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: set/25

UNIDADE CONCEDENTE	ORDENADOR DA DESPESA	TERMO DE CONVÊNIO Nº 001/2024 TERMO ADITIVO Nº 01/2025
PREFEITURA MUNICIPAL DE BRAÇO DO NORTE	LAURO BOEING JUNIOR	
ENTIDADE BENEFICIADA	CNPJ	
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE SANTA TERESINHA	86.437.845/0001-64	
ENDEREÇO	CIDADE/ESTADO	CEP
RUA JACOB BATISTA ULIANO, 1370 - CENTRO	BRAÇO DO NORTE - SC	88750-000
RESPONSÁVEL	CPF	
PEDRO MICHELS NETO	915.763.349-53	

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

NOTA DE EMPENHO

Nº	DATA	VALOR
2445	15/09/2025	140.149,51

LIQUIDAÇÃO		DATA DE PAGAMENTO	VALOR RECEBIDO
16/09/2025	3374	17/09/2025	140.149,51

DATA	Nº NOTA	HISTÓRICO (Credor)	NOTA FISCAL VALOR BRUTO	IMPOSTO RETIDO NO HST	RECEBIMENTOS	PAGAMENTO LÍQUIDO
17/09/25		Recebimento do Recurso			140.149,51	
25/09/25		Contrapartida - Recurso Próprio			115,44	
25/09/25	2	Gustavo e Rafaela Medicos Associados Ltda	635,00			635,00
25/09/25	1	HFB Atendimentos Medicos Ltda	635,00			635,00
25/09/25	3	Nazario Serviços Medicos Ltda	642,50			642,50
25/09/25	843	Cardiof Clinica de Cardiologia Ltda	2.402,50	147,76		2.254,74
25/09/25	3	Idalina Cardoso Ltda	2.757,50			2.757,50
25/09/25	2	Maria Isabel Lanna Ltda	5.625,00			5.625,00
25/09/25	2	CPDT Serviços Medicos Ltda	6.137,50			6.137,50
25/09/25	2	Laysa Rodrigues Correa Serviços Medicos Ltda	6.980,00	429,27		6.550,73
25/09/25	1317	GSS - Gestão Serviços a Saúde Ltda	67.000,00	4.120,50		62.879,50
25/09/25	1689	Abreu Bastian Serviços Medicos de Saúde S/S Ltda	9.675,00	595,02		9.079,98
25/09/25	62	Jamille de Meira Ribeiro Ltda	1.577,50			1.577,50
25/09/25	91	Suellen Orben Serviços Medicos Ltda	3.915,00			3.915,00
25/09/25	26	Petry Serviços Medicos Ltda	5.145,00			5.145,00
25/09/25	36	Jgam Serviços Medicos Ltda	6.810,00			6.810,00
25/09/25	77	Calegari Clinica Medica Ltda	24.817,50			24.817,50
25/09/25	1	Gustavo Rocha Serviços Medicos Ltda	802,50			802,50
TOTAL					140.264,95	140.264,95

LOCAL E DATA: Braço do Norte/SC, 02/10/2025

Pedro Michels Neto
Presidente

Vitor Hugo Abitante
Diretor-geral

Thatiana Tomaz
Gerente Adm. Financeira

Marina Boeng Borges
Analista Financeiro

Jessica dos Santos Cardozo
Analista de Controladoria
CPF: 078.485.729-60
Hospital Santa Teresinha

Ofício nº 337/2025

Braço do Norte/SC, 02 de outubro 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 17/09/2025 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/SC, 02 de outubro 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/SC, 02 de outubro 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, 02 de outubro de 2025.

Marcos Lima Michels
Conselho Fiscal

Extrato

UNICRED

Período de 16/09/2025 a 01/10/2025

HOSPITAL SANTA TERESINHA - **.***.

Coop: 566 - AG: 1405 - Conta: 1524372

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

Saldo em 15/09/2025: R$ 0,00

Saldo atual	**R$ 0,00**
Total Disponivel	R$ 0,00
Limite de cheque especial	R$ 0,00

Data	Lançamentos	Valor (R$)	Saldo (R$)
17/09/2025	RECEBIMENTO DE TED D (Doc.: 191477 / PM B NORTE FMS)	R$ 140.149,51	R$ 140.149,51
25/09/2025	TRANSFERENCIA ENTRE CONTAS - IB (Doc.: 1524364 / HOSPITAL SANTA TERES)	R$ 115,44	R$ 140.264,95
25/09/2025	TRANSFERENCIA ENTRE CONTAS - CAIXA (Doc.: 5663938 / GUSTAVO E RAFAELA ME)	- R$ 635,00	R$ 139.629,95
25/09/2025	TRANSFERENCIA ENTRE CONTAS - CAIXA (Doc.: 348333 / HFB ATENDIMENTOS MED)	- R$ 635,00	R$ 138.994,95
25/09/2025	TRANSFERENCIA ENTRE CONTAS - CAIXA (Doc.: 830755 / NAZARIO SERVICOS MED)	- R$ 642,50	R$ 138.352,45
25/09/2025	TRANSFERENCIA ENTRE CONTAS - CAIXA (Doc.: 5469651 / CARDIOF CLINICA DE C)	- R$ 2.254,74	R$ 136.097,71
25/09/2025	TRANSFERENCIA ENTRE CONTAS - CAIXA (Doc.: 4661001 / IDALINA CARDOSO SERV)	- R$ 2.757,50	R$ 133.340,21
25/09/2025	TRANSFERENCIA ENTRE CONTAS - CAIXA (Doc.: 4661095 / MARIA ISABEL LANNA L)	- R$ 5.625,00	R$ 127.715,21
25/09/2025	TRANSFERENCIA ENTRE CONTAS - CAIXA (Doc.: 5490014 / CPDT SERVICOS MEDICO)	- R$ 6.137,50	R$ 121.577,71
25/09/2025	TRANSFERENCIA ENTRE CONTAS - CAIXA (Doc.: 4661460 / LAYSA RODRIGUES CORR)	- R$ 6.550,73	R$ 115.026,98
25/09/2025	TRANSFERENCIA ENTRE CONTAS - SIM - CNAB (Doc.: 164194 / GSS - GESTAO SERVICO)	- R$ 62.879,50	R$ 52.147,48
25/09/2025	TRANSFERENCIA ENTRE CONTAS - SIM - CNAB (Doc.: 1457799 / ABREU BASTIAN SERVIC)	- R$ 9.079,98	R$ 43.067,50
25/09/2025	ENVIO DE TED - CNAB (Doc.: 725102717 / JAMILLE DE MEIRA RIBEIRO LTDA - Jamille)	- R$ 1.577,50	R$ 41.490,00
25/09/2025	ENVIO DE TED - CNAB (Doc.: 211248901 / SUELLEN ORBEN SERVICOS MEDICOS - Suellen)	- R$ 3.915,00	R$ 37.575,00
25/09/2025	ENVIO DE TED - CNAB (Doc.: 927337 / PETRY SERVICOS MEDICOS LTDA - Petry Serv)	- R$ 5.145,00	R$ 32.430,00
25/09/2025	ENVIO DE TED - CNAB (Doc.: 376647507 / JGAM SERVICOS MEDICOS LTDA - Jgam Servic)	- R$ 6.810,00	R$ 25.620,00
25/09/2025	ENVIO DE TED - CNAB (Doc.: 334219 / CALEGARI CLINICA MEDICA LTDA - Calegari)	- R$ 24.817,50	R$ 802,50
25/09/2025	TRANSFERENCIA TEF PIX (Doc.: 348201 / GUSTAVO ROCHA SERVICOS MEDICOS LTDA)	- R$ 802,50	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**

C

25/09/2025 10:56:13

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:	25/09/2025
Valor:	R$ 115,44

Autenticação Documento:
66275762062315246735031163 1

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
	2

Data da emissão da nota: 03/09/2025 14:46:36

Data do fato gerador: 03/09/2025 14:39:53

Código de verificação: JHXQ0KLNV

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia: GUSTAVO E RAFAELA MEDICOS ASSOCIADOS

Nome/Razão social: GUSTAVO E RAFAELA MEDICOS ASSOCIADOS LTDA — Inscrição estadual:

CPF/CNPJ: 61.552.991/0001-00 — Inscrição municipal: 101107078 — Telefone:

Endereço: SAO BONIFACIO Número: 690 Bairro: Universitário CEP: 88805-325

Complemento: APT:401;BLOCO:C — Celular: (48) 9173-9812

Município: Criciúma — UF:SC

E-mail: GUSTAVO.RAFAELAMEDICOS@GMAIL.COM — Site:

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia: SCOCIED BENEFICIENTE STA TEREZINHA

Nome/Razão social: ASSOCIACAO BENEFICENTE SANTA TERESINHA

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

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

Complemento:

Município: Braço do Norte — UF:SC

E-mail: — Telefone: — Celular:

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

	Valor unitário	Qtd	Valor do serviço	Base de cálculo (%)	ISS
DESFECHO HORA PLANTÃO PRONTO SOCORRO 08/2025 - 8 DESFECHOS Dra Rafaela Bruna Machado	60,0000	1,0000	60,0000	60,00x2,01 =	1,21
HORA PLANTÃO PRONTO SOCORRO 08/2025 - 5 HORAS Dra Rafaela Bruna Machado	575,0000	1,0000	575,0000	575,00x2,01 =	11,56

Marina Boeing Borges

LANÇADO

FORMA DE PAGAMENTO

Parcela Vencimento Tipo Valor (R$)

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$ 635,00 — **Valor líquido = R$ 635,00**

Códigos dos serviços:

04.01 - Medicina e biomedicina.

CNAE:

Desc. condicionado(R$)	Desc. incondicionado(R$)	Deduções(R$)	Base de cálculo(R$)	Valor ISS(R$)
0,00	0,00	0,00	635,00	12,76

OUTRAS INFORMAÇÕES

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

Prestador de serviços optante pelo Simples Nacional.
Situação desta NFS-e: Normal.
Documento emitido por ME ou EPP optante pelo simples Nacional.

Dados da conta bancaria Banco: 136 - UNICRED
Agência nº: 1406
Conta Corrente: 566393-8
Pix: 61.552.991/0001-00
Repasse

PAGO

Verificar autenticidade

30/09/2025 - 16:46:23 Porto Alegre

UNICRED

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

Dados da transação

Valor:	R$ 635,00
Data:	25/09/2025
Finalidade:	Crédito em Conta
Autenticação Documento:	56077732562325246833031 1635

Dados do recebedor

Recebedor:	GUSTAVO E RAFAELA MEDICOS ASSOCIADOS
Cooperativa:	566
Conta para Crédito:	5663938

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
	1

Data da emissão da nota: 10/09/2025 12:34:27

Data do fato gerador: 10/09/2025 12:34:14

Código de verificação: 6Q99MGLQZ

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia: HFB ATENDIMENTOS MÉDICOS
Nome/Razão social: HFB ATENDIMENTOS MÉDICOS LTDA
Inscrição estadual:
CPF/CNPJ: 61.373.036/0001-05 Inscrição municipal: 101106851
Telefone:
Endereço: OSVALDO CRUZ Número: 215 Bairro: Cruzeiro do Sul CEP: 88811-190
Complemento: LOTE:01
Celular: (48) 99105-1999
Município: Criciúma UF:SC
E-mail: heloisaferborges@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: RUA JACOB BATISTA ULIANO Número: 1370 Bairro: CENTRO CEP: 88750-000
Complemento: RUA JACOB BATISTA ULIANO
Município: Braço do Norte UF:SC
E-mail: Telefone: Celular:

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

	Valor unitário	Qtd	Valor do serviço	Base de cálculo (%)	ISS
DESFECHO HORA PLANTÃO PRONTO SOCORRO 08/2025 - 8 DESFECHOS. HORA PLANTÃO PRONTO SOCORRO 08/2025 - 5 HORAS DRA. Heloisa Fernandes Borges	635,0000	1,0000	635,0000	635,00x2,01 =	12,76

FORMA DE PAGAMENTO

Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R$)

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$ 635,00 **Valor líquido = R$ 635,00**

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

CNAE:

CANCELADO

Desc. condicionado(R$)	Desc. incondicionado(R$)	Deduções(R$)	Base de cálculo(R$)	Valor ISS(R$)
0,00	0,00	0,00	635,00	12,76

OUTRAS INFORMAÇÕES

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

PAGO

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

30/09/2025 - 16:46:35 Porto Alegre

UNICRED

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

Dados da transação

Valor:	R$ 635,00
Data:	25/09/2025
Finalidade:	Crédito em Conta
Autenticação Documento:	76478732562325246833031163 9

Dados do recebedor

Recebedor:	HFB ATENDIMENTOS MEDICOS
Cooperativa:	566
Conta para Crédito:	348333

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

NAZARIO SERVICOS MEDICOS LTDA **CNPJ:** 61.515.141/0001-31 CAETANO LUMMERTZ - apt 101, 101 CEP: 88.900-043 - Bairro: CENTRO Município: ARARANGUÁ - SANTA CATARINA **Insc. Municipal:** 19909 - **Insc. Estadual:** Email: recepcao@bbcont.com.br Telefone: (48) 3461-2618 - Celular: (48) 99976-2426	Número da NFS-e **3**	Situação **Emitida**	Autenticidade
		Tipo **Preenchido**	

Nota Fiscal de Serviço Eletrônica - Série NFS-e

ESTADO DE SANTA CATARINA
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARARANGUÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO E FAZENDA

Identificador
8027 1009 2522 4215 1206 1515 1412 0250 9739 5035

Data Fato Gerador	Data/Hora Emissão
10/09/2025	**10/09/2025 22:42**

TOMADOR DO SERVIÇO

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

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS

Serviço	Local Prestação	Alíquota	Unidade	Quantidade	Situação Trib.	Valor Unit.	Valor Serviço	Desc. Incondic.	Valor Dedução	Valor ISS
401	8053	4%	UNI	1,00	TI	575,00	575,00	0,00	0,00	23,00

Descrição do Serviço:
HORA PLANTÃO PRONTO SOCORRO 08/2025 - 5 HORAS - BRUNO NAZARIO PINHEIRO - CHAVE PIX 61515141000131.

Serviço	Local Prestação	Alíquota	Unidade	Quantidade	Situação Trib.	Valor Unit.	Valor Serviço	Desc. Incondic.	Valor Dedução	Valor ISS
401	8053	4%	UNI	1,00	TI	67,50	67,50	0,00	0,00	2,70

Descrição do Serviço:
DESFECHO HORA PLANTÃO PRONTO SOCORRO 08/2025 - 9 DESFECHOS - BRUNO NAZARIO PINHEIRO - CHAVE PIX 61515141000131.

Valor Total	Desc. Incondicional	Dedução	Base de Cálculo	ISSQN
642,50	0,00	0,00	642,50	25,70
ISSRF	**IR**	**INSS**	**CSLL**	**COFINS**
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
PIS	**Outras Retenções**	**Total Trib. Federais**	**Desc. Condicional**	**Valor Líquido**
0,00	0,00	0,00	0,00	642,50

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

401 Medicina e biomedicina.

Legenda do Local de Prestação do Serviço

8053 Braço do Norte

Outras Informações

TI - Tributada Integralmente

(401) 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: 310/2025 de 22/08/2025 16:46:17

A veracidade das informações declaradas na NFS-e podem ser consultadas no site:
https://ararangua.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: 20/10/2025

Valor aproximado dos tributos: Federais R$86,42 (13,45%), Estaduais R$0,00 (0,00%), Municipais R$13,56 (2,11%), com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - FONTE IBPT

LANÇADO

PAGO

30/09/2025 - 16:46:39 Porto Alegre

UNICRED

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

Dados da transação

Valor:	R$ 642,50
Data:	25/09/2025
Finalidade:	Crédito em Conta
Autenticação Documento:	26978732562325246833031 1634

Dados do recebedor

Recebedor:	NAZARIO SERVICOS MEDICOS
Cooperativa:	566
Conta para Crédito:	830755

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 URUSSANGA - PREFEITURA

SECRETARIA MUNICIPAL DA RECEITA

Nota Fiscal Eletrônica de Prestação de Serviços - NFS-e

Número do RPS	Número da nota
	843

Data da emissão da nota: 03/09/2025 10:49:43

Data do fato gerador: 03/09/2025 10:49:43

Código de verificação: 9JYLXTCIE

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia: CARDIOF CLINICA DE CARDIOLOGIA

Nome/Razão social: CARDIOF CLINICA DE CARDIOLOGIA LTDA — Inscrição estadual:

CPF/CNPJ: 43.794.493/0001-91 — Inscrição municipal: 5989 — Telefone: (48) 3193-0320

Endereço: R DEPUTADO OSMAR CUNHA Número: 74 Bairro: CENTRO CEP: 88840-000

Complemento: SALA 01 E 02 — Celular:

Município: Urussanga — UF: SC

E-mail: jdamiani@terra.com.br — Site:

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia:

Nome/Razão social: SOCIEDADE BENEFICENTE SANTA TERESINHA

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

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

Complemento:

Município: Braço do Norte — UF: SC

E-mail: — Telefone: — Celular:

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

	Valor unitário	Qtd	Valor do serviço	Base de cálculo (%)	ISS
Serviços médicos prestados pelo dr. Matheus Tavares. CRM: 40993/SC Desfecho hora plantão pronto socorro 08/2025 - 29 desfechos .	217,5000	1,0000	217,5000	217,50x2,00 =	4,35
Hora plantão pronto socorro 08/2025 - 19 horas .	2.185,0000	1,0000	2.185,0000	2.185,00x2,00 =	43,70

Forma de Pagamento

Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R$)
1		À vista	2.254,74								

RETENÇÕES FEDERAIS

PIS/PASEP	COFINS	INSS	IR	CSLL	Outras retenções
R$ 15,61	R$ 72,08	R$ 0,00	R$ 36,04	R$ 24,03	R$ 0,00

Valor bruto = R$ 2.402,50 — **Valor liquido = R$ 2.254,74**

LANÇADO

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	2.402,50	48,05

OUTRAS INFORMAÇÕES

Natureza da operação: Tributação no município

Situação tributária do ISSQN: Normal

Local da prestação do serviço: Braço do Norte

PAGO

Esta NFS-e foi emitida com respaldo na lei n° 2.545, de 11 de Julho de 2012

Situação desta NFS-e: Normal

Valor aproximado do tributo federal - R$ 323,14 (13,45%), estadual - R$ 0,00 (0,00%), municipal - R$ 49,97 (2,08%) , com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - Fonte: IBPT

Verificar autenticidade

30/09/2025 - 16:46:43 Porto Alegre

UNICRED

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

Dados da transação

Valor:	R$ 2.254,74
Data:	25/09/2025
Finalidade:	Crédito em Conta
Autenticação Documento:	16379732562325246833031 1632

Dados do recebedor

Recebedor:	CARDIOF CLINICA DE CARDIO
Cooperativa:	566
Conta para Crédito:	5469651

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

IDALINA CARDOSO LTDA

AVENIDA PREF OSMAR CUNHA, 416,
CENTRO - FLORIANOPOLIS - SC - 88015100
CNPJ: 61536720000160
CMC: 8276064

DANFPS-E

Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Prestação de Serviços Eletrônica
Numero: 3
Autorização: 6324222
Emissão: 2025-09-11T00:00:00-03:00
Código de Verificação: A7C424227533AE95
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) PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS. Serviços prestados pelos sócios no exercício de profissão regulamentada por legislação federal, dispensados da retenção de INSS, conforme previsto na IN RFB n° 2110, artigo 115, inciso III, parágrafos 2° e 3°. EMPRESA OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL DESFECHO HORA PLANTÃO PRONTO SOCORRO 08/2025 - $457,50 61 DESFECHOS HORA PLANTÃO PRONTO SOCORRO 08/2025 - 20 HORAS $2300	1	0.0	R$ 2757.50	1	R$ 2757.50

Tatiana Tomaz
Gerente Administrativo Financeiro
LANÇADO

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$ 2757.50

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: A7C424227533AE95 E O NUMERO DE INSCRIÇÃO DO EMITENTE NO CADASTRO MUNICIPAL DE CONTRIBUINTES - CMC: 8276064

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

PAGO

30/09/2025 - 16:46:47 Porto Alegre

UNICRED

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

Dados da transação

Valor:	R$ 2.757,50
Data:	25/09/2025
Finalidade:	Crédito em Conta
Autenticação Documento:	46779732562325246833031163 5

Dados do recebedor

Recebedor:	IDALINA CARDOSO SERVICOS MEDICOS
Cooperativa:	566
Conta para Crédito:	4661001

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 BLUMENAU
SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA
DIRETORIA GERAL
DIRETORIA DE RECEITA

NOTA BLU

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-E

Número da Nota Fiscal	2
Série:	E
Data Emissão:	09/09/2025
Certificação:	055BCE0B5

DADOS DO PRESTADOR

Nome/Razão Social: **MARIA ISABEL LANNA LTDA**
Nome Fantasia: **MARIA ISABEL LANNA LTDA**
CNPJ/CPF: **61.492.714/0001-59** Insc. Municipal: **187827** Insc. Estadual:
Endereço: **15 DE NOVEMBRO** N°: **895**
Bairro: **CENTRO** Compl.: **SALA 225 A 451**
Municipio: **BLUMENAU** UF: **SC** CEP: **89010-001**
E-mail: **atendimento03@contbrasildigital.com.br** Telefone: **8996961101**
Pais: **BRASIL**

DADOS DO TOMADOR

Nome/Razão Social: **ASSOCIACAO BENEFICENTE SANTA TERESINHA**
CNPJ/CPF: **86.437.845/0001-64** Insc. Municipal: Insc. Estadual:
Endereço: **R JACOB BATISTA ULIANO** N°: **1370**
Bairro: **CENTRO** Compl.:
Municipio: **BRAÇO DO NORTE** UF: **SC** CEP: **88750-000**
E-mail: **contabilidade@hospitalsantateresinha.org.br** Telefone: **4836589420**
Pais: **BRASIL** Nif:

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS PELA DRA. MARIA ISABEL LANNA LTDA
CRM: 40779
HORA PLANTÃO PRONTO SOCORRO 08/2025 - 42 HORAS
REPASSE: 7731

DADOS BANCÁRIOS:
RAZÃO SOCIAL: MARIA ISABEL LANNA LTDA
CNPJ: 61.492.714/0001-59
BANCO: 136 (UNICRED)
AGENCIA: 1409
CONTA: 466109-5
CHAVE PIX: LANNAMARIAISABEL@GMAIL.COM

VALOR BRUTO DA NOTA	**R$ 5.625,00**

Valor Total das Deduções:	Desconto Incondicionado:	Desconto Condicionado:	Base de Cálculo:	Alíquota:	Valor do ISS:
R$ 0,00	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**	**R$ 5.625,00**	**2,0000%**	**R$ 112,50**
PIS:	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 Aproximado dos tributos R$ 0,00 | **VALOR LÍQUIDO DA NOTA** | **R$ 5.625,00**

ENQUADRAMENTO DO SERVIÇO

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

OUTRAS INFORMAÇÕES

Mês de Competência: **09/2025** Local do Recolhimento: **BLUMENAU/SC** Data Geração: **09/09/2025 17:05:59**
Recolhimento: **Sem Retenção** Tributação: **Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP)**
CNAE: **8630502** **Empresa Optante do Simples Nacional**

Observações:

LANÇADO

Impresso em: 09/09/2025 às 17:06:04

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

Recebi(emos) de: MARIA ISABEL LANNA LTDA
Os serviços constantes nesta Nota Fiscal de Serviços Eletrônica.

_____/_____/_____ Data

_____ Assinatura do Recebedor

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA
Número: 2
Certificação
055BCE0B5

PAGO

30/09/2025 - 16:46:50 Porto Alegre

UNICRED

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

Dados da transação

Valor:	R$ 5.625,00
Data:	25/09/2025
Finalidade:	Crédito em Conta
Autenticação Documento:	06170732562325246833031163 1

Dados do recebedor

Recebedor:	MARIA ISABEL LANNA LTDA
Cooperativa:	566
Conta para Crédito:	4661095

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

CPDT SERVICOS MEDICOS LTDA **CNPJ:** 61.780.104/0001-50 Estrada Geral - , 0 CEP: 88.950-000 - Bairro: Barra do Pinheirinho Município: JACINTO MACHADO - SANTA CATARINA **Insc. Municipal:** 2735 - **Insc. Estadual:** Email: camilapezente@hotmail.com Telefone: (48) 9664-3194 - Celular: (48) 99966-4319	Número da NFS-e **2**	Situação **Emitida**	Autenticidade
		Tipo **Preenchido**	

Nota Fiscal de Serviço Eletrônica - Série NFS-e

ESTADO DE SANTA CATARINA
PREFEITURA MUNICIPAL DE JACINTO MACHADO
SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO E FAZENDA

Identificador
8171 0309 2510 0042 2406 1780 1042 0250 9739 4964

Data Fato Gerador	Data/Hora Emissão
03/09/2025	**03/09/2025 10:00:42**

TOMADOR DO SERVIÇO

Nome/Razão Social		CPF/CNPJ
HOSPITAL SANTA TERESINHA		86.437.845/0001-64
Endereço	**Número**	**Complemento**
PADRE JACOB LUIZ	1370	NÃO INFORMADO
Bairro	**CEP**	**Cidade - Estado**
CENTRO	88750000	Braço do Norte - SC

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS

Serviço	Local Prestação	Alíquota	Situação Trib.	Unidade	Quantidade	Valor Unidade	Valor Serviço	Desc. Incondic.	Valor Dedução	Valor ISS
401	8053	0%	TI	UN	113,00	7,50	847,50	0,00	0,00	0,00

Descrição do Serviço: Serviços Medicos prestados pela Dra. Camila Pezente Dal Toé CRM 40924 PLANTAO DO PRONTO SOCORRO 113 DESFECHOS 01/08 REPASSE 7719 DADOS BANCARIOS RAZAO SOCIAL: CPDT SERVIÇOS MEDICOS CNPJ 61780104/0001-50 BANCO: 136 (UNICRED) AGENCIA:1401 CC: 549001-4 CHAVE PIX: 61780104/0001-50

401	8053	0%	TI	HR	46,00	115,00	5.290,00	0,00	0,00	0,00

Descrição do Serviço: Serviços Medicos prestados pela Dra. Camila Pezente Dal Toé CRM 40924 PLANTAO DO PRONTO SOCORRO 46 HORAS 01/08 REPASSE 7719 DADOS BANCARIOS RAZAO SOCIAL: CPDT SERVIÇOS MEDICOS CNPJ 61780104/0001-50 BANCO: 136 (UNICRED) AGENCIA:1401 CC: 549001-4 CHAVE PIX: 61780104/0001-50

Valor Total	Desc. Incondicional	Dedução	Base de Cálculo	ISSQN
6.137,50	0,00	0,00	6.137,50	0,00
ISSRF	**IR**	**INSS**	**CSLL**	**COFINS**
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
PIS	**Outras Retenções**	**Total Trib. Federais**	**Desc. Condicional**	**Valor Líquido**
0,00	0,00	0,00	0,00	6.137,50

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

401 Medicina e biomedicina.

Legenda do Local de Prestação do Serviço

8053 Braço do Norte

Outras Informações

TI - Tributada Integralmente

(401) Serviço tributado no município do prestador

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

Autorização para emissão de Nota Fiscal de Serviço Eletrônica: 19/2025 de 25/07/2025 13:05:14

A veracidade das informações declaradas na NFS-e podem ser consultadas no site:
https://jacintomachado.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: 13/10/2025

Valor aproximado dos tributos: Federais R$13,45 (0,22%), Estaduais R$0,00 (0,00%), Municipais R$2,11 (0,03%), com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - FONTE IBPT

Modelo aprovado pela INSTRUÇÃO NORMATIVA SMF Nº56 de 24 de Fevereiro de 2016

LANÇADO

PAGO

30/09/2025 - 16:46:53 Porto Alegre

UNICRED

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

Dados da transação

Valor:	R$ 6.137,50
Data:	25/09/2025
Finalidade:	Crédito em Conta
Autenticação Documento:	46570732562325246833031163 7

Dados do recebedor

Recebedor:	CPDT SERVICOS MEDICOS
Cooperativa:	566
Conta para Crédito:	5490014

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
0000002		03/09/2025 15:29:41	03/09/2025

PRESTADOR DE SERVIÇOS

RAZÃO SOCIAL PRESTADOR	NOME FANTASIA PRESTADOR
LAYSA RODRIGUES CORREA SERVICOS MEDICOS LTDA	LAYSA RODRIGUES CORREA SERVICOS MEDICOS LTDA

ENDEREÇO	COMPLEMENTO
RUA URUGUAI, Nº 141, AEROPORTO, TUBARÃO SC , 88705874	APT 602

Nº CPF/CNPJ	SIMPLES NACIONAL	INSC. MUNICIPAL	INSC. ESTADUAL	TELEFONE	E-MAIL
61.733.005/0001-18	NÃO	95773		(48) 3644-4	ATENDIMENTO3@HOLDCONTABIL.COM.BR

TOMADOR DE SERVIÇOS

NOME DO TOMADOR
SOCIEDADE BENEFICENTE SANTA TERESINHA

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

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

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

UNID	QUANT	DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
UN	1	DESFECHO HORA PLANTÃO PRONTO SOCORRO 08/2025 - 164 DESFECHOS - REPASSE 7730	1.230,00	1.230,00
UN	1	HORA PLANTÃO PRONTO SOCORRO 08/2025 - 50 HORAS - REPASSE 7730	5.750,00	5.750,00

OBSERVAÇÕES

TOTAL GERAL 6.980,00

	IMPOSTOS FEDERAIS					IMPOSTOS MUNICIPAIS			VALOR LÍQUIDO
RETIDO	INSS	PIS/PASEP	COFINS	IR	CSLL	ALÍQUOTA ISS	BASE DE CÁLCULO	TOTAL ISS	
NÃO	0,00	45,37	209,40	104,70	69,80	3,0000 %	6.980,00	209,40	6.550,73

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

LANÇADO

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$ 938,81 (13.45%)

ESTE DOCUMENTO PODE SER VALIDADO NO SITE **www.prefeituramoderna.com.br**
CÓDIGO DE VALIDAÇÃO - 77c289835915854593e6748aeedef178
ASSINATURA DIGITAL ANTIGA - be89822c9e8d4405909d435cfc00bfa9

PAGO

Recebi(emos) de **LAYSA RODRIGUES CORREA SERVICOS MEDICOS LTDA** o(s) serviço(s) indicado(s) à nota fiscal eletrônica de serviço de número **0000002.**

NÚMERO NOTA FISCAL **0000002**

_____/_____/_____
Data do Recebimento

_____
Identificação e assinatura do recebedor

BAUHAUS SISTEMAS ®

30/09/2025 - 16:46:57 Porto Alegre

UNICRED

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

Dados da transação

Valor:	R$ 6.550,73
Data:	25/09/2025
Finalidade:	Crédito em Conta
Autenticação Documento:	16970732562325246833031 1638

Dados do recebedor

Recebedor:	LAYSA RODRIGUES CORREA SERVICOS MEDICOS
Cooperativa:	566
Conta para Crédito:	4661460

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

Esta NFS-e foi assinada digitalmente

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 1253 série NFSE, emitido em 04/09/2025

Número e Série da NFS-e	**00000001317 / A1**
Data e Hora da Emissão	**04/09/2025 16:04:59**
Competência	**9/2025**
Código de Verificação	**UO2M-8W9Z**

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:	**47996204278**
Município:	**ITAJAÍ** UF: **SC**	E-mail:	**controle@gestaoservicosaude.com.br**

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ:	**86.437.845/0001-64**	Inscrição Municipal:	
Nome fantasia:			
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: agosto/2025

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

DADOS BANCARIOS PARA PGTO.:
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 A601D4

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

LANÇADO

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

PAGO

30/09/2025 - 16:47:01 Porto Alegre

UNICRED

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

Dados da transação

Valor:	R$ 62.879,50
Data:	25/09/2025
Finalidade:	Crédito em Conta
Autenticação Documento:	36371742562325246833031163 1

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

ABREU BASTIAN SERVICOS DE SAUDE S/S LTDA

RUA MENINO DEUS, 63, SALAS 101 E 102 BL A
CENTRO - FLORIANOPOLIS - SC - 88.020-210
Telefone: 32478593
CNPJ: 15.272.721/0001-28
CMC: 475.859-5

DANFPS-E

Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Prestação de Serviços Eletrônica

Numero: 1689
Autorização: 212914
Emissão: 23/09/2025
Código de Verificação: E399-116D-6F86-9EF5

Dados do Tomador

NOME/RAZÃO SOCIAL				CFPS
Associação Beneficente Santa Teresinha				9202
ENDEREÇO		BAIRRO/DISTRITO		CEP
Rua Jacob Batista Uliano, 1370 -				88.750-000
MUNICÍPIO	UF	País	CPF/CNPJ/Outros	CMC
Braço do Norte	SC	BRASIL	86.437.845/0001-64	

Dados do(s) serviço(s)

Cód. Atividade	(Descrição CNAE) Descrição do Serviço	CST	Aliq.	Valor Unitário	Qtde	Valor Total
8630502	(ATIVIDADE MEDICA AMBULATORIAL COM RECURSOS PARA REALIZACAO DE EXAMES COMPLEMENTARES) REPASSE: 7707 - DR. MARCOS JULIANO DE ABREU	14	0,00	R$ 9.675,00	1	R$ 9.675,00

LANÇADO

PAGO

Cálulo do Imposto

Base de Cálculo de ISSQN	Valor do ISSQN	Base de Cálculo ISSQN Subst.	Valor do ISSQN Subst.	Valor Total dos Serviços
R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 9.675,00

Dados adicionais

IR R$ 145,13 / PCC R$ 449,89 / Valor líquido R$ 9.079,98

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: E399116D6F869EF5 E O NÚMERO DE INSCRIÇÃO DO EMITENTE NO CADASTRO MUNICIPAL DE CONTRIBUINTES - CMC: 4758595

30/09/2025 - 16:47:12 Porto Alegre

UNICRED

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

Dados da transação

Valor:	R$ 9.079,98
Data:	25/09/2025
Finalidade:	Crédito em Conta
Autenticação Documento:	867717425623252468330311636

Dados do recebedor

Recebedor:	ABREU BASTIAN SERVICOS
Cooperativa:	515
Conta para Crédito:	1457799

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
	62

Data da emissão da nota: 02/09/2025 23:18:10

Data do fato gerador: 02/09/2025 23:18:10

Código de verificação: RU6YQ6EXO

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia: JMR SERVIÇOS MÉDICOS

Nome/Razão social: JAMILLE DE MEIRA RIBEIRO LTDA — Inscrição estadual:

CPF/CNPJ: 51.465.948/0001-53 — Inscrição municipal: 13109 — Telefone:

Endereço: R LUIZ RODOLFO VERGINIO Número: S/N Bairro: COLONINHA CEP: 88750-000

Complemento: — Celular: (37) 99813-8146

Município: Braço do Norte — UF: SC

E-mail: iccontabeisdigital@gmail.com — 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: JACÒ BATISTA ULIANO Número: 1370 Bairro: CENTRO CEP: 88750-000

Complemento:

Município: Braço do Norte — UF: SC

E-mail: sbst@matrix.com.br — Telefone: (48) 3658-2244 — Celular: (48) 99902-1425

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

	Valor unitário	Qtd	Valor do serviço	Base de cálculo	(%)	ISS
DESFECHO HORA PLANTÃO PRONTO SOCORRO 08/2025 - 34 DESFECHOS	1.577,5000	1,0000	1.577,5000		x =	
HORA PLANTÃO PRONTO SOCORRO 08/2025 - 11: 30 HORAS .						

Forma de Pagamento

Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R$)
1		À vista	1.577,50								

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$ 1.577,50 — **Valor líquido = R$ 1.577,50**

Códigos dos serviços:

04.01 - Medicina e biomedicina.

LANÇADO

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

OUTRAS INFORMAÇÕES

Natureza da operação: Tributação no município

Situação tributária do ISSQN: Normal

Local da prestação do serviço: Braço do Norte

Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei Complementar Municipal nº 031/2005

Prestador de serviços optante pelo Simples Nacional.

Situação desta NFS-e: Normal

Documento emitido por ME ou EPP optante pelo simples Nacional.

PAGO

Valor aproximado do tributo federal - R$ 212,17 (13,45%), estadual - R$ 0,00 (0,00%), municipal - R$ 33,29 (2,11%) , com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - Fonte: IBPT

Verificar autenticidade

30/09/2025-16:47:16 Porto Alegre

UNICRED

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

Dados da transação

Valor:	R$ 1.577,50
Data:	25/09/2025
Finalidade:	Crédito em Conta
Autenticação Documento:	20250925111431230

Dados do recebedor

Recebedor:	JAMILLE DE MEIRA RIBEIRO LTDA
CNPJ/CPF:	51.465.948/0001-53
Instituição FInanceira:	260 - NU PAGAMENTOS - IP
Agência:	1
Conta:	725102717
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
	91

Data da emissão da nota: 02/09/2025 16:35:34

Data do fato gerador: 02/09/2025 16:35:34

Código de verificação: L7PRV1S1E

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia:

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: 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:

E-mail: financeiro@hospitalsantateresinha.org.br Telefone: Celular:

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

	Valor unitário	Qtd	Valor do serviço	Base de cálculo (%)	ISS
SERVIÇOS MÉDICOS EM PRONTO SOCORRO CONFORME RELATÓRIO 7736 DESFECHO HORA PLANTÃO PS 08/2025.	3.915,0000	1,0000	3.915,0000	3.915,00x2,01 =	78,69

FORMA DE PAGAMENTO

Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R$)

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$ 3.915,00 **Valor líquido = R$ 3.915,00**

Códigos dos serviços:

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

CNAE:

LANÇADO

Desc. condicionado(R$)	Desc. incondicionado(R$)	Deduções(R$)	Base de cálculo(R$)	Valor ISS(R$)
0,00	0,00	0,00	3.915,00	78,69

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.
Situação desta NFS-e: Normal.
Documento emitido por ME ou EPP optante pelo simples Nacional.

PAGO

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

30/09/2025 -16:47:24 Porto Alegre

UNICRED

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

Dados da transação

Valor:	R$ 3.915,00
Data:	25/09/2025
Finalidade:	Crédito em Conta
Autenticação Documento:	20250925111431627

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

PREFEITURA MUNICIPAL DE CRICIUMA

SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e

Número do RPS	Número da nota
	26

Data da emissão da nota: 02/09/2025 16:56:47

Data do fato gerador: 02/09/2025 16:56:47

Código de verificação: IXU4GK8MU

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia: PETRY SERVICOS MEDICOS

Nome/Razão social: PETRY SERVICOS MEDICOS LTDA

Inscrição estadual:

CPF/CNPJ: 58.234.019/0001-82 Inscrição municipal: 101103732

Telefone: (48) 2102-7146

Endereço: TADEU JOAQUIM SILVANO Número: 555 Bairro: MINA DO MATO CEP: 88810-480

Complemento:

Celular: (48) 99994-2792

Município: Criciúma UF:SC

E-mail: pEtrYsErvICOsmEdICOs145@gmAll.COm Site:

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia: HOSPITAL SANTA TERESINHA

Nome/Razão social: ASSOCIACAO BENEFICENTE SANTA TERESINHA

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

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

Complemento:

Município: Braço do Norte UF:SC

E-mail: Telefone: Celular:

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

	Valor unitário	Qtd	Valor do serviço	Base de cálculo (%)	ISS
Prestação de serviços médicos - Repasse - 7734	4.485,0000	1,0000	4.485,0000	4.485,00x2,01 =	90,15

HORA PLANTÃO PRONTO SOCORRO 08/2025 - 39 HORAS

Dr Pedro Henrique Magagnin Apolinário
CRM: 40880

Prestação de serviços médicos - Repasse - 7734 .	660,0000	1,0000	660,0000	660,00x2,01 =	13,27

DESFECHO HORA PLANTÃO PRONTO SOCORRO 08/2025 - 88 DESFECHOS

Dr Pedro Henrique Magagnin Apolinário
CRM: 40880

Dados Bancarios.
Banco: Sicredi
Ag: 2604
CT: 92733-7

LANÇADO

FORMA DE PAGAMENTO

Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R$)

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$ 5.145,00 **Valor líquido = R$ 5.145,00**

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	5.145,00	103,41

30/09/2025 - 16:47:28 Porto Alegre

UNICRED

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

Dados da transação

Valor:	R$ 5.145,00
Data:	25/09/2025
Finalidade:	Crédito em Conta
Autenticação Documento:	20250925111431840

Dados do recebedor

Recebedor:	PETRY SERVICOS MEDICOS LTDA
CNPJ/CPF:	58.234.019/0001-82
Instituição FInanceira:	748 - BCO COOPERATIVO SICREDI S.A.
Agência:	2604
Conta:	927337
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
	36

Data da emissão da nota: 02/09/2025 15:44:17

Data do fato gerador: 02/09/2025 15:44:17

Código de verificação: BPWLPAU1J

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
JOÃO GABRIEL ALVES MOREIRA DESFECHO HORA PLANTÃO PRONTO SOCORRO 08/2025 - 172 DESFECHOS HORA PLANTÃO PRONTO SOCORRO 08/2025 - 48 HORAS Banco: 336 - Banco C6 S.A. Agência: 0001 Conta corrente: 37664750-7 CNPJ: 59.051.554/0001-60 Nome: JGAM SERVICOS MEDICOS LTDA Chave Pix: 59.051.554/0001-60	6.810,0000	1,0000	6.810,0000	6.810,00x2,00 =	136,20

FORMA DE PAGAMENTO

Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R$)

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$ 6.810,00 — **Valor líquido = R$ 6.810,00**

Códigos dos serviços:

04.01 - Medicina e biomedicina.

CNAE:

LANÇADO

Desc. condicionado(R$)	Desc. incondicionado(R$)	Deduções(R$)	Base de cálculo(R$)	Valor ISS(R$)
0,00	0,00	0,00	6.810,00	136,20

PAGO

30/09/2025-16:47:31 Porto Alegre

UNICRED

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

Dados da transação

Valor:	R$ 6.810,00
Data:	25/09/2025
Finalidade:	Crédito em Conta
Autenticação Documento:	20250925111432074

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

CALEGARI CLINICA MEDICA LTDA **CNPJ:** 47.798.893/0001-26 ENG. ANNES GUALBERTO - 517, casa CEP: 88.735-000 - Bairro: CENTRO Município: GRAVATAL - SANTA CATARINA **Insc. Municipal:** 151119 - **Insc. Estadual:** Telefone: (48)9626-8061 - Celular: (48)9626-8061	Número da NFS-e **77**	Situação **Emitida**	Autenticidade
		Tipo **Preenchido**	

Nota Fiscal de Serviço Eletrônica - Série NFS-e

ESTADO DE SANTA CATARINA
PREFEITURA MUNICIPAL DE GRAVATAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO E FAZENDA

Identificador
8121 2209 2511 0648 6304 7798 8932 0250 9739 5129

Data Fato Gerador	Data/Hora Emissão
22/09/2025	**22/09/2025, 11:06**

TOMADOR DO SERVIÇO

Nome/Razão Social		CPF/CNPJ
ASSOCIACAO BENEFICENTE SANTA TERESINHA		86.437.845/0001-64
Endereço JACOB BATISTA ULIANO	**Número** 1370 -	**Complemento** NÃO INFORMADO
Bairro CENTRO	**CEP** 88.750-000	**Cidade** Braço do Norte - SC
País Brasil - BR - 1058	**Telefone** 483658-2244	**Email** sbst@matrix.bon.br

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS

Serviço	Local Prestação	Alíquota	Situação Trib.	Unidade Serviço	Quantidade Unidade	Valor Unidade	Valor Serviço	Desc. Incondic.	Valor Dedução	Valor ISS
403	8053	SIMPLES NACIONAL	TI	Qde	1	R$24.817,50	24.817,50	0,00	0,00	SIMPLES NACIONAL

Descrição do Serviço:
Serviço médico referente desfecho hora plantão PS 08/2025 - 445 Desfechos
Serviço médico referente Hora Plantão PS 08/2025 - 156 horas.
Profissional: FERNANDA OENNING CALEGARI
Conta para Recebimento Agência: 3078 / Conta corrente: 33421-9 / Código banco: 756

Valor Total	Desc. Incondicional	Dedução	Base de Cálculo	ISSQN
24.817,50	0,00	0,00	SIMPLES NACIONAL	SIMPLES NACIONAL
ISSRF	**IR**	**INSS**	**CSLL**	**COFINS**
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
PIS	**Outras Retenções**	**Total Trib. Federais**	**Desc. Condicional**	**Valor Líquido**
0,00	0,00	0,00	0,00	24.817,50

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.
8630503 - ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL RESTRITA A CONSULTAS

Legenda do Local de Prestação do Serviço
8053 - Braço do Norte

Outras Informações
TI - Tributada Integralmente
(403) Serviço tributado no município do prestador

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

Autorização para emissão de Nota Fiscal de Serviço Eletrônica: 80/2022 de 15/09/2022 00:00:00

A veracidade das informações declaradas na NFS-e podem ser consultadas no site:
https://gravatal.atende.net/autoatendimento/servicos/consulta-de-autenticidade-de-nota-fiscal-eletronica-nfse/detalhar/1/identificador/8121220925110648630477988932025097395129

A data de vencimento do ISS quando o mesmo for devido no município do Prestador: 17/10/2025

Valor aproximado dos tributos: Federais R$3.337,95 (13,45%), Estaduais R$0,00 (0,00%), Municipais R$516,20 (2,08%), com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - FONTE IBPT

LANÇADO

PAGO

30/09/2025 - 16:47:36 Porto Alegre

UNICRED

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

Dados da transação

Valor:	R$ 24.817,50
Data:	25/09/2025
Finalidade:	Crédito em Conta
Autenticação Documento:	20250925111432296

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 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
	1

Data da emissão da nota: 03/09/2025 13:56:55

Data do fato gerador: 03/09/2025 13:56:55

Código de verificação: DK7FQNE0H

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia:

Nome/Razão social: GUSTAVO ROCHA SERVIÇOS MÉDICOS LTDA

Inscrição estadual:

CPF/CNPJ: 61.250.010/0001-70 Inscrição municipal: 101106671

Telefone:

Endereço: ANTONIO CARDOSO DE AGUIAR Número: 115 Bairro: Próspera CEP: 88813-013

Complemento: SALA:01;CXPST:01

Celular: (48) 3413-4495

Município: Criciúma UF:SC

E-mail: GUSTAVOROCHAA94@GMAIL.COM Site:

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia: ASSOC. BENF. SANTA TERESINHA

Nome/Razão social: ASSOCIAÇÃO BENEF. SANTA TERESINHA

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

Endereço: INFORMADA NO COMPLEMENTO Número: 288 Bairro: CENTRO CEP: 88875-000

Complemento: RUA JACOB BATISTA ULIANO

Município: Braço do Norte UF:SC

E-mail: Telefone: Celular:

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

	Valor unitário	Qtd	Valor do serviço	Base de cálculo (%)	ISS
HORAS PLANTÃO PRONTO SOCORRO.	802,5000	1,0000	802,5000	802,50x2,01 =	16,13

FORMA DE PAGAMENTO

Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R$)

RETENÇÕES FEDERAIS

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

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

Códigos dos serviços:

04.01 - Medicina e biomedicina.

CNAE:

LANÇADO

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

OUTRAS INFORMAÇÕES

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

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

25/09/2025 - 15:20:41

UNICRED

Comprovante Pix enviado **Unicred - Internet Banking**

Dados da transação

ID/Transação:	E00075847202509251819SA8VLYRN850
Valor:	R$ 802,50
Data/Hora:	25/09/2025 - 15:20:41
Descrição:	NF 01

Dados do recebedor

Nome:	GUSTAVO ROCHA SERVICOS ME
CPF/CNPJ:	61.250.010/0001-70
Instituição:	CC UNICRED CENTRO-SUL LTDA - UNICRED CENTRO-SUL

Dados do pagador

Nome:	HOSPITAL SANTA TERESINHA
CPF/CNPJ:	86.437.845/0001-64
Instituição:	CC UNICRED CENTRO-SUL LTDA - UNICRED CENTRO-SUL

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

Voltar Imprimir

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

Certificado de Regularidade do FGTS - CRF

Inscrição: 86.437.845/0001-64

Razão Social: ASSOCIACAO BENEFICENTE SANTA TEREZINHA

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

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

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

Validade:04/10/2025 a 02/11/2025

Certificação Número: 2025100418240557291268

Informação obtida em 08/10/2025 10:13:20

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

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

Data: 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 16:04:01 do dia 24/09/2025 <hora e data de Brasília>.
Válida até 23/03/2026.
Código de controle da certidão: **83CE.1E07.B546.5F50**
Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.