PRESTADOR | NOME FANTASIA PRESTADOR |
|---|---|
| **TUBARAO IMAGEM MEDICA SS LTDA** | **TUBARAO IMAGEM MEDICA** |

| ENDEREÇO | COMPLEMENTO |
|---|---|
| RUA RUA PADRE BERNARDO FREUSER, Nº 228, CENTRO, TUBARÃO SC , 88700000 | |

| Nº CPF/CNPJ | SIMPLES NACIONAL | INSC. MUNICIPAL | INSC. ESTADUAL | TELEFONE | E-MAIL |
|---|---|---|---|---|---|
| **10.331.030/0001-34** | **SIM** | **62047** | | **6326-4624** | |

## 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 médicos** | 32.753,00 | 32.753,00 |

**OBSERVAÇÕES**

**TOTAL GERAL** 32.753,00

| | 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 | 2,8434 % | 32.753,00 | 931,30 | **32.753,00** |

DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE DA PRESTAÇÃO
**LC116: 0402 - CNAE: 8640-2/05 - ANÁLISES CLÍNICAS, PATOLOGIA, ELETRICIDADE MÉDICA, RADIOTERAPIA, QUIMIOTERAPIA, ULTRA-SONOGRAFIA, RESSONÂNCIA MAGNÉTICA, RADIOLOGIA, TOMOGRAFIA E CONGÊNERES.**

## 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$ 4.405,28 (13.45%)** |

ESTE DOCUMENTO PODE SER VALIDADO NO SITE **www.prefeituramoderna.com.br**
**CÓDIGO DE VALIDAÇÃO - 7b04f738a74f1bd1e1fc98a0f7396e33**
ASSINATURA DIGITAL ANTIGA - fec79392383f110e3c038db2c0b8b3b4

LANÇADO

---

Recebi(emos) de **TUBARAO IMAGEM MEDICA SS LTDA** o(s) serviço(s) indicado(s) à nota fiscal eletrônica de serviço de número **0000373.**

NÚMERO NOTA FISCAL **0000373**

_____/_____/_____
Data do Recebimento

_____
Identificação e assinatura do recebedor

BAUHAUS SISTEMAS ®

PAGO

11/08/2025 - 17:43:31 Porto Alegre

UNICRED

**Comprovante de Transferência Entre Contas** **Unicred - Internet Banking**

---

**Dados da transação**

| | |
|---|---|
| **Valor:** | R$ 32.753,00 |
| **Data:** | 23/07/2025 |
| **Finalidade:** | Crédito em Conta |
| **Autenticação Documento:** | 86873712565365244833831163 1 |

---

**Dados do recebedor**

| | |
|---|---|
| **Recebedor:** | TUBARAO IMAGEM MEDICA |
| **Cooperativa:** | 566 |
| **Conta para Crédito:** | 4649044 |

---

**Dados do Pagador**

| | |
|---|---|
| **Cooperado:** | HOSPITAL SANTA TERESINHA |
| **Conta:** | 1524372 |
| **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 |
|---|---|
| | 70 |

Data da emissão da nota: 03/07/2025 13:30:48

Data do fato gerador: 03/07/2025 13:30:48

Código de verificação: 8KG1GPPJG

## PRESTADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia: CLINICA PERIN

Nome/Razão social: CLINICA MEDICA PERIN LTDA

Inscrição estadual:

CPF/CNPJ: 40.318.320/0001-09 Inscrição municipal: 10790

Telefone: (48) 3658-3657

Endereço: R BERNARDO LOCKS 2 Número: 228 Bairro: Centro CEP: 88750-000

Complemento:

Celular: (48) 99986-3666

Município: Braço do Norte UF: SC

E-mail: luan@contaki.com.br Site:

## TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia:

Nome/Razão social: ASSOCIACAO BENEFICENTE SANTA TERESINHA

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

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

Complemento:

Município: Braço do Norte UF: SC

E-mail: financeiro@hospitalsantateresinha.org.br Telefone: (48) 3658-2244 Celular: (48) 99902-1425

## DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

| | Valor unitário | Qtd | Valor do serviço | Base de cálculo | (%) | ISS |
|---|---|---|---|---|---|---|
| DANIELA DANNEHL<br>DESFECHO HORA PLANTÃO PRONTO SOCORRO 06/2025<br>Banco: 136 - Unicred do Brasil<br>Clinica Medica Perin Ltda<br>Agência: 1405<br>Conta corrente: 7637-6<br>CNPJ: 40.318.320/0001-09 . | 457,5000 | 1,0000 | 457,5000 | | x = | |

## Forma de Pagamento

| Parcela | Vencimento | Tipo | Valor (R$) | Parcela | Vencimento | Tipo | Valor (R$) | Parcela | Vencimento | Tipo | Valor (R$) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | À vista | 457,50 | | | | | | | | |

## 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$ 457,50** **Valor líquido = R$ 457,50**

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 | | |

## 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$ 61,53 (13,45%), estadual - R$ 0,00 (0,00%), municipal - R$ 9,65 (2,11%) , com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - Fonte: IBPT

Verificar autenticidade

PAGO

11/08/2025-17:43:47 Porto Alegre

UNICRED

**Comprovante de Transferência Entre Contas** **Unicred - Internet Banking**

---

**Dados da transação**

| | |
|---|---|
| **Valor:** | R$ 457,50 |
| **Data:** | 23/07/2025 |
| **Finalidade:** | Crédito em Conta |
| **Autenticação Documento:** | 86374712565365244833831 1639 |

---

**Dados do recebedor**

| | |
|---|---|
| **Recebedor:** | CLINICA PERIN |
| **Cooperativa:** | 566 |
| **Conta para Crédito:** | 76376 |

---

**Dados do Pagador**

| | |
|---|---|
| **Cooperado:** | HOSPITAL SANTA TERESINHA |
| **Conta:** | 1524372 |
| **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

# MUNICÍPIO DE LAURO MULLER

Secretaria Municipal de Administração, Finanças e Planejamento
Setor de Tributos e Fiscalização - Rua Walter Vetterli, Nº 239 - Centro - CEP: 88.880-000 - Lauro Muller/SC Telefone: (48) 3464 3122

SDI MUNICÍPIO DE LAURO MULLER

**Nota: 2025000**
**00000027**
**Código Verificação**
6Q7S-KHCF

## NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

| Emissão (Horário de Brasília) | Período de Competência | Município de Prestação do Serviço |
|---|---|---|
| **03/07/2025 15:49:44** | **07/2025** | **Braço do Norte - SC** |

| Reg. Especial Tributação | Exigibilidade do ISS |
|---|---|
| **Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP)** | **Exigível em Lauro Müller** |

### PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social
**Rabelo Amancio Serviços Medicos Ltda**

Nome Fantasia
**Rabelo Amancio Serviços Medicos**

Email
**marlonrabello_am@hotmail.com**

| CPF/CNPJ | Inscrição Municipal | Inscrição Estadual | Simples Nacional | Incentivador Cultural | Fone/Fax |
|---|---|---|---|---|---|
| **53.027.291/0001-78** | **14977** | | **Sim** | **Não** | **(48) 8804-1088** |

Endereço
***RUA ARATAU, 601, CASA, GUATÁ (CENTRO) - CEP: 88880-000 - Lauro Müller - SC***

### TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social
**ASSOCIACAO BENEFICENTE SANTA TERESINHA**

| CPF/CNPJ | Inscrição Municipal | Inscrição Estadual | Fone/Fax | E-mail |
|---|---|---|---|---|
| **86.437.845/0001-64** | | | **(48) 3658-2244** | **sbst@matrix.bon.br** |

Endereço
***RUA JACOB BATISTA ULIANO, 1370 - CENTRO - CEP: 88750-000 - Braço do Norte - SC***

### SERVIÇO PRESTADO

**0401 - Medicina e biomedicina. CNAE: 8630503**

### DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

Serviços Prestados Referente Desfecho Hora Plantão

Valor total: R$ 105,00

DADOS BANCÁRIOS
BANCO UNICRED
AG:1408
C:565695-8
Conta Corrente

### RETENÇÕES FEDERAIS

| PIS (R$) | COFINS (R$) | INSS (R$) | IR (R$) | CSLL (R$) | Outras Retenções (R$) |
|---|---|---|---|---|---|
| **0,00** | **0,00** | **0,00** | **0,00** | **0,00** | **0,00** |

### VALORES

| Valor dos Serviços (R$) | Deduções (R$) | Desconto Incondicionado (R$) | Base de Cálculo (R$) | Alíquota (%) |
|---|---|---|---|---|
| **105,00** | **0,00** | **0,00** | ***** | **3,0000** |
| **ISS (R$)** | **ISS Retido (R$)** | **Desconto Condicionado (R$)** | **Valor Líquido (R$)** | **Valor Total da Nota (R$)** |
| ***** | ***** | **0,00** | **105,00** | **105,00** |

### OUTRAS INFORMAÇÕES

Esta NFS-e é autodeclaratória.
Optante do Simples Nacional.
Trib. aprox. R$ 14,12 Federal e R$ 2,22 Municipal. Fonte: IBPT [CAF7DD]

Visualizado em: 03/07/2025 15:49:45
Para validação desta NFSe acesse: http://lauromullersc.webiss.com.br/externo/nfse/validar
Esta NFS-e foi emitida com respaldo no Decreto nº 28 de 24 de março de 2014.

PAGO

11/08/2025-17:43:55 Porto Alegre

UNICRED

**Comprovante de Transferência Entre Contas** **Unicred - Internet Banking**

---

**Dados da transação**

| | |
|---|---|
| **Valor:** | R$ 105,00 |
| **Data:** | 23/07/2025 |
| **Finalidade:** | Crédito em Conta |
| **Autenticação Documento:** | 66774712565365244833831 1634 |

---

**Dados do recebedor**

| | |
|---|---|
| **Recebedor:** | RABELO A SERVICOS MEDICOS |
| **Cooperativa:** | 566 |
| **Conta para Crédito:** | 5656958 |

---

**Dados do Pagador**

| | |
|---|---|
| **Cooperado:** | HOSPITAL SANTA TERESINHA |
| **Conta:** | 1524372 |
| **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

# MUNICÍPIO DE ITAJAÍ

**SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA**

Rua Alberto Werner, 100, Vila Operária,
CEP: 88304-053 - ITAJAÍ/SC

## NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

RPS nº 1064 série NFSE, emitido em 03/07/2025

| | |
|---|---|
| Número e Série da NFS-e | **00000001136 / A1** |
| Data e Hora da Emissão | **03/07/2025 15:52:24** |
| Competência | **7/2025** |
| Código de Verificação | **R47N-9WQ7** |

### PRESTADOR DE SERVIÇOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| CPF/CNPJ: | **18.670.594/0001-03** | Inscrição Municipal: | **347486** |
| Nome fantasia: | **GSS - GESTAO SERVICOS A SAUDE LTDA** | | |
| Nome empresarial: | **GSS - GESTAO SERVICOS A SAUDE LTDA** | | |
| Endereço: | **OSVALDO REIS, 2470 - ANDAR 2 SALA 10 CXPST 40** | CEP: | **88306-600** |
| Bairro: | **PRAIA BRAVA** | Fone: | **48999050279** |
| Município: | **ITAJAÍ** UF: **SC** | E-mail: | **controle@gestaoservicosaude.com.br** |

### TOMADOR DE SERVIÇOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| CPF/CNPJ: | **86.437.845/0001-64** | Inscrição Municipal: | |
| Nome fantasia: | **SOCIEDADE BENEFICENTE SANTA TERESINHA** | | |
| Nome: | **ASSOCIACAO BENEFICENTE SANTA TERESINHA** | | |
| Endereço: | **R JACOB BATISTA ULIANO, 1370** | CEP: | **88750-000** |
| Bairro: | **CENTRO** | Fone: | **4836589420** |
| Município: | **BRAÇO DO NORTE** UF: **SC** | E-mail: | **CONTABILIDADE@HOSPITALSANTAT** |

### DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

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

Trib aprox R$: 8.457,29 Federal, R$: 0,00 Estadual e R$: 1.307,89 Municipal Fonte: IBPT/empresometro.com.br CAF7DD

**VALOR TOTAL DO SERVIÇO: R$ 67.000,00**

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

**FORMA DE PAGAMENTO**

Natureza de Operação:
**111 - ISS devido para outro município**

Local da prestação do serviço
**BRAÇO DO NORTE / SC - BRASIL**

| Valor Serviços | Base de Cálculo | Alíquota ISS | Valor ISS retido | Valor ISS |
|---|---|---|---|---|
| **67.000,00** | **67.000,00** | **4,00 %** | **0,00** | **2.680,00** |
| Desconto incondicional | Desconto condicional | Valor PIS | Valor COFINS | Valor INSS |
| **0,00** | **0,00** | **435,50** | **2.010,00** | **0,00** |
| Valor IR | Valor CSLL | Outras retenções | Valor deduções | **Valor líquido da NFS-e** |
| **1.005,00** | **670,00** | **0,00** | **0,00** | **62.879,50** |

### OUTRAS INFORMAÇÕES (USO EXCLUSIVO DO MUNICÍPIO)

- Consulte a autenticidade desta Nota Fiscal no portal da NFS-e de Itajaí: http://nfse.itajai.sc.gov.br/
- Documento Fiscal emitido por contribuinte NÃO optante pelo Simples Nacional

Desenvolvido por Pública

RECEBI(EMOS) DA EMPRESA: GSS - GESTAO SERVICOS A SAUDE LTDA A NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA Nº00000001136 / A1, EMITIDA EM 03/07/2025 NO VALOR DE R$ 67.000,00.

DATA DO RECEBIMENTO: ____/____/_____ ASSINATURA DO DESTINATÁRIO: _____

PAGO

11/08/2025 - 17:44:26 Porto Alegre

UNICRED

**Comprovante de Transferência Entre Contas** **Unicred - Internet Banking**

---

**Dados da transação**

| | |
|---|---|
| **Valor:** | R$ 62.879,50 |
| **Data:** | 23/07/2025 |
| **Finalidade:** | Crédito em Conta |
| **Autenticação Documento:** | 36275712565365244833831163 7 |

---

**Dados do recebedor**

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

---

**Dados do Pagador**

| | |
|---|---|
| **Cooperado:** | HOSPITAL SANTA TERESINHA |
| **Conta:** | 1524372 |
| **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 |
|---|---|
| | 84 |

Data da emissão da nota: 08/07/2025 14:30:34

Data do fato gerador: 08/07/2025 14:30:34

Código de verificação: 2I6WTTMKK

## PRESTADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia: SUELEN ORBEN SERVICOS MEDICOS

Nome/Razão social: SUELLEN ORBEN SERVIÇOS MÉDICOS LTDA

Inscrição estadual:

CPF/CNPJ: 43.369.346/0001-74 Inscrição municipal: 3670

Telefone: (48) 98438-6349

Endereço: R ALMIRANTE BARROSO Número: 790 Bairro: Centro CEP: 88802-249

Complemento: AP/E: APT 901

Celular:

Município: Criciúma UF: SC

E-mail: SUELLENORBEN@GMAIL.COM Site:

## TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia: HOSPITAL SANTA TEREZINHA

Nome/Razão social: ASSOCIAÇÃO BENEFICIENTE STA TEREZINHA

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

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

Complemento:

Município: Braço do Norte UF: SC

E-mail: financeiro@hospitalsantateresinha.org.br Telefone: (48) 3658-2244 Celular:

## DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

| | Valor unitário | Qtd | Valor do serviço | Base de cálculo (%) | ISS |
|---|---|---|---|---|---|
| SERVIÇOS MÉDICOS EM PRONTO SOCORRO CONFORME RELATÓRIO 7486 DESFECHO HORA PLANTÃO PS 06/2025 . | 720,0000 | 1,0000 | 720,0000 | 720,00x2,01 = | 14,47 |

## Forma de Pagamento

| Parcela | Vencimento | Tipo | Valor (R$) | Parcela | Vencimento | Tipo | Valor (R$) | Parcela | Vencimento | Tipo | Valor (R$) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | À vista | 720,00 | | | | | | | | |

## 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$ 720,00** **Valor líquido = R$ 720,00**

Códigos dos serviços:

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

| Desc. condicionado(R$) | Desc. incondicionado(R$) | Deduções(R$) | Base de cálculo(R$) | Valor ISS(R$) |
|---|---|---|---|---|
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 720,00 | 14,47 |

## 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.

Valor aproximado do tributo federal - R$ 96,84 (13,45%), estadual - R$ 0,00 (0,00%), municipal - R$ 14,98 (2,08%) , com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - Fonte: IBPT

Verificar autenticidade

PAGO

11/08/2025-17:44:39 Porto Alegre

UNICRED

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

---

**Dados da transação**

| | |
|---|---|
| **Valor:** | R$ 720,00 |
| **Data:** | 23/07/2025 |
| **Finalidade:** | Crédito em Conta |
| **Autenticação Documento:** | 20250723154404540 |

---

**Dados do recebedor**

| | |
|---|---|
| **Recebedor:** | SUELLEN ORBEN SERVICOS MEDICOS |
| **CNPJ/CPF:** | 43.369.346/0001-74 |
| **Instituição FInanceira:** | 260 - NU PAGAMENTOS - IP |
| **Agência:** | 1 |
| **Conta:** | 211248901 |
| **Tipo de Conta:** | Conta Corrente |

---

**Dados do Pagador**

| | |
|---|---|
| **Cooperado:** | HOSPITAL SANTA TERESINHA |
| **Conta:** | 1524372 |
| **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,
CENTRO - FLORIANOPOLIS - SC - 88015100
CNPJ: 58348580000192
CMC: 8251884

**DANFPS-E**

**Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Prestação de Serviços Eletrônica**
**Numero: 16**
**Autorização: 5674322**
**Emissão: 2025-07-22T00:00:00-03:00**
**Código de Verificação: BA6D2DCD5370DB08**
**Cancelamento:**

**Dados do Tomador**

| NOME/RAZÃO SOCIAL | | | | CFPS |
|---|---|---|---|---|
| ASSOCIACAO BENEFICENTE SANTA TERESINHA | | | | 9202 |
| ENDEREÇO | | BAIRRO/DISTRIT | | CEP |
| RUA JACOB BATISTA ULIANO, 1370, | | CENTRO | | 88750000 |
| MUNICÍPIO | UF | País | CPF/CNPJ/Outros | CMC |
| Braço do Norte | SC | BRASIL | 86437845000164 | |

**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)<br>PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS.<br><br>Serviços prestados pelos sócios no exercício de profissão regulamentada por legislação federal, dispensados da retenção de INSS, conforme previsto na IN RFB nº 2110, artigo 115, inciso III, parágrafos 2º e 3º.<br><br>EMPRESA OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL<br><br>DESFECHO HORA PLANTÃO PRONTO SOCORRO 06/2025<br>Banco: 336 - Banco C6 S.A. Agência: 0001<br>Conta corrente: 35778271-2<br>CNPJ: 58.348.580/0001-92<br>Nome: DCB SERVICOS MEDICOS<br>Chave Pix: 58.348.580/0001-92 | 1 | 0.0 | R$ 1237.50 | 1 | R$ 1237.50 |

**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 | R$ 0 | R$ 0.00 | R$ 0.00 | R$ 1237.50 |

**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: BA6D2DCD5370DB08 E O NÚMERO DE INSCRIÇÃO DO EMITENTE NO CADASTRO MUNICIPAL DE CONTRIBUINTES - CMC: 8251884 |

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica gerada pela API Focus NFe. https://focusnfe.com.br

PAGO

LANÇADO

11/08/2025-17:44:48 Porto Alegre

UNICRED

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

---

**Dados da transação**

| | |
|---|---|
| **Valor:** | R$ 1.237,50 |
| **Data:** | 23/07/2025 |
| **Finalidade:** | Crédito em Conta |
| **Autenticação Documento:** | 20250723154404749 |

---

**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:** | 1524372 |
| **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 disponiveis. 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 |
|---|---|
| | 77 |

Data da emissão da nota: 09/07/2025 19:14:49

Data do fato gerador: 09/07/2025 19:14:49

Código de verificação: 8CXGA1SYN

## 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 : 7464<br>06-2025<br>PELO - Dr. CHRISTIAN DAMAS<br>CRM nº 36527/SC . | 1.470,0000 | 1,0000 | 1.470,0000 | 1.470,00x2,01 = | 29,55 |

## Forma de Pagamento

| Parcela | Vencimento | Tipo | Valor (R$) | Parcela | Vencimento | Tipo | Valor (R$) | Parcela | Vencimento | Tipo | Valor (R$) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | À vista | 1.470,00 | | | | | | | | |

## 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$ 1.470,00** | **Valor liquido = R$ 1.470,00**

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 | 1.470,00 | 29,55 |

## 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.

Valor aproximado do tributo federal - R$ 197,72 (13,45%), estadual - R$ 0,00 (0,00%), municipal - R$ 31,02 (2,11%) , com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - Fonte: IBPT

Verificar autenticidade

PAGO

LANÇADO

11/08/2025-17:44:59 Porto Alegre

UNICRED

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

---

**Dados da transação**

| | |
|---|---|
| **Valor:** | R$ 1.470,00 |
| **Data:** | 23/07/2025 |
| **Finalidade:** | Crédito em Conta |
| **Autenticação Documento:** | 20250723154404944 |

---

**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:** | 1524372 |
| **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 MUNICIPAL DA FAZENDA

NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e

| Número do RPS | Número da nota |
|---|---|
| | 29 |

Data da emissão da nota: 22/07/2025 17:36:46

Data do fato gerador: 22/07/2025 17:35:23

Código de verificação: ODTWPGPLA

## PRESTADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia:

Nome/Razão social: JGAM SERVICOS MEDICOS LTDA

Inscrição estadual:

CPF/CNPJ: 59.051.554/0001-60 Inscrição municipal: 101103915

Telefone:

Endereço: BORTOLO PAVAN Número: 498 Bairro: Santa Augusta CEP: 88805-245

Complemento: BLOCO:02;APT:302

Celular: (17) 99623-2190

Município: Criciúma UF:SC

E-mail: TIMEMEDCO@GMAIL.COM Site:

## TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia: SCOCIED BENEFICIENTE STA TEREZINHA

Nome/Razão social: SCOCIED BENEFICIENTE STA TEREZINHA

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

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

Complemento: RUA JACOB BATISTA ULIANO

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 |
|---|---|---|---|---|---|
| Junho/2025<br>Plantão Médico<br>João Gabriel Alves Moreira<br>39857 | 1.485,0000 | 1,0000 | 1.485,0000 | 1.485,00x2,01 = | 0,00 |

## FORMA DE PAGAMENTO

| Parcela | Vencimento | Tipo | Valor (R$) |
|---|---|---|---|
| 1 | | À vista | R$ 1.485,00 |

## 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$ 1.485,00** | **Valor líquido = R$ 1.485,00** | **Crédito tributário = R$ 0,00**

Códigos dos serviços:

04.01 - Medicina e biomedicina.

CNAE:

PAGO

| Desc. condicionado(R$) | Desc. incondicionado(R$) | Deduções(R$) | Base de cálculo(R$) | Valor ISS(R$) |
|---|---|---|---|---|
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 1.485,00 | 0,00 |

## OUTRAS INFORMAÇÕES

Natureza da operação: Tributação no Município
Situação tributária do ISSQN: Normal
Local da prestação do serviço: Araranguá

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$ 0,00 (0,00%), estadual - R$ 0,00 (0,00%), municipal - R$ 0,00 (0,00%) , com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - Fonte: IBPT

Verificar autenticidade

PAGO

11/08/2025-17:45:15 Porto Alegre

UNICRED

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

---

**Dados da transação**

| | |
|---|---|
| **Valor:** | R$ 1.485,00 |
| **Data:** | 23/07/2025 |
| **Finalidade:** | Crédito em Conta |
| **Autenticação Documento:** | 20250723154405152 |

---

**Dados do recebedor**

| | |
|---|---|
| **Recebedor:** | JGAM SERVICOS MEDICOS LTDA |
| **CNPJ/CPF:** | 59.051.554/0001-60 |
| **Instituição FInanceira:** | 336 - BCO C6 S.A. |
| **Agência:** | 1 |
| **Conta:** | 376647507 |
| **Tipo de Conta:** | Conta Corrente |

---

**Dados do Pagador**

| | |
|---|---|
| **Cooperado:** | HOSPITAL SANTA TERESINHA |
| **Conta:** | 1524372 |
| **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 |
|---|---|---|---|
| 0000301 | | 03/07/2025 17:49:29 | 03/07/2025 |

## 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 PRONTO SOCORRO 06/2025 - Dr Wanderley | 2.430,00 | 2.430,00 |

OBSERVAÇÕES

TOTAL GERAL: 2.430,00

| | IMPOSTOS FEDERAIS | | | | | IMPOSTOS MUNICIPAIS | | | VALOR LÍQUIDO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| RETIDO | INSS | PIS/PASEP | COFINS | IR | CSLL | ALÍQUOTA ISS | BASE DE CÁLCULO | TOTAL ISS | |
| NÃO | 0,00 | 15,80 | 72,90 | 36,45 | 24,30 | 3,0000 % | 2.430,00 | 72,90 | 2.280,55 |

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$ 326,84 (13.45%) |

ESTE DOCUMENTO PODE SER VALIDADO NO SITE **www.prefeituramoderna.com.br**
**CÓDIGO DE VALIDAÇÃO - 7474045db014b5606a84c2dc344a5693**
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 **0000301.**

_____/_____/_____
Data do Recebimento

Identificação e assinatura do recebedor

NÚMERO NOTA FISCAL: 0000301

BAUHAUS SISTEMAS ®

PAGO

11/08/2025 17:45:28 Porto Alegre

UNICRED

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

---

**Dados da transação**

| | |
|---|---|
| **Valor:** | R$ 2.280,55 |
| **Data:** | 23/07/2025 |
| **Finalidade:** | Crédito em Conta |
| **Autenticação Documento:** | 20250723154405370 |

---

**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:** | 1524372 |
| **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 disponiveis. 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

**CALEGARI CLINICA MEDICA LTDA**
**CNPJ:** 47.798.893/0001-26
RUA ENG. ANNES GUALBERTO, 517 - casa
CEP: 88735-000 - Bairro: CENTRO
Município: GRAVATAL - SC
Celular: (48) 96268061
Email: fernandaocalegari@gmail.com
**Insc. Municipal:** 151119

Número da NFS-e
**69**

Situação
**Emitido**

# Nota Fiscal de Serviço Eletrônica - Série NFS-e

**PREFEITURA MUNICIPAL DE GRAVATAL**
**SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS**
NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e

Autenticidade
**0181210002162700**

| Data Emissão | Hora Emissão |
|---|---|
| **09/07/2025** | **08:41:30** |

## TOMADOR DO SERVIÇO

| Razão Social | | CPF/CNPJ |
|---|---|---|
| ASSOCIAÇÃO BENEFICIENTE SANTA TERESINHA | | 86.437.845/0001-64 |
| **Endereço** | **Número** | **Complemento** |
| JACOB BATISTA ULIANO | 1370 | |
| **Bairro** | **CEP** | **Cidade - Estado** |
| CENTRO | 88730-000 | BRACO DO NORTE - SC |

## DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS

| Serviço | Quant. | Unid. | Vlr. Unid. | Local Prest. | Alíquota | Sit. Trib. | Vlr. Trib. | Dedução | Vlr. ISSRF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **403** | 1,00 | Qde | 3.907,5000 | 8053 | 2.5000 % | TI | 3.907,50 | 0,00 | 0,00 |

**Descrição do Serviço:**
Serviço médico referente desfecho hora plantão PS 06/2025
Profissional: FERNANDA OENNING CALEGARI
Conta para Recebimento Agência: 3078 / Conta corrente: 33421-9 / Código banco: 756

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **403** | 1,00 | Qde | 200,0000 | 8053 | 2.3962 % | TI | 200,00 | 0,00 | 0,00 |

**Descrição do Serviço:**
Particular I
Profissional: FERNANDA OENNING CALEGARI Conta para Recebimento Agência: 3078 / Conta corrente: 33421-9 / Código banco: 756

| Base de Cálculo | Valor ISSQN | Valor ISSRF | Desconto | **Valor Total** | **Valor Líquido** |
|---|---|---|---|---|---|
| 4.107,50 | **SIMPLES NACIONAL** | 0,00 | 0,00 | **4.107,50** | **4.107,50** |

| IR | INSS | CSLL | COFINS | PIS | Retenção para a Previdência Social |
|---|---|---|---|---|---|
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

Descrição dos subitens da lista de serviço em acordo com Lei Complementar 116/03
403 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.

Legenda do local da prestação do serviço
8053 - BRACO DO NORTE - SC

Outras Informações

TI - Tributada Integralmente.

Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional.
Não gera direito a crédito fiscal de IPI

(403) Serviço Tributado no município do prestador.

Autorização para emissão de Nota Fiscal de Serviço Eletrônica: 80/2022 de 15/09/2022.

A data de vencimento do ISS quando o mesmo for devido no município do Prestador: 15/08/2025.

A veracidade das informações declaradas na NFs-e podem ser consultadas no site: sc.nfs-e.net .

Valor aproximado dos tributos: Federais R$ 552,46 (13.4500%), Estaduais R$ 0,00 (0.0000%), Municipais R$ 140,48 (3.4200%), com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - Fonte: IBPT.

Usuário responsável pela emissão: 47.798.893/0001-26 - CALEGARI CLINICA MEDICA LTDA

PAGO

Software FiscalWeb - IPM Sistemas - Protegido por Lei.

Documento seguro, emitido com gravação automática no servidor de banco de dados do Município

11/08/2025 17:45:55 Porto Alegre

UNICRED

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

---

**Dados da transação**

| | |
|---|---|
| **Valor:** | R$ 4.107,50 |
| **Data:** | 23/07/2025 |
| **Finalidade:** | Crédito em Conta |
| **Autenticação Documento:** | 20250723154405572 |

---

**Dados do recebedor**

| | |
|---|---|
| **Recebedor:** | CALEGARI CLINICA MEDICA LTDA |
| **CNPJ/CPF:** | 47.798.893/0001-26 |
| **Instituição FInanceira:** | 756 - BANCO SICOOB S.A. |
| **Agência:** | 3078 |
| **Conta:** | 334219 |
| **Tipo de Conta:** | Conta Corrente |

---

**Dados do Pagador**

| | |
|---|---|
| **Cooperado:** | HOSPITAL SANTA TERESINHA |
| **Conta:** | 1524372 |
| **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 disponiveis. 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 |
|---|---|---|---|
| 0000302 | | 03/07/2025 17:50:54 | 03/07/2025 |

## 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 | HORA PLANTÃO PRONTO SOCORRO 06/2025 - 121:30 HORAS - Dr Wanderley | 13.972,51 | 13.972,51 |

OBSERVAÇÕES

TOTAL GERAL: 13.972,51

| | IMPOSTOS FEDERAIS | | | | | IMPOSTOS MUNICIPAIS | | | VALOR LÍQUIDO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| RETIDO | INSS | PIS/PASEP | COFINS | IR | CSLL | ALÍQUOTA ISS | BASE DE CÁLCULO | TOTAL ISS | |
| NÃO | 0,00 | 90,82 | 419,18 | 209,59 | 139,73 | 3,0000 % | 13.972,51 | 419,18 | 13.113,19 |

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$ 1.879,30 (13.45%) |

ESTE DOCUMENTO PODE SER VALIDADO NO SITE **www.prefeituramoderna.com.br**
**CÓDIGO DE VALIDAÇÃO - 7d146aef69a29016245ae58f6d1806e7**
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 **0000302.**

NÚMERO NOTA FISCAL: 0000302

____/____/____
Data do Recebimento

Identificação e assinatura do recebedor

PAGO

BAUHAUS SISTEMAS ®

11/08/2025 17:46:03 Porto Alegre

UNICRED

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

---

**Dados da transação**

| | |
|---|---|
| **Valor:** | R$ 13.113,19 |
| **Data:** | 23/07/2025 |
| **Finalidade:** | Crédito em Conta |
| **Autenticação Documento:** | 20250723154405753 |

---

**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:** | 1524372 |
| **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 |
|---|---|
| | 21 |

Data da emissão da nota: 18/07/2025 08:46:08

Data do fato gerador: 18/07/2025 08:46:08

Código de verificação: YY1SUCNTR

## 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 |
|---|---|---|---|---|---|
| Hora plantão pronto socorro 06/2025 - 136 horas<br>Banco(número): 0260<br>Agência: 0001<br>Conta corrente: 207386485 . | 15.640,0000 | 1,0000 | 15.640,0000 | 15.640,00x2,00 = | 0,00 |

## Forma de Pagamento

| Parcela | Vencimento | Tipo | Valor (R$) | Parcela | Vencimento | Tipo | Valor (R$) | Parcela | Vencimento | Tipo | Valor (R$) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | À vista | 15.640,00 | | | | | | | | |

## 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$ 15.640,00** | **Valor líquido = R$ 15.640,00**

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 | 15.640,00 | 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$ 2.103,58 (13,45%), estadual - R$ 0,00 (0,00%), municipal - R$ 330,00 (2,11%) , com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - Fonte: IBPT

Verificar autenticidade

PAGO

LANÇADO

11/08/2025 17:46:16 Porto Alegre

UNICRED

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

---

**Dados da transação**

| | |
|---|---|
| **Valor:** | R$ 15.640,00 |
| **Data:** | 23/07/2025 |
| **Finalidade:** | Crédito em Conta |
| **Autenticação Documento:** | 20250723154406078 |

---

**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:** | 1524372 |
| **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

| | | |
|---|---|---|
| **CLINICA MEDICA NEU LTDA**<br>**CNPJ:** 44.930.125/0001-96<br>JOÃO MARQUES VIEIRA - , 930<br>CEP: 89.580-000 - Bairro: CENTRO<br>Município: FRAIBURGO - SANTA CATARINA<br><br>**Insc. Municipal:** 3073 **Insc. Estadual:** | Número da NFS-e<br>**149**<br>Situação<br>**Emitida**<br>Tipo<br>**Preenchido** | Autenticidade |

# Nota Fiscal de Serviço Eletrônica - Série NFS-E

**ESTADO DE SANTA CATARINA**
**PREFEITURA MUNICIPAL DE FRAIBURGO**
SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO E FAZENDA

**Identificador**
8107 1507 2515 3746 8804 4930 1252 0250 7739 4501

| Data Fato Gerador | Data/Hora Emissão |
|---|---|
| **15/07/2025** | **15/07/2025 15:37** |

## TOMADOR DO SERVIÇO

| Nome/Razão Social | | CPF/CNPJ |
|---|---|---|
| ASSOCIACAO BENEFICENTE SANTA TERESINHA | | 86.437.845/0001-64 |
| **Endereço**<br>JACOB BATISTA ULIANO | **Número**<br>1370 | **Complemento**<br>NÃO INFORMADO |
| **Bairro**<br>CENTRO | **CEP**<br>88750000 | **Cidade - Estado**<br>Braço do Norte - SC |

## DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS

| Serviço | Local Prestação | Alíquota | Situação Trib. | Unidade | Quantidade | Valor Unitário | Valor Serviço | Desc. Incondic. | Valor Dedução | Valor ISS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 403 | 8107 | 2% | TI | HRS | 1 | 105,00 | 105,00 | 0,00 | 0,00 | 2,10 |

**Descrição do Serviço:**
DESFECHO HORA PLANTÃO PRONTO SOCORRO

| Valor Total | Desc. Incondicional | Dedução | Base de Cálculo | ISSQN |
|---|---|---|---|---|
| 105,00 | 0,00 | 0,00 | 105,00 | 2,10 |
| **ISSRF** | **IR** | **INSS** | **CSLL** | **COFINS** |
| 0,00 | 1,58 | 0,00 | 1,05 | 3,15 |
| **PIS** | **Outras Retenções** | **Total Trib. Federais** | **Desc. Condicional** | **Valor Líquido** |
| 0,68 | 0,00 | 6,46 | 0,00 | 98,54 |

Descrição dos subitens da Lista de Serviço em acordo com a Lei Complementar 116/03

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

Legenda do Local de Prestação do Serviço

8107 Fraiburgo

Outras Informações

TI - Tributada Integralmente

(403) Serviço tributado no município do prestador

Contribuinte enquadrado como Homologado de ISS ou ISS em regime estimado/fixo

Autorização para emissão de Nota Fiscal de Serviço Eletrônica: 834/2022 de 18/04/2022 00:00:00

A veracidade das informações declaradas na NFS-e podem ser consultadas no site:
https://fraiburgo.atende.net/autoatendimento/servicos/consulta-de-autenticidade-de-nota-fiscal-eletronica-nfs-e

A data de vencimento do ISS quando o mesmo for devido no município do Prestador: 29/08/2025

Valor aproximado dos tributos: Federais R$14,12 (13,45%), Estaduais R$0,00 (0,00%), Municipais R$2,18 (2,08%), com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - FONTE IBPT

Observações: Dados para pagamento: Banco: Banco Inter Agencia: 1 CC: 19131683-0

LANÇADO

PAGO

11/08/2025 - 17:46:48 Porto Alegre

UNICRED

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

---

**Dados da transação**

| | |
|---|---|
| **Valor:** | R$ 98,54 |
| **Data:** | 23/07/2025 |
| **Finalidade:** | Crédito em Conta |
| **Autenticação Documento:** | 20250723154406273 |

---

**Dados do recebedor**

| | |
|---|---|
| **Recebedor:** | CLINICA MEDICA NEU LTDA |
| **CNPJ/CPF:** | 44.930.125/0001-96 |
| **Instituição FInanceira:** | 77 - BANCO INTER |
| **Agência:** | 1 |
| **Conta:** | 191316830 |
| **Tipo de Conta:** | Conta Corrente |

---

**Dados do Pagador**

| | |
|---|---|
| **Cooperado:** | HOSPITAL SANTA TERESINHA |
| **Conta:** | 1524372 |
| **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 |
|---|---|---|---|
| 0000300 | | 03/07/2025 17:47:58 | 03/07/2025 |

## 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 PRONTO SOCORRO 06/2025 - Dr Vitor | 105,00 | 105,00 |

OBSERVAÇÕES

TOTAL GERAL: 105,00

| | IMPOSTOS FEDERAIS | | | | | IMPOSTOS MUNICIPAIS | | | VALOR LÍQUIDO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| RETIDO | INSS | PIS/PASEP | COFINS | IR | CSLL | ALÍQUOTA ISS | BASE DE CÁLCULO | TOTAL ISS | |
| NÃO | 0,00 | 0,68 | 3,15 | 1,58 | 1,05 | 3,0000 % | 105,00 | 3,15 | 98,54 |

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$ 14,12 (13.45%) |

ESTE DOCUMENTO PODE SER VALIDADO NO SITE **www.prefeituramoderna.com.br**
**CÓDIGO DE VALIDAÇÃO - 96e75712ca6936ecdac3ce0646d386cb**
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 **0000300**.

PAGO

____/____/____
Data do Recebimento

Identificação e assinatura do recebedor

NÚMERO NOTA FISCAL: **0000300**

BAUHAUS SISTEMAS ®

11/08/2025-17:46:57 Porto Alegre

UNICRED

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

---

**Dados da transação**

| | |
|---|---|
| **Valor:** | R$ 98,54 |
| **Data:** | 23/07/2025 |
| **Finalidade:** | Crédito em Conta |
| **Autenticação Documento:** | 20250723154406464 |

---

**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:** | 1524372 |
| **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 disponiveis. 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

C

11/08/2025 18:05:35

UNICRED CENTRO-SUL

Comprovante de Transferência entre Contas

Conta: 1524364 Usuário: PEDRO
Cooperado: HOSPITAL SANTA TERESINHA

---

| | |
|---|---|
| Conta Débito: | 1524364 |
| Creditado: | HOSPITAL SANTA TERESINHA |
| Cooperativa: | 566 |
| Conta Crédito: | 1524372 |
| Finalidade: | Crédito em Conta |
| Data: | 31/07/2025 |
| Valor: | R$ 53,75 |

---

Autenticação Documento:
86878712462385242745831 1639

---

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

# PROSAUDE

**PROSAUDE DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS LTDA**

RUA ISRAEL - E, 2345 - PASSO DOS FORTES
CHAPECO - SC
CEP: 89805-730 FONE: (49) 3324-5585
Alvará: 39139-5 AFE: 1.21.467-4 AE: 1.05.115-9

**DOCUMENTO AUXILIAR DE NOTA FISCAL ELETRÔNICA**

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA **1**

**Nº 40705**

SÉRIE: 1

FOLHA 1 / 1

CHAVE DE ACESSO
4225 0785 2473 8500 0149 5500 1000 0407 0510 1455 9820

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora.

| NATUREZA DA OPERAÇÃO | PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO |
|---|---|
| VENDA DE MERCADORIA ADQUIRIDA DE TERCEIRO | 242250250465596 |

| INSCRIÇÃO ESTADUAL | INSCRIÇÃO ESTADUAL DE SUBST. | CNPJ / CPF |
|---|---|---|
| 252357876 | | 85.247.385/0001-49 |

**DESTINATÁRIO / REMETENTE**

| NOME / RAZÃO SOCIAL | CNPJ / CPF | DATA EMISSÃO |
|---|---|---|
| ASSOCIACAO BENEFICENTE SANTA TERESINHA | 86.437.845/0001-64 | 03/07/2025 |

| ENDEREÇO | BAIRRO / DISTRITO | DATA ENTR. / SAÍDA |
|---|---|---|
| RUA JACOB BATISTA ULIANO, 1370 HOSPITAL | CENTRO | |

| MUNICÍPIO | CEP | FONE / FAX | UF | INSCRIÇÃO ESTADUAL | HORA ENTR. / SAÍDA |
|---|---|---|---|---|---|
| BRACO DO NORTE | 88750-000 | (48) 3658-2244 | SC | | |

**ENDEREÇO DE ENTREGA**

| CNPJ | LOGRADOURO | NÚMERO | BAIRRO / DISTRITO |
|---|---|---|---|
| 86437845000164 | RUA JACOB BATISTA ULIANO | 1370 | CENTRO |

| MUNICÍPIO | UF | CEP | FONE | COMPLEMENTO |
|---|---|---|---|---|
| BRACO DO NORTE | SC | 88750-000 | (48) 3658-2244 | HOSPITAL |

**FATURA / DUPLICATA**

BOLETO - 40705 - 27/07/2025 - 788,20 BOLETO - 40705 - 09/08/2025 - 788,10 BOLETO - 40705 - 16/08/2025 - 788,10

**CALCULO DO IMPOSTO**

| BASE DE CALCULO DO ICMS | VALOR DO ICMS | BASE DE CALCULO DO ICMS SUBST. | VALOR DO ICMS SUBST. | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS |
|---|---|---|---|---|
| R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 2.364,40 |

| VALOR DO FRETE | VALOR DO SEGURO | DESCONTO | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS | VALOR TOTAL DO IPI | VALOR TOTAL DA NOTA |
|---|---|---|---|---|---|
| R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 2.364,40 |

**TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS**

| NOME / RAZÃO SOCIAL | FRETE POR CONTA | CÓDIGO ANTT | PLACA DO VEICULO | UF | CNPJ / CPF |
|---|---|---|---|---|---|
| PEGORARRO TRANSPORTES E SOLUÇÕES LTDA | 0-EMITENTE | | | | 57.554.782/0001-28 |

| ENDEREÇO | MUNICÍPIO | UF | INSCRIÇÃO ESTADUAL |
|---|---|---|---|
| R CORONEL VIDAL RAMOS | Curitibanos | SC | 263191621 |

| QUANTIDADE | ESPÉCIE | MARCA | NUMERAÇÃO | PESO BRUTO | PESO LIQUIDO |
|---|---|---|---|---|---|
| 0 | | | | 0,0000 | 0,0000 |

**DADOS DO PRODUTOS / SERVIÇOS**

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS | NCM/SH | CST | CFOP | UNID | QUANT. | VALOR UNITÁRIO | VALOR TOTAL | BASE Cálculo | VALOR ICMS | VALOR IPI | ALIQUOTA ICMS | ALIQUOTA IPI % |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 17867 | RINGER COM LACTATO SODIO 500 ML BOLSA JP INDUSTRIA FARMACEUTICA SA<br>PM: 0.00<br>Reg. MS: 1049100610135 Vigente<br>Cod. EAN13: 7896137600236 | 30049099 | 040 | 5102 | UN | 220 | 5,300000 | 1.166,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| | Lote: 1969 25 Fab: 04/06/2025 Val: 04/06/2027 Qtde. Lote: 220.000 | | | | | | | | | | | | |
| 18487 | SORO FISIOLOGICO 09 SIST FECHADO 50 ML FRASCO EQUIPLEX<br>PM: 0.00<br>Reg. MS: 1177200010387 Vigente<br>Cod. EAN13: 7898007677140 | 30049099 | 040 | 5102 | UN | 350 | 2,800000 | 980,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| | Lote: 2512554 Fab: 28/04/2025 Val: 27/04/2027 Qtde. Lote: 350.000 | | | | | | | | | | | | |
| 17599 | GLICOFISIOLOGICO SIST FECHADO 1000 ML BOLSA JP INDUSTRIA FARMACEUTICA SA<br>PM: 0.00<br>Reg. MS: 1049100190136 Vigente<br>Cod. EAN13: 7896137650316 | 30049099 | 040 | 5102 | UN | 30 | 7,280000 | 218,40 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| | Lote: 1638 25 Fab: 10/05/2025 Val: 10/05/2027 Qtde. Lote: 30.000 | | | | | | | | | | | | |

COTAÇÃO BIONEXO
As.

Valter F. dos Anjos
Farmacêutico
CRF/SC 17.476
Hospital Santa Teresinha

09.07.25 Jus.
Farmácia
Form.
Rio Saúde
Autorizador
Luciano E. Sombric
Gerente de Serviços
Hospital Santa Teresinha
As.

**CALCULO DO ISSQN**

| INSCRIÇÃO MUNICIPAL | VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS | BASE DE CALCULO DO ISSQN | VALOR DO ISSQN |
|---|---|---|---|
| | | | |

**DADOS ADICIONAIS**

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**
BANCO DO BRASIL AG 3004-X CC 34497-4. BANCO SICOOB (756) AG 3069 CC 125244-5. UNICRED (136) AG 1601 CC 113.828-6. PIX 85247385000149.. ICMS ISENTO, ART. 2, XLIX, ANEXO 2 DO RICMS/SC. VALOR ADICIONAL R$ 484,27. OPERACAO ISENTA DE ICMS CONFORME CONVENIOS CONFAZ 140/01 E 87/02. PIS E COFINS TRIBUTADOS COM ALIQUOTA ZERO DEVIDO TRIBUTACAO MONOFASICA CFME LEI 10147/2000. CODIGO DA RECEITA 8767.. VAL APROX DOS TRIBUTOS R$ 0 (0.00%) FONTE IBPT. COTACAO BIONEXO ID 395543767. NUMERO COTACAO:28099..

**RESERVADO AO FISCO**

01/08/2025 09:47:57 Porto Alegre

UNICRED

**Comprovante de Pagamento de Titulo**

UNICREDNET

---

**Dados da transação**

| | |
|---|---|
| Linha digitável: | 13691601040011382860200000406579511680000078810 |
| ID do Documento: | 85.247.385/0001-49 - |
| Instituicao Emissora: | UNICRED DO BRASIL |
| Data de Vencimento: | 09/08/2025 |
| Data de Pagamento: | 01/08/2025 |
| Valor Nominal: | R$ 788,10 |
| Encargos: | R$ 0,00 |
| Descontos: | R$ 0,00 |
| Autenticacao Documento: | 46177742865305142813931163 0 |
| Abatimento: | R$ 0,00 |
| Valor Pago: | R$ 788,10 |

---

**Dados do beneficiário**

| | |
|---|---|
| Nome Fantasia: | |
| Razao Social: | PROSAUDE DISTRIBUIDORA DE |
| CNPJ/CPF: | 85.247.385/0001-49 |

---

**Dados do Pagador**

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

---

**Pagador Final**

| | |
|---|---|
| CNPJ/CPF: | 86.437.845/0001-64 |

---

Cooperado Unicred, utilize o Debito Automatico 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

Identificação do emitente

**MCW PRODUTOS MEDICOS E HOSPITALARES LTDA**

ROD RSC 287
Nº: -- KM 109+500, S/N
INDUSTRIAL
VERA CRUZ - RS
CEP: 96880-000

# DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]

Nº: 661244
SÉRIE: 1
FOLHA: 1/ 2

CHAVE DE ACESSO
4325 0794 3894 0000 0184 5500 1000 6612 4410 0257 5730

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora

| NATUREZA DA OPERAÇÃO | PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO |
|---|---|
| VENDA DE MERCADORIA ADQUIRIDA OU RECEBIDA DE | 243250198570885 03/07/2025 16:46:59 |

| INSCRIÇÃO ESTADUAL | INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO | CNPJ |
|---|---|---|
| 1560029886 | 262012456 | 94.389.400/0001-84 |

**DESTINATÁRIO/ REMETENTE**

| NOME/ RAZÃO SOCIAL | CNPJ/CPF | DATA DA EMISSÃO |
|---|---|---|
| ASSOCIACAO BENEFICIENTE SANTA TERESINHA | 86.437.845/0001-64 | 03/07/2025 |

| ENDEREÇO | BAIRRO | CEP | DATA DA ENTRADA/SAÍDA |
|---|---|---|---|
| R: JACOB BATISTA ULIANO, 1370 | CENTRO | 88750-000 | 03/07/2025 |

| MUNICÍPIO | FONE/ FAX | UF | INSCRIÇÃO ESTADUAL | HORA DA ENTRADA/SAÍDA |
|---|---|---|---|---|
| BRACO DO NORTE | | SC | | 16:46 |

**INFORMAÇÕES DO LOCAL DE ENTREGA**

| NOME/ RAZÃO SOCIAL | CNPJ/CPF | INSCRIÇÃO ESTADUAL |
|---|---|---|
| ASSOCIACAO BENEFICIENTE SANTA TERESINHA | 86.437.845/0001-64 | |

| ENDEREÇO | BAIRRO | CEP |
|---|---|---|
| R: JACOB BATISTA ULIANO, Nº: 1370 | CENTRO | 88750-000 |

| MUNICÍPIO | UF | FONE/ FAX |
|---|---|---|
| 4202800 - BRACO DO NORTE | SC | |

**FATURA/ DUPLICATA**

| FORMA DE PAGAMENTO | NÚMERO DA FATURA | VALOR ORIGINAL | VALOR DE DESCONTO | VALOR LÍQUIDO |
|---|---|---|---|---|
| Pagamento a prazo | 661244 | 898,41 | 0,0 | 898,41 |

| NÚMERO ORDEM | VENCIMENTO | VALOR | NÚMERO ORDEM | VENCIMENTO | VALOR | NÚMERO ORDEM | VENCIMENTO | VALOR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 001 | 31/07/2025 | 449,20 | 002 | 07/08/2025 | 449,21 | | | |

**CÁLCULO DO IMPOSTO**

| BASE DE CÁLCULO DO ICMS | VALOR DO ICMS | BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST | VALOR DO ICMS ST | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS |
|---|---|---|---|---|
| 556,97 | 66,84 | 0,00 | 0,00 | 898,41 |

| VALOR DO FRETE | VALOR DO SEGURO | DESCONTO | OUTRAS DESPESAS | VALOR TOTAL DO IPI | VALOR TOTAL DA NOTA |
|---|---|---|---|---|---|
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 898,41 |

**TRANSPORTADOR/ VOLUMES TRANSPORTADOS**

| NOME/ RAZÃO SOCIAL | FRETE POR CONTA | CÓDIGO ANTT | PLACA DO VEÍCULO | UF | CNPJ/ CPF |
|---|---|---|---|---|---|
| 1- EXPRESSO SAO MIGUEL - CHAPECO | 0 - Contratação do Frete por conta do Remetente (CIF) | | | | 00.428.307/0001-98 |

| ENDEREÇO | MUNICÍPIO | UF | INSCRIÇÃO ESTADUAL |
|---|---|---|---|
| ACESSO LC. PLINIO ARLINDO DE NES | CHAPECO | SC | 252936787 |

| QUANTIDADE | ESPÉCIE | MARCA | NÚMERO | PESO BRUTO | PESO LÍQUIDO |
|---|---|---|---|---|---|
| 12 | | | | 69,603 | 69,603 |

**DADOS DOS PRODUTOS/ SERVIÇOS**

| CODPROD | DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/ SERVIÇOS | NCM/ SH | CST | CFOP | UNID. | QUANT. | VALOR UNIT. | VALOR TOTAL | VALOR DESC. | B.CALC ICMS | VALOR ICMS | VALOR ST | B.CALC ST | VALOR IPI | ALÍQUOTAS ICMS | ALÍQUOTAS IPI |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1925 | ALCOOL 70% ETILICO 1000ML SUPERVALE VERDE C: 1170 D: 3 E: ETANOL (ALCOOL ETILICO) LOTE: ALC70-729/25 QTD: 48,000 VALID: 03/06/2027 FABRICACAO:03/06/2025 | 22072019 | 000 | 6108 | FR | 48,0000 | 5,1000 | 244,80 | 0,00 | 244,80 | 29,38 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 12,00 | 0,00 |
| 6119 | ALGODAO 500 GR MELHOR MED LOTE: 12330 QTD: 20,000 VALID: 04/03/2030 FABRICACAO:05/03/2025 | 30059019 | 000 | 6108 | RL | 20,0000 | 12,4900 | 249,80 | 0,00 | 249,80 | 29,98 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 12,00 | 0,00 |
| 2841 | ATAD. GESSADA 10CM X 3M CYSNE CREMER CX/20UN LOTE: 080262522E QTD: 4,000 VALID: 25/05/2028 FABRICACAO:26/05/2025 | 90211099 | 540 | 6108 | CX | 4,0000 | 39,1600 | 156,64 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2844 | ATAD. GESSADA 20CM X 4M CYSNE CREMER CX/20UN LOTE: 097262521E QTD: 2,000 VALID: 23/05/2028 FABRICACAO:24/05/2025 | 90211099 | 540 | 6108 | CX | 2,0000 | 92,4000 | 184,80 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 8993 | LACTATO BIPERIDENO 5MG 1ML IM/IV(C1) | 30049069 | 500 | 6108 | CX | 1,0000 | 62,3674 | 62,37 | 0,00 | 62,37 | 7,48 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 12,00 | 0,00 |

Walter F. dos Anjos
Farmacêutico
CRF/SC 17.476
Hospital Santa Teresinha

COTAÇÃO BIO

**DADOS ADICIONAIS**

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Pedido:466676 Representante:LUCIANA MARIA ESTRASULAS, Ao aceitar essa mercadoria, voce autoriz a a empresa MCW PRODUTOS MEDICOS HOSPITALARES (CNPJ 94.389.400/0001-84) a recuperar tributos i ncidentes nessa operacao (inclusive ICMS DIFAL), conforme legislacao tributaria aplicavel, que porventura tenham sido pagos indevidamente e/ou foram reconhecidos como inconstitucionais pel o poder judiciario. Art. 165 do CTN. Art. 166 do CTN. Recolhimento de Diferencial de aliquotas para o Estado confórme EC 87/2015 P/ I.E.: 821.013.386.110 Declaramos que os pr odutos estao s nesta NF estao adequadamente acondicionados p/ suportar os riscos normais das etapas inerentes rias a uma op eracao de transporte, tais como carregamento, descarregamento, transbordo e trans porte e que atendem a regulamentacao em vigor, sendo estas resolucoes ANTT NR 420/4 atualizada p/ resolucoes ANTT NR 701/04 e 1644/06. Recolhimento de Diferencial de Aliquotas para o Estado conforme EC 87/2015 id 39554376700 395543767 ICMSUFDest: R$27,85

RESERVADO AO FISCO

07/07/25 Just Farmacia
43838 Form MCW
Visto Autorizado
Luciano E. Sombrio
Gerente de Processos
CPF: 07/07/25
Hospital Santa Teresinha
04/07/25

AMBIENTE DE PRODUÇÃO - Credenciado a emitir NFe. Consulte a validade no site da Secretaria da Fazenda.

RECEBEMOS DE MCW PRODUTOS MEDICOS E HOSPITALARES LTDA OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA INDICADA AO LADO

| DATA DE RECEBIMENTO | IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR |
|---|---|
| | ASSOCIACAO BENEFICIENTE SANTA TERESINHA |

**NF-e**
**Nº: 661244**
**SÉRIE: 1**

Identificação do emitente

**MCW PRODUTOS MEDICOS E HOSPITALARES LTDA**

**ROD RSC 287**
**Nº: -- KM 109+500, S/N**
**INDUSTRIAL**
**VERA CRUZ - RS**
**CEP: 96880-000**

# DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]

**Nº: 661244**
**SÉRIE: 1**
**FOLHA: 2/ 2**

CHAVE DE ACESSO
**4325 0794 3894 0000 0184 5500 1000 6612 4410 0257 5730**

*Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora*

NATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDA DE MERCADORIA ADQUIRIDA OU RECEBIDA DE

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
**243250198570885 03/07/2025 16:46:59**

| INSCRIÇÃO ESTADUAL | INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO | CNPJ |
|---|---|---|
| 1560029886 | 262012456 | 94.389.400/0001-84 |

**DADOS DOS PRODUTOS/ SERVIÇOS**

| CODPROD | DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/ SERVIÇOS | NCM/ SH | CST | CFOP | UNID. | QUANT. | VALOR UNIT. | VALOR TOTAL | VALOR DESC. | B.CALC ICMS | VALOR ICMS | VALOR ST | B.CALC ST | VALOR IPI | ALÍQUOTAS ICMS | ALÍQUOTAS IPI |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 01284 CRISTALIA CX C/25 AMP CINETOL - cProdANVISA: 1029800960126 LOTE: 50020717 QTD: 1,000 VALID: 21/10/2026 FABRICAÇÃO:21/10/2024 | | | | | | | | | | | | | | | |

01/08/2025 09:47:57

Porto Alegre

UNICRED

**Comprovante de Pagamento de Titulo**

UNICREDNET

---

**Dados da transação**

| | |
|---|---|
| Linha digitável: | 23793683072000005325477000044808411660000044921 |
| ID do Documento: | 94.389.400/0001-84 - |
| Instituicao Emissora: | BCO BRADESCO S.A. |
| Data de Vencimento: | 07/08/2025 |
| Data de Pagamento: | 01/08/2025 |
| Valor Nominal: | R$ 449,21 |
| Encargos: | R$ 0,00 |
| Descontos: | R$ 0,00 |
| Autenticacao Documento: | 36677742865305142813931163 6 |
| Abatimento: | R$ 0,00 |
| Valor Pago: | R$ 449,21 |

---

**Dados do beneficiário**

| | |
|---|---|
| Nome Fantasia: | MCW PRODUTOS MEDICOS E HOSPITALARES |
| Razao Social: | MCW PRODUTOS MEDICOS E HOSPITALARES |
| CNPJ/CPF: | 94.389.400/0001-84 |

---

**Dados do Pagador**

| | |
|---|---|
| Nome Fantasia: | ASSOCIACAO BENEFICIENTE SANTA |
| CNPJ/CPF: | 86.437.845/0001-64 |

---

**Pagador Final**

| | |
|---|---|
| CNPJ/CPF: | 86.437.845/0001-64 |

---

Cooperado Unicred, utilize o Debito Automatico 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

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

RECEBEMOS DE Laboratorios B.Braun S.A., CNPJ 31.673.254/0015-08, OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO

RG

No.53160
SÉRIE 0

NF-e

**Identificação do Emitente**

B BRAUN

**Laboratorios B.Braun S.A.**
R Berto Cirio, 535
Sao Luis
Canoas - RS
FONE: 0800-022-7286 CEP:92.420-030

# DANFE
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica
0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]
**Nº 53160** 1/ 1
**SÉRIE 0**

CONTROLE DO FISCO

CHAVE DE ACESSO
4325 0731 6732 5400 1508 5500 0000 0531 6010 1195 7951

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
243250198251483 03/07/2025 14:01:15-03:00

| NATUREZA DA OPERAÇÃO | | |
|---|---|---|
| Venda | | |
| **INSCRIÇÃO ESTADUAL** | **INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO** | **CNPJ** |
| 0240534875 | | 31.673.254/0015-08 |

**DESTINATÁRIO/REMETENTE**

| NOME/RAZÃO SOCIAL | | | CNPJ/CPF | DATA DA EMISSÃO |
|---|---|---|---|---|
| Associacao Beneficiente Santa Teresinha | | | 86.437.845/0001-64 | 03/07/2025 |
| **ENDEREÇO** | | **BAIRRO/DISTRITO** | **CEP** | **DATA DE ENTRADA/SAÍDA** |
| R Jacob Batista Uliano, 1370 | | Centro | 88.750-000 | |
| **MUNICÍPIO** | **FONE/FAX** | **UF** | **INSCRIÇÃO ESTADUAL** | **HORA DE SAÍDA** |
| Braco do Norte | (48) 3658-2244 | SC | | |

| INFORMAÇÕES DO LOCAL DE ENTREGA | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **NOME/RAZÃO SOCIAL** | | | **CNPJ/CPF** | | | | | | |
| **ENDEREÇO** | | | **BAIRRO/DISTRITO** | | **CEP** | | | | |
| **MUNICÍPIO** | | **FONE/FAX** | | **UF** | | **INSCRIÇÃO ESTADUAL** | | | |

| INFORMAÇÕES DO LOCAL DE RETIRADA | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **NOME/RAZÃO SOCIAL** | | | **CNPJ/CPF** | | | | | | |
| **ENDEREÇO** | | | **BAIRRO/DISTRITO** | | **CEP** | | | | |
| **MUNICÍPIO** | | **FONE/FAX** | | **UF** | | **INSCRIÇÃO ESTADUAL** | | | |

**FATURA**
Duplicatas: No: 001 Venc.: 01/09/2025 Valor: R$ 1.006,80

**CÁLCULO DO IMPOSTO**

| BASE DE CÁLCULO DO ICMS | VALOR DO ICMS | BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO | VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS |
|---|---|---|---|---|
| 1.006,80 | 120,82 | 0,00 | 0,00 | 1.006,80 |
| **VALOR DO FRETE** | **VALOR DO SEGURO** | **DESCONTO** | **OUTRAS DESPESAS** | **VALOR TOTAL DO IPI** | **VALOR TOTAL DA NOTA** |
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 1.006,80 |

**TRANSPORTADOR/ VOLUMES TRANSPORTADOS**

| RAZÃO SOCIAL | FRETE POR CONTA (0-REMETENTE 1-DESTINATÁRIO 2-TERCEIROS 3-PRÓPRIO 4-PRÓPRIO DEST. 9-SEM) | CÓDIGO ANTT | PLACA DO VEÍCULO | UF | CNPJ/CPF |
|---|---|---|---|---|---|
| Med@x Comercio Eletronico | 0 | | | | 31.145.000/0001-03 |
| **ENDEREÇO** | | **MUNICÍPIO** | | **UF** | **INSCRIÇÃO ESTADUAL** |
| Berto Cirio 535, Pavlh A | | Canoas | | RS | 0240528921 |
| **QUANTIDADE** | **ESPÉCIE** | **MARCA** | **NUMERAÇÃO** | **PESO BRUTO** | **PESO LÍQUIDO** |
| 1 | CAIXAS | | | 4,980 | 3,000 |

**DADOS DO PRODUTO**

| CODPROD | DESCRIÇÃO DO PRODUTO | CFOP | LOTE | NCM/SH | CST | UNID | QTD. | PESO | V. UNITÁRIO | V. TOTAL | DESCONTO | BC. ICMS | V.ICMS | V.IPI | Alíquota ICMS | Alíquota IPI |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 402113 | ENTERALFIX MULTISPIKE S P BOMBA INFUSAO Resolucao do Senado Federal n 13/12, Valor da Parcela Importada R$ , Numero da FCI D8C7B75C-04D1-4170-BFD7-602C83AD2550 , Conteudo de Importacao 26,21 %. Dt.Vldd Lote: 03-04-2030 Lote: 25D01LA061 | 6107 | 25D01LA061 | 90183929 | 500 | PC | 60,0000 | 4,980 | 16,78000 | 1.006,80 | 0,00 | 1.006,80 | 120,82 | 0,00 | 12,00 | 0,00 |

Jessica dos Santos Carvalho
Analista de Contabilidade
CPF: 078.465.729-60
Hospital Santa Teresinha

07/07/25 Jus.. Farmacia

41818 Form. B. Braun

Vales. da S. Koch
Farmacêutica
CRF-SC 6164

Luciano E. Sombric
Gerente de Operacoes
CPF: 078.[illegible]69.53
Hospital Santa Teresinha

Nr Lote

As.

COTAÇÃO BIONEXO

As. Rais

**CALCULO DO ISSQN**

| INSCRIÇÃO MUNICIPAL | VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS | BASE DE CALCULO ISSQN | VALOR DO ISSQN |
|---|---|---|---|
| 16622 | | | |

**DADOS ADICIONAIS**

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**
. Dispensado de Inf. Vlr. Parcela Import. Liminar 0004193-59.2013.8.17.0000 da Vara de Distrib. TJ/PE, Camara Unica Dir.Publico. Entregar em 02.07.2025 - Pedido: 395543767 - Domicilio_Legal Rua Jacob Batista Uliano, 1370 - Hospital - 88750-000 BRACO DO NORTE Santa Catarina SC - Saida Tributavel com Aliquota Zero ( LBB OT: 0000085337 - Remessa: 0087586785 )
Vl. Part ICMS Dest: 60,34 Vl. Part ICMS Orig: 0,00

**RESERVADO AO FISCO**

01/08/2025 09:47:57 Porto Alegre

UNICRED

**Comprovante de Pagamento de Titulo** UNICREDNET

---

**Dados da transação**

| | |
|---|---|
| Linha digitável: | 34191092224532580293780351570009311910000100680 |
| ID do Documento: | 31.673.254/0001-02 - |
| Instituicao Emissora: | ITAÚ UNIBANCO S.A. |
| Data de Vencimento: | 01/09/2025 |
| Data de Pagamento: | 01/08/2025 |
| Valor Nominal: | R$ 1.006,80 |
| Encargos: | R$ 0,00 |
| Descontos: | R$ 0,00 |
| Autenticacao Documento: | 663787428653051428139311632 |
| Abatimento: | R$ 0,00 |
| Valor Pago: | R$ 1.006,80 |

---

**Dados do beneficiário**

| | |
|---|---|
| Nome Fantasia: | LABORATORIO B BRAUN |
| Razao Social: | LABORATORIO B BRAUN |
| CNPJ/CPF: | 31.673.254/0001-02 |

---

**Dados do Pagador**

| | |
|---|---|
| Nome Fantasia: | ASSOCIACAO BENEFICIENTE SANTA |
| CNPJ/CPF: | 86.437.845/0001-64 |

---

**Pagador Final**

| | |
|---|---|
| CNPJ/CPF: | 86.437.845/0001-64 |

---

Cooperado Unicred, utilize o Debito Automatico 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 |
|---|---|---|---|
| 0003058 | | 31/07/2025 13:45:00 | 31/07/2025 |

## PRESTADOR DE SERVIÇOS

| RAZÃO SOCIAL PRESTADOR | NOME FANTASIA PRESTADOR |
|---|---|
| OTOVISION CLINICA MEDICA S/C LTDA | OTOVISION CLINICA MEDICA S/C LTDA |

| ENDEREÇO | COMPLEMENTO |
|---|---|
| AVENIDA MARCOLINO MARTINS CABRAL, Nº 2075, VILA MOEMA, TUBARÃO SC , 88705001 | |

| Nº CPF/CNPJ | SIMPLES NACIONAL | INSC. MUNICIPAL | INSC. ESTADUAL | TELEFONE | E-MAIL |
|---|---|---|---|---|---|
| 80.489.503/0001-01 | NÃO | 19318 | | 0486222706 | |

## 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 | HORA PLANTÃO PRONTO SOCORRO 06/2025<br>DR. CAIO | 1.380,00 | 1.380,00 |

PAGO

| OBSERVAÇÕES | TOTAL GERAL |
|---|---|
| CONTRIBUINTE PAGA ISS FIXO | 1.380,00 |

| | IMPOSTOS FEDERAIS | | | | | VALOR LÍQUIDO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| RETIDO | INSS | PIS/PASEP | COFINS | IR | CSLL | |
| NÃO | 0,00 | 8,97 | 41,40 | 20,70 | 13,80 | 1.295,13 |

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 | LOCAL DA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO | VALOR APROXIMADO DOS TRIBUTOS (IBPT) |
|---|---|---|
| | | |

PAGO

01/08/2025 10:12:30

UNICRED CENTRO-SUL

Comprovante de Transferência entre Contas

Conta: 1524372 Usuário: PEDRO
Cooperado: HOSPITAL SANTA TERESINHA

---

| | |
|---|---|
| Conta Débito: | 1524372 |
| Creditado: | OTOVISION CLIN MEDICA SS |
| Cooperativa: | 566 |
| Conta Crédito: | 109380 |
| Finalidade: | Crédito em Conta |
| Data: | 01/08/2025 |
| Valor: | R$ 1.295,13 |

---

Autenticação Documento:
36977712961315242813931163 3

---

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 |
|---|---|---|---|
| 0003057 | | 31/07/2025 13:40:09 | 31/07/2025 |

## PRESTADOR DE SERVIÇOS

| RAZÃO SOCIAL PRESTADOR | NOME FANTASIA PRESTADOR |
|---|---|
| OTOVISION CLINICA MEDICA S/C LTDA | OTOVISION CLINICA MEDICA S/C LTDA |

| ENDEREÇO | COMPLEMENTO |
|---|---|
| AVENIDA MARCOLINO MARTINS CABRAL, Nº 2075, VILA MOEMA, TUBARÃO SC , 88705001 | |

| Nº CPF/CNPJ | SIMPLES NACIONAL | INSC. MUNICIPAL | INSC. ESTADUAL | TELEFONE | E-MAIL |
|---|---|---|---|---|---|
| 80.489.503/0001-01 | NÃO | 19318 | | 0486222706 | |

## 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 PRONTO SOCORRO 06/2025<br>DR.CAIO | 232,50 | 232,50 |

| OBSERVAÇÕES | TOTAL GERAL |
|---|---|
| CONTRIBUINTE PAGA ISS FIXO | 232,50 |

| | IMPOSTOS FEDERAIS | | | | | VALOR LÍQUIDO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| RETIDO | INSS | PIS/PASEP | COFINS | IR | CSLL | |
| NÃO | 0,00 | 1,51 | 6,98 | 3,49 | 2,33 | 218,19 |

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 | LOCAL DA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO | VALOR APROXIMADO DOS TRIBUTOS (IBPT) |
|---|---|---|
| | | |

PAGO

**Precisamos de sua revisão para as configurações de privacidade.** Verifique agora.

01/08/2025 10:12:30

UNICRED CENTRO-SUL

Comprovante de Transferência entre Contas

Conta: 1524372 Usuário: PEDRO
Cooperado: HOSPITAL SANTA TERESINHA

---

| | |
|---|---|
| Conta Débito: | 1524372 |
| Creditado: | OTOVISION CLIN MEDICA SS |
| Cooperativa: | 566 |
| Conta Crédito: | 109380 |
| Finalidade: | Crédito em Conta |
| Data: | 01/08/2025 |
| Valor: | R$ 218,20 |

---

Autenticação Documento:
46679712961315242813931 1630

---

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

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

Data: 31/07/2025 11h08min

| Número | Validade |
|---|---|
| 6645 | 27/01/2026 |

# 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

CWWK7KLVZ7ROJMD1

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), 31 de Julho 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: | **250140225284621** |
| Data de emissão: | **22/07/2025 14:41:15** |
| Validade (Lei nº 3938/66, Art. 158): | **18/01/2026** |

**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: 22/07/2025 14:41:14

Assinado por SECRETARIA DE ESTADO DA FAZENDA - CNPJ: 82.951.310/0001-56 - Data/Hora: 22/07/2025

**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 16:49:39 do dia 25/04/2025 <hora e data de Brasília>.
Válida até 22/10/2025.
Código de controle da certidão: **C081.0AD5.75AA.BFAA**
Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.

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:**04/08/2025 a 02/09/2025

**Certificação Número:** 2025080408490557291269

Informação obtida em 07/08/2025 14:45:53

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