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: nov/25

UNIDADE CONCEDENTE **PREFEITURA MUNICIPAL DE BRAÇO DO NORTE**	ORDENADOR DA DESPESA **LAURO BOEING JUNIOR**	**TERMO DE CONVÊNIO N° 001/2024** **TERMO ADITIVO N° 01/2025**
ENTIDADE BENEFICIADA **ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE SANTA TERESINHA**	CNPJ **86.437.845/0001-64**	
ENDEREÇO **RUA JACOB BATISTA ULIANO, 1370 - CENTRO**	CIDADE/ESTADO **BRAÇO DO NORTE - SC**	CEP **88750-000**
RESPONSÁVEL **PEDRO MICHELS NETO**	CPF **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
3047	21/11/25	140.149,51

LIQUIDAÇÃO		DATA DE PAGAMENTO	VALOR RECEBIDO
Nº 4322	24/11/2025	26/11/2025	140.149,51

DATA	Nº NOTA	HISTÓRICO (Credor)	NOTA FISCAL VALOR BRUTO	IMPOSTO RETIDO NO HST	RECEBIMENTOS	PAGAMENTO LÍQUIDO
26/11/25		Recebimento do Recurso			140.149,51	
26/11/25		Contrapartida - Recurso Próprio		0,00	316,91	
26/11/25	7	Cpdt Servicos Medicos Ltda	3.942,50	0,00		3.942,50
26/11/25	8	Idalina Cardoso Ltda	4.465,00	0,00		4.465,00
26/11/25	97	Ihc Servicos Medicos Ltda	6.847,50	0,00		6.847,50
26/11/25	6	Maria Isabel Lanna Ltda	8.142,50	0,00		8.142,50
26/11/25	1456	GSS - Gestão Serviços a Saúde Ltda	67.000,00	4.120,50		62.879,50
27/11/25	340	Muller Centro Medico Ltda	3.952,50	243,08		3.709,42
27/11/25	8	Vlg Servicos Medicos Ltda	680,00	0,00		680,00
27/11/25	92	Christian Damas Servicos Medicos Ltda	8.032,50	0,00		8.032,50
27/11/25	32	Bruno Stein Serviços Médicos Ltda	14.162,50	0,00		14.162,50
27/11/25		Devolução contrapartida a maior - Recurso Próprio	10,00	0,00		10,00
27/11/25	84	Calegari Clinica Medica Ltda	27.595,00	0,00		27.595,00
TOTAL					140.466,42	140.466,42

LOCAL E DATA	Braço do Norte/SC, 12/12/2025

Pedro Michels Neto
Presidente

Vitor Hugo Abitante
Diretor-geral

Jéssica dos Santos Cardozo
Analista de Controladoria

Marina Boeng Borges
Coord. Adminstrativo Financeiro

Cuidando da sua saúde em todos os momentos.

Hospital Santa Teresinha
BRAÇO DO NORTE/SC

Ofício nº 473/2025

Braço do Norte/SC, 12 de dezembro 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 27/10/2025 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, 12 de dezembro 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, 12 de dezembro 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 dezembro de 2025.

Marcos Lima Michels
Conselho Fiscal

Extrato

UNICRED

Período de 25/11/2025 a 02/12/2025

HOSPITAL SANTA TERESINHA - **.***.

Coop: 566 - AG: 1405 - Conta: 1524372

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

Saldo em 24/11/2025: R$ 0,00

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

Data	Lançamentos	Valor (R$)	Saldo (R$)
26/11/2025	RECEBIMENTO DE TED D STR (Doc.: 191477 / PM B NORTE FMS)	R$ 140.149,51	R$ 140.149,51
26/11/2025	TRANSFERENCIA ENTRE CONTAS - IB (Doc.: 1524364 / HOSPITAL SANTA TERES)	R$ 316,91	R$ 140.466,42
26/11/2025	TRANSFERENCIA ENTRE CONTAS - CAIXA (Doc.: 5490014 / CPDT SERVICOS MEDICO)	- R$ 3.942,50	R$ 136.523,92
26/11/2025	TRANSFERENCIA ENTRE CONTAS - CAIXA (Doc.: 4661001 / IDALINA CARDOSO SERV)	- R$ 4.465,00	R$ 132.058,92
26/11/2025	TRANSFERENCIA ENTRE CONTAS - CAIXA (Doc.: 5651638 / IHC SERVICOS MEDICOS)	- R$ 6.847,50	R$ 125.211,42
26/11/2025	TRANSFERENCIA ENTRE CONTAS - CAIXA (Doc.: 4661095 / MARIA ISABEL LANNA L)	- R$ 8.142,50	R$ 117.068,92
26/11/2025	TRANSFERENCIA ENTRE CONTAS - SIM - CNAB (Doc.: 164194 / GSS - GESTAO SERVICO)	- R$ 62.879,50	R$ 54.189,42
27/11/2025	DEBITO TRANSFERENCIA PIX (Doc.: DEB PIX / MULLER CENTRO MEDICO LTDA)	- R$ 3.709,42	R$ 50.480,00
27/11/2025	DEBITO TRANSFERENCIA PIX (Doc.: DEB PIX / VLG SERVICOS MEDICOS LTDA)	- R$ 680,00	R$ 49.800,00
27/11/2025	DEBITO TRANSFERENCIA PIX (Doc.: DEB PIX / CHRISTIAN DAMAS SERVICOS MEDICOS LTDA)	- R$ 8.032,50	R$ 41.767,50
27/11/2025	DEBITO TRANSFERENCIA PIX (Doc.: DEB PIX / BRUNO STEIN SERVICOS MEDICOS LTDA)	- R$ 14.162,50	R$ 27.605,00
27/11/2025	TRANSFERENCIA ENTRE CONTAS - IB (Doc.: 1524364 / HOSPITAL SANTA TERES)	- R$ 10,00	R$ 27.595,00
27/11/2025	ENVIO TED D STR - IB/ATM (Doc.: TED / CALEGARI CLINICA MEDICA LTDA)	- R$ 27.595,00	R$ 0,00

27/11/2025 - 14:48:30 Porto Alegre

UNICRED

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

Dados da transação

Valor:	R$ 316,91
Data:	26/11/2025
Finalidade:	Crédito em Conta
Autenticação Documento:	56779732663385247735232163 6

Dados do recebedor

Recebedor:	HOSPITAL SANTA TERESINHA
Cooperativa:	566
Conta para Crédito:	1524372

Dados do Pagador

Cooperado:	HOSPITAL SANTA TERESINHA
Conta:	1524364
Cooperativa:	566

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

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

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

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 **7**	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 0311 2520 4449 4306 1780 1042 0251 1739 5579

Data Fato Gerador	Data/Hora Emissão
03/11/2025	**03/11/2025 20:44:49**

TOMADOR DO SERVIÇO

Nome/Razão Social		CPF/CNPJ
HOSPITAL SANTA TERESINHA		86.437.845/0001-64
Endereço PADRE JACOB LUIZ	**Número** 1370	**Complemento** NÃO INFORMADO
Bairro CENTRO	**CEP** 88750000	**Cidade - Estado** 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	HR	29,00	115,00	3.335,00	0,00	0,00	0,00

Descrição do Serviço: Serviços Medicos prestados pela Dra. Camila Pezente Dal Toé CRM 40924 PLANTAO DO PRONTO SOCORRO 29 HORAS - 01/10 REPASSE 7948 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	UN	81,00	7,50	607,50	0,00	0,00	0,00

Descrição do Serviço: Serviços Medicos prestados pela Dra. Camila Pezente Dal Toé CRM 40924 PLANTAO DO PRONTO SOCORRO 81 DESFECHOS 01/10 REPSSE 7948 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
3.942,50	0,00	0,00	3.942,50	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	3.942,50

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: 12/12/2025

Valor aproximado dos tributos: Federais R$13,45 (0,34%), Estaduais R$0,00 (0,00%), Municipais R$2,11 (0,05%), 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

PAGO

LANÇADO

27/11/2025 - 14:42:39 Porto Alegre

UNICRED

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

Dados da transação

Valor:	R$ 3.942,50
Data:	26/11/2025
Finalidade:	Crédito em Conta
Autenticação Documento:	46873712565385247833232163 9

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

IDALINA CARDOSO LTDA	DANFPS-E
AVENIDA PREFEITO OSMAR CUNHA, 416, SALA 1108 CENTRO - FLORIANÓPOLIS - SC - 88.015-100 CNPJ: 61.536.720/0001-60 CMC: 827.606-4	**Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Prestação de Serviços Eletrônica** **Numero: 8** **Autorização: 6324222** **Emissão: 14/11/2025** **Código de Verificação: 85E2-93D4-AD32-5684**

Dados do Tomador

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

Dados do(s) serviço(s)

Cód. Atividade	(Descrição CNAE) Descrição do Serviço	CST	Aliq.	Valor Unitário	Qtde	Valor Total
8630599	(ATIVIDADES DE ATENÇÃO AMBULATORIAL NÃO ESPECIFICADAS ANTERIORMENTE) DESFECHO HORA PLANTAO PRONTO SOCORRO 10/2025 - 120 DESFECHOS, HORA PLANTAO PRONTO SOCORRO 10/2025 - 31 HORAS	1	0,00	R$ 4.465,00	1	R$ 4.465,00

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$ 4.465,00

Dados adicionais

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

A VALIDADE E AUTENTICIDADE DESTE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO ELETRÔNICA PODERÃO SER COMPROVADAS MEDIANTE CONSULTA À PÁGINA DA SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA - SMF NA INTERNET, NO ENDEREÇO portal.pmf.sc.gov.br/sites/notaeletronica, EM VERIFICAR AUTENTICIDADE >> PRODUÇÃO, INFORMANDO O CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO: 85E293D4AD325684 E O NÚMERO DE INSCRIÇÃO DO EMITENTE NO CADASTRO MUNICIPAL DE CONTRIBUINTES - CMC: 8276064

PAGO

LANÇADO

27/11/2025-14:42:39 Porto Alegre

UNICRED

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

Dados da transação

Valor:	R$ 4.465,00
Data:	26/11/2025
Finalidade:	Crédito em Conta
Autenticação Documento:	66374712565385247833232163l

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

PREFEITURA DE ORLEANS

Secretaria de Administração e Finanças

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número do RPS	Número da nota
	97

Data da emissão da nota: 19/11/2025 15:23:26

Data do fato gerador: 19/11/2025 15:23:26

Código de verificação: LORXWT3JY

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia: IHC SERVIÇOS MÉDICOS LTDA.

Nome/Razão social: IHC SERVIÇOS MÉDICOS LTDA — Inscrição estadual:

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

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

Complemento: — Celular: (48) 99907-2986

Município: Orleans UF: SC

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

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia: HOSPITAL SANTA TERESINHA

Nome/Razão social: ASSOCIACAO BENEFICENTE SANTA TERESINHA

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

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

Complemento: RUA : JACOB BATISTA ULIANO

Município: Braço do Norte UF: SC

E-mail: Telefone: Celular:

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

	Valor unitário	Qtd	Valor do serviço	Base de cálculo (%)	ISS
DESFECHO HORA PLANTÃO PRONTO SOCORRO 10/2025 - 8 DESFECHOS .	607,5000	1,0000	607,5000	607,50x2,01 =	12,21
HORA PLANTÃO PRONTO SOCORRO 10/2025 - 48 HORAS .	6.240,0000	1,0000	6.240,0000	6.240,00x2,01 =	125,42

Forma de Pagamento

Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R$)
1		À vista	6.847,50								

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$ 6.847,50 — **Valor líquido = R$ 6.847,50**

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	6.847,50	137,63

OUTRAS INFORMAÇÕES

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

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

LANCADO

Verificar autenticidade

Valor aproximado do tributo federal - R$ 920,99 (13,45%), estadual - R$ 0,00 (0,00%), municipal - R$ 144,48 (2,11%) , com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - Fonte: IBPT

PAGO

27/11/2025 - 14:42:39 Porto Alegre

UNICRED

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

Dados da transação

Valor:	R$ 6.847,50
Data:	26/11/2025
Finalidade:	Crédito em Conta
Autenticação Documento:	76874712565385247833232163 7

Dados do recebedor

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

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 FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-E

NOTA BLU

Número da Nota Fiscal: **6**
Série: **E**
Data Emissão: **11/11/2025**
Certificação: **D52E1A401**

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**
Município: **BLUMENAU** UF: **SC** CEP: **89010-001**
E-mail: **atendimento03@contbrasildigital.com.br** Telefone: **8996961101**
País: **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.:
Município: **BLUMENAU** UF: **SC** CEP: **88750-000**
E-mail: **contabilidade@hospitalsantateresinha.org.br** Telefone: **4836589420**
País: **BRASIL** Nif:

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS PELA DRA. MARIA ISABEL LANNA LTDA
CRM: 40779
HORA PLANTÃO PRONTO SOCORRO 10/2025 - 59 HORAS
REPASSE: 7961

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$ 8.142,50**

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$ 8.142,50**	**2,0000%**	**R$ 162,85**
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$ 8.142,50**

ENQUADRAMENTO DO SERVIÇO

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

OUTRAS INFORMAÇÕES

Mês de Competência: **11/2025** Local do Recolhimento: **BLUMENAU/SC** Data Geração: **11/11/2025 17:23:33**
Recolhimento: **Sem Retenção** Tributação: **Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP)**
CNAE: **8630502** **Empresa Optante do Simples Nacional**

Observações:

Impresso em: 11/11/2025 às 17:23:38 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: 6
Certificação
D52E1A401

PAGO

LANÇADO

27/11/2025 - 14:42:39 Porto Alegre

UNICRED

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

Dados da transação

Valor:	R$ 8.142,50
Data:	26/11/2025
Finalidade:	Crédito em Conta
Autenticação Documento:	86375712565385247833232163O

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

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 1399 série NFSE, emitido em 10/11/2025

Número e Série da NFS-e	**00000001456 / A1**
Data e Hora da Emissão	**10/11/2025 07:57:58**
Competência	**11/2025**
Código de Verificação	**MC2D-3JMC**

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: outubro/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 B0591B

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 a outro Município, a ser recolhido pelo prestador do serviço

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

ANÇADO PAGO

27/11/2025-14:42:39 Porto Alegre

UNICRED

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

Dados da transação

Valor:	R$ 62.879,50
Data:	26/11/2025
Finalidade:	Crédito em Conta
Autenticação Documento:	96875712565385247833232163 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 DE TUBARÃO
SECRETARIA DA FAZENDA

NOTA FISCAL	NÚMERO RPS	DATA DE EMISSÃO NOTA	DATA DO FATO GERADOR
0000340		03/11/2025 17:54:45	03/11/2025

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 10/2025 - 63 DESFECHOS	472,50	472,50
	1	HORA PLANTÃO PRONTO SOCORRO 10/2025 - 24 HORAS	3.480,00	3.480,00

OBSERVAÇÕES

Dr. Vitor Dionisio Muller

TOTAL GERAL: 3.952,50

	IMPOSTOS FEDERAIS					IMPOSTOS MUNICIPAIS			
RETIDO	INSS	PIS/PASEP	COFINS	IR	CSLL	ALÍQUOTA ISS	BASE DE CÁLCULO	TOTAL ISS	VALOR LÍQUIDO
NÃO	0,00	25,69	118,57	59,29	39,53	3,0000 %	3.952,50	118,58	3.709,42

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$ 531,61 (13.45%)

ESTE DOCUMENTO PODE SER VALIDADO NO SITE **www.prefeituramoderna.com.br**

CÓDIGO DE VALIDAÇÃO - a7b25d30f85ef80d766a85cbcded741f

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 **0000340.**

NÚMERO NOTA FISCAL: **0000340**

_____/_____/_____
Data do Recebimento

_____
Identificação e assinatura do recebedor

BAUHAUS SISTEMAS ®

PAGO

27/11/2025 - 10:07:47

UNICRED

Comprovante Pix enviado **Unicred - Internet Banking**

Dados da transação

ID/Transação:	E00075847202511271256 3HNFW8CYU0T
Valor:	R$ 3.709,42
Data/Hora:	27/11/2025 - 10:07:47

Dados do recebedor

Nome:	MULLER CENTRO MEDICO LTDA
CPF/CNPJ:	44.681.549/0001-64
Instituição:	ITAÚ UNIBANCO S.A.

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

PREFEITURA MUNICIPAL DE CRICIUMA

SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e

Número do RPS	Número da nota
	8

Data da emissão da nota: 04/11/2025 13:34:10

Data do fato gerador: 04/11/2025 13:34:10

Código de verificação: CBLVMIDZS

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia: VLG SERVICOS MEDICOS

Nome/Razão social: VLG SERVICOS MEDICOS LTDA

Inscrição estadual:

CPF/CNPJ: 61.121.066/0001-24 Inscrição municipal: 101107201

Telefone:

Endereço: ARARANGUA Número: 689 Bairro: CENTRO CEP: 88801-600

Complemento: APT 1001

Celular: (48) 9180-2480

Município: Criciúma UF:SC

E-mail: VALENTTINALMGOELZER@GMAIL.COM Site:

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia: HOSPITAL SANTA TEREZINHA

Nome/Razão social: ASSOCIACAO BENEFICENTE 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: 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
DESFECHO HORA PLANTÃO PRONTO SOCORRO 10/2025 - 14 DESFECHOS - VALENTTINA LUISA MULLER GOELZER - CHAVE PIX 61121066000124	105,0000	1,0000	105,0000	105,00x2,01 =	2,11
HORA PLANTÃO PRONTO SOCORRO 10/2025 - 5H - VALENTTINA LUISA MULLER GOELZER - CHAVE PIX 61121066000124	575,0000	1,0000	575,0000	575,00x2,01 =	11,56

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$ 680,00 **Valor líquido = R$ 680,00**

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	680,00	13,67

OUTRAS INFORMAÇÕES

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

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

27/11/2025 - 10:07:48

UNICRED

Comprovante Pix enviado **Unicred - Internet Banking**

Dados da transação

ID/Transação:	E00075847202511271257WZE63FBUTFY
Valor:	R$ 680,00
Data/Hora:	27/11/2025 - 10:07:48

Dados do recebedor

Nome:	VLG SERVICOS MEDICOS LTDA
CPF/CNPJ:	61.121.066/0001-24
Instituição:	COOP SICREDI SUL SC

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

PREFEITURA MUNICIPAL DE CRICIUMA

SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e

Número do RPS	Número da nota
	92

Data da emissão da nota: 10/11/2025 21:00:25

Data do fato gerador: 10/11/2025 21:00:25

Código de verificação: 9M6JYNADH

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia:

Nome/Razão social: CHRISTIAN DAMAS SERVIÇOS MÉDICOS LTDA

Inscrição estadual:

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

Telefone: (48) 4899-6466

Endereço: 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
SERVIÇOS PRESTADO PELO Dr. CHRISTIAN DAMAS CRM nº 36527/SC . DESFECHO HORA PLANTÃO PRONTO SOCORRO 10/2025 - 143 DESFECHOS HORA PLANTÃO PRONTO SOCORRO 10/2025 - 48 HORAS Repasse : 7949	8.032,5000	1,0000	8.032,5000	8.032,50x2,01 =	161,45

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$ 8.032,50 **Valor líquido = R$ 8.032,50**

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	8.032,50	161,45

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.

Dados bancários:
EMPRESA - Christian Damas Serviços Médicos Ltda - 53.150.424/0001-07
Banco: NU PAGAMENTO S/A. - 0260
AGÊNCIA: 001

LANÇADO

PAGO

Verificar autenticidade

27/11/2025 - 10:07:48

UNICRED

Comprovante Pix enviado **Unicred - Internet Banking**

Dados da transação

ID/Transação:	E00075847202511271252ZCNH9XCM8LZ
Valor:	R$ 8.032,50
Data/Hora:	27/11/2025 - 10:07:48

Dados do recebedor

Nome:	CHRISTIAN DAMAS SERVICOS MEDICOS LTDA
CPF/CNPJ:	53.150.424/0001-07
Instituição:	NU PAGAMENTOS - IP

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

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LONDRINA

SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

Data/hora de geração deste espelho: 07/11/25 08:36:23

Número da Nota	Cód. de Verificação	Data de Emissão	Data de Cancelamento
000000000032	IOV4-9KWP	07/11/2025	–

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: **BRUNO STEIN SERVIÇOS MÉDICOS LTDA**

CNPJ/CPF: **58.583.492/0001-75** Inscrição Municipal (CMC): **3637794**

Endereço: **RUA VIRGINIA, 56 BOX 27;**

Kennedy CEP 86060180

Município: **LONDRINA** UF: **Paraná**

TOMADOR DE SERVIÇOS

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

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

Endereço: **JACOB BATISTA ULIANO, 1370**

CENTRO CEP 88750000

Município: **BRAÇO DO NORTE** UF: **Santa Catarina**

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS

SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADO PELO DR BRUNO DIOGO STEIN
DESFECHO HORA PLANTÃO PRONTO SOCORRO 10/2025 - 332 DESFECHOS
HORA PLANTÃO PRONTO SOCORRO 10/2025 - 101:30 HORAS
DADOS BANCÁRIOS:
Banco: 001
Agência: 201-1
Conta: 76067-6
Titular: Bruno Diogo Stein
CNPJ ou CPF conforme titular da conta
CHAVE PIX:585834920001-75

Retenção ISS: **R$ 0,00** Retenção PIS: **R$ 0,00** Retenção COFINS: **R$ 0,00**

Retenção IR: **R$ 0,00** Retenção CSLL: **R$ 0,00** Retenção INSS: **R$ 0,00**

VALOR TOTAL DA NOTA = R$ 14.162,50

Código e Descrição do Serviço

401 - MEDICINA E BIOMEDICINA

Deduções de base de cálculo (R$)	Base de Cálculo ISS (R$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R$)
-	**14.162,50**	**Inutilizado conf. art. 59 par. 4º**	**Resolução 140/2018 CGSN**

OUTRAS INFORMAÇÕES

- Valor liquido: R$ 14.162,50. Competência: 07/11/2025
- Esta NFS-e foi emitida com respaldo no Decreto nº 786, de 04/07/2012. Consulta de autenticidade: http://iss.londrina.pr.gov.br
- Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional. Não gera direito a Crédito Fiscal de IPI.
- ISS devido deve ser recolhido pelo Prestador por meio do DAS.

PAGO

LANÇADO

27/11/2025 - 10:07:48

UNICRED

Comprovante Pix enviado **Unicred - Internet Banking**

Dados da transação

ID/Transação:	E00075847202511271250 2KVXLWKG5EA
Valor:	R$ 14.162,50
Data/Hora:	27/11/2025 - 10:07:48

Dados do recebedor

Nome:	BRUNO STEIN SERVICOS MEDICOS LTDA
CPF/CNPJ:	58.583.492/0001-75
Instituição:	BCO DO BRASIL S.A.

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

27/11/2025-14:42:39 Porto Alegre

UNICRED

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

Dados da transação

Valor:	R$ 10,00
Data:	27/11/2025
Finalidade:	Crédito em Conta
Autenticação Documento:	26772732062315248833232163 2

Dados do recebedor

Recebedor:	HOSPITAL SANTA TERESINHA
Cooperativa:	566
Conta para Crédito:	1524364

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 **84**	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 1011 2516 4146 4804 7798 8932 0251 1739 5626

Data Fato Gerador	Data/Hora Emissão
10/11/2025	**10/11/2025, 16:41**

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$27.595,00	27.595,00	0,00	0,00	SIMPLES NACIONAL

Descrição do Serviço:
Serviço médico referente desfecho hora plantão PS 10/2025 - 494 Desfechos.
Serviço médico referente Hora Plantão PS 10/2025 - 166 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
27.595,00	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	27.595,00

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/81211011251641464804779889320251173956 26

A data de vencimento do ISS quando o mesmo for devido no município do Prestador: 16/12/2025

Valor aproximado dos tributos: Federais R$3.711,53 (13,45%), Estaduais R$0,00 (0,00%), Municipais R$573,98 (2,08%), com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - FONTE IBPT

PAGO

LANÇADO

UNICRED

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

Dados da transação

Valor:	R$ 27.595,00
Data:	27/11/2025
Finalidade:	Crédito em Conta
Autenticação Documento:	20251127144107811

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

Voltar Imprimir

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

Certificado de Regularidade do FGTS - CRF

Inscrição: 86.437.845/0001-64

Razão Social: ASSOCIACAO BENEFICENTE SANTA TERESINHA

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:30/11/2025 a 29/12/2025

Certificação Número: 2025113003020557291230

Informação obtida em 09/12/2025 15:45:32

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

nado 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.