G3360217369491231
02/05/2025 17:49:40

# Consultas - Extrato de conta corrente

## Conta creditada

Agência 3156-9
Conta 1032023-7 SANTA CASA CONV 032023
Período Não informado

## Remetentes

| Remetente | Data | Documento | Valor R$ | Tipo DOC | Finalidade | Banco | Favorecido | CPF/CNPJ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SP 352130 FMS CT SUSCUSTEIOSUS | 02/05/2025 | 68.479.465 | 38.214,32 | 9 | Crédito em conta | 104 CEF | IRMANDADE STA CASA MIS DE IPUA | 11.369.190/0001-35 |

Transação efetuada com sucesso por: JD793515 MIRIAN APARECIDA GIROLAMO DOS SANTO.

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC 0800 729 0722

Ouvidoria BB 0800 729 5678
Para deficientes auditivos 0800 729 0088

CONVENIO 03-2023
C – 103.2023-7

# Relação de Pagamento

Razao Social: **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA**
CNPJ/CEI : **45.708.765/0001-19** CPF: Fone: **(16)3832-1222**

Data : 04/04/2025
Hora : 17:22
Folha: 0007

**FOLHA DE PAGAMENTO**

Referência: **03/2025** Pagamento: **05/04/2025**

Centro de Custo: **028 - CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL - CAPS.**

| * | Código | Nome | CPF | Banco | Agência | Conta | Valor |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| F | 309 | STELA CANDIDO NUNES DA SILVA | 437.966.318-35 | 001-BANCO DO BRASIL | 03156-9 | C/000000015421-0 | 3.646,22 |
| Legenda: F=Funcionario | | / Trabalhadores: 1 | | | | Total: | **3.646,22** |

CONVENIO 03-2023
C - 103.2023-7

# Remessa

Cliente IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA

Data 04/04/2025

## Dados do(s) Arquivo(s)

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Arquivo | 032025 LSM | | | | |
| Data de modificação | 04/04/2025-16:48:34 | Tamanho | 2420 bytes | | |
| Formato | CNAB240 | Início do envio | 16:48:34 | Fim do envio | 16:48:34 |
| Resultado | Arquivo enviado com sucesso | | | | |
| Arquivo | 032025 CAPS | | | | |
| Data de modificação | 04/04/2025-16:48:35 | Tamanho | 1452 bytes | | |
| Formato | CNAB240 | Início do envio | 16:48:34 | Fim do envio | 16:48:34 |
| Resultado | Arquivo enviado com sucesso | | | | |
| Arquivo | 032025 ESPA Plantao | | | | |
| Data de modificação | 04/04/2025-16:48:35 | Tamanho | 2904 bytes | | |
| Formato | CNAB240 | Início do envio | 16:48:34 | Fim do envio | 16:48:34 |
| Resultado | Arquivo enviado com sucesso | | | | |
| Arquivo | 032025 SUS | | | | |
| Data de modificação | 04/04/2025-16:48:36 | Tamanho | 19844 bytes | | |
| Formato | CNAB240 | Início do envio | 16:48:35 | Fim do envio | 16:48:35 |
| Resultado | Arquivo enviado com sucesso | | | | |
| Arquivo | 032025 AESMS | | | | |
| Data de modificação | 04/04/2025-16:48:36 | Tamanho | 6292 bytes | | |
| Formato | CNAB240 | Início do envio | 16:48:36 | Fim do envio | 16:48:36 |
| Resultado | Arquivo enviado com sucesso | | | | |
| Arquivo | 032025 ABSESF | | | | |
| Data de modificação | 04/04/2025-16:48:37 | Tamanho | 8712 bytes | | |
| Formato | CNAB240 | Início do envio | 16:48:36 | Fim do envio | 16:48:36 |
| Resultado | Arquivo enviado com sucesso | | | | |
| Arquivo | 032025 UCP | | | | |
| Data de modificação | 04/04/2025-16:48:38 | Tamanho | 20328 bytes | | |
| Formato | CNAB240 | Início do envio | 16:48:38 | Fim do envio | 16:48:38 |
| Resultado | Arquivo enviado com sucesso | | | | |
| Arquivo | 032025 Santa Casa | | | | |
| Data de modificação | 04/04/2025-16:48:38 | Tamanho | 3872 bytes | | |
| Formato | CNAB240 | Início do envio | 16:48:36 | Fim do envio | 16:48:36 |
| Resultado | Arquivo enviado com sucesso | | | | |

## Dados da transmissão

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Início do envio | 16:48:36 | Fim do envio | 16:48:36 | Total Enviado | 3872 bytes |

Transação efetuada com sucesso por: JD793515 MIRIAN APARECIDA GIROLAMO DOS SANTO.

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC 0800 729 0722

Ouvidoria BB 0800 729 5678
Para deficientes auditivos 0800 729 0088

G334041704225601051
04/04/2025 17:16:46

# Pagamentos a terceiros

## Dados consultados

| | |
|---|---|
| Agência | 3156-9 |
| Conta | 1032023-7 IRMANDADE DA SANTA CASA DE MIS |
| Descrição lote | PAG SALARIO C/CTA |
| Situação lote | LIBERADO |
| Data para débito | 04/04/2025 |
| Data para pagamento | 07/04/2025 |

## Favorecidos

| Nome | Situação lançamento | Banco | Agência | Conta | Valor R$ |
|---|---|---|---|---|---|
| STELA CANDIDO NUNES DA SI | LIBERADO | 001 | 3156 | 15.421 | 3.646,22 |

Transação efetuada com sucesso por: JD793515 MIRIAN APARECIDA GIROLAMO DOS SANTO.

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC 0800 729 0722

Ouvidoria BB 0800 729 5678
Para deficientes auditivos 0800 729 0088

# GFD - Guia do FGTS Digital

FGTS Digital

| CPF/CNPJ do Empregador | Nome/Razão Social do Empregador | Pagar este documento até |
|---|---|---|
| 45.708.765 | IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA | 17/04/2025 às 21:59:59 (Brasília) |

| Núm. de Pág. | Identificador | Tag | Valor a recolher |
|---|---|---|---|
| 1 | 0125041164928011-7 | CAPS - CENTRO DE ATENCAO | 336,46 |

## Composição do Documento

**Informações de recolhimentos do FGTS**

| Competência | Quantidade Trabalhadores | FGTS Mensal | FGTS Rescisório | Indenização Compensatória | Encargos FGTS | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 03/2025 | 1 | 336,46 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 336,46 |
| **Total FGTS:** | | **336,46** | **0,00** | **0,00** | **0,00** | **336,46** |

**Informações de recolhimentos do Consignado**

Não há informações de recolhimentos do Consignado

**Total da Guia:** **336,46**

CONVENIO 03-2023
C – 103.2023-7

**Observações**

O sistema de cobrança administrativa da Auditoria Fiscal do Trabalho começou a enviar por meio do Domicílio Eletrônico Trabalhista – DET notificações a empregadores com pendências de FGTS.

Data de geração da Guia: 11/04/2025 às 15:45:14 - Página 1/1

O detalhamento da guia pode ser consultado através do endereço https://fgtsdigital.sistema.gov.br

FGTS
FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

**PIX Copia e Cola:**

00020101021226900014br.gov.bcb.pix2568pix-qrcode.caixa.gov.br/api/v2/cobv/547dd4118bd84fa891632ccf51d298cc52040000530398658028R5923CAIXA ECONOMICA FEDERAL6008Brasilia62070503***6304803C

**Payload Location:**

pix-qrcode.caixa.gov.br/api/v2/cobv/547dd4118bd84fa891632ccf51d298cc

# Consultas - Extrato de conta corrente

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
11/04/2025 - AUTOATENDIMENTO - 17.25.13
3156903156 0001

Comprovante Pix

CLIENTE: SANTA CASA CONV 032023
AGENCIA: 3156-9 CONTA: 1.032.023-7

==========

PAGAMENTO VIA QR CODE

---

ID: E00000000202504111941436369894 68
CNPJ DO PAGADOR: 45.708.765/0001-19
VALOR: R$336,46
TARIFA: R$0,00
DATA: 11/04/2025 - 16:41:53
COD PRODUTO: bc8731e2e3fa4e11a572d6985f03a9a3
DEVEDOR: E DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA
CNPJ DO DEVEDOR: 45.***.***/****-19

---

PAGO PARA: Caixa Economica Federal
CNPJ: 360.305/0001-04
INSTITUICAO: 00360305 CAIXA ECONOMICA FEDERAL

---

Esta transação pode ser tarifada em até 0,99%, com valor máximo de R$10,00. O valor definitivo poderá ser consultado no BBDPJ.

---

Notificacao enviada em: 11/04/2025 - 16:41:54

==========

DOCUMENTO: 041101
AUTENTICACAO SISBB: 8.86A.745.28D.7E1.987

==========

Central de Atendimento BB
4004 0001
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais habituais agencia, SAC e Demais canais de atendimento.

Atendimento a deficientes auditivos ou fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de cartao e outros produtos e servicos de Ouvidoria.

# PM DE SAO JOAQUIM DA BARRA

## PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAQUIM DA BARRA

## NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

**Número da NFS-e**
**9450**

Código de Verificação de Autenticidade
**VX4XEKA4G**

Data e Hora de Emissão da NFS-e
**11/04/2025 às 10:23:42**

*Chave de Acesso*
2111527D8VJTFSUPUQH6OJHSS1E1EHBG

**Para certificação da autenticidade acesse http://intranet.saojoaquimdabarra.sp.gov.br:5661/issweb, menu consultas e informe os dados desta NFS-e.**

### Informações Fiscais

| Exigibilidade do ISS | Número do Processo | Município de Incidência do ISS | Local da Prestação |
|---|---|---|---|
| **Exigível** | | **SAO JOAQUIM DA BARRA-SP** | **SAO JOAQUIM DA BARRA - SP** |

| Número do RPS | Série do RPS | Tipo do RPS | Data do RPS | Competência |
|---|---|---|---|---|
| | | | | **11/04/2025** |

| Optante Simples Nacional | Incentivo Fiscal | Regime Especial Tributação | Tipo ISS |
|---|---|---|---|
| **1 - Sim** | **2 - Não** | **Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP)** | **03 - Sobre Faturamento** |

### PRESTADOR DE SERVIÇOS

| CPF/CNPJ | RG/Inscrição Estadual | Inscrição Municipal | Cadastro | Nome/Razão Social |
|---|---|---|---|---|
| **01.013.181/0001-53** | | **08012** | **08012** | ECAMEST - EMPRESA DE CONSULTORIA E ASSESSORIA EM |

| Logradouro | Complemento | Bairro |
|---|---|---|
| **RUA RUA SAO BENEDITO, 00450** | | **VILA BELA VISTA** |

| CEP | Cidade | Telefone | E-mail |
|---|---|---|---|
| **14600-000** | **SÃO JOAQUIM DA BARRA - SP** | | |

### TOMADOR DE SERVIÇOS

| CPF/CNPJ/Documento | RG/Inscrição Estadual | Inscrição Municipal | Nome/Razão Social |
|---|---|---|---|
| **45.708.765/0001-19** | | | **IRMANDADE SANTA CASA MISERICÓRDIA DE IPUÃ** |

| Logradouro | Complemento | Bairro |
|---|---|---|
| **RUA FERDINANDO FRATIN, 335** | | **CENTRO** |

| CEP/Cod.Postal | Cidade/País | Cod. IBGE | Telefone | E-mail |
|---|---|---|---|---|
| **14610-000** | **IPUA - SP** | **3521309** | **16 38321222** | **santacasaipua@com4.com.br** |

### Discriminação dos Serviços

| Qtde. | Un. Medida | Descrição | Vlr. Unitário | Total |
|---|---|---|---|---|
| 1.0 | UN | ASSESSORIA E CONSULTORIA EM MEDICINA E SEGURANCA DO TRABALHO : CONVÊNIO 03 - CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL | 27.05 | R$ 27,05 |

CONVENIO 03-2023
C – 103.2023-7

### Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS

**Construção Civil**

| LC 116/2003: **17.01** | Alíquota | Atividade Município | Código CNAE | Código da Obra | Código ART |
|---|---|---|---|---|---|
| **Assessoria ou consultoria de qualquer natureza, não contida em outros itens desta lista; anális...** | **3,4212%** | **0000170000001** | | | |

| Valor Total dos Serviços | Desconto Incondicionado | Deduções Base Cálculo | Base de Cálculo | Total do ISS | ISS Retido | Desconto Condicionado |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **R$ 27,05** | **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 27,05** | **R$ 0,93** | **2 - Não** | **R$ 0,00** |

### Retenções de Impostos

| PIS | COFINS | INSS | IRRF | CSLL | Outras Retenções |
|---|---|---|---|---|---|
| **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 0,00** |

**Valor Líquido da NFS-e: R$ 27,05**

Val. Aprox. Tributos:

### Informações Complementares

empresa optante pelo simples nacional

RECEBI(EMOS) DE **ECAMEST - EMPRESA DE CONSULTORIA E ASSESSORIA EM MEDICINAE SEGURANCA LTDA** O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO **9450** E CÓDIGO DE

| Data | CPF/RG | Assinatura |
|---|---|---|
| ___/___/___ | _____ | _____ |

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUÃ - DESCREVER NA NOTA: ASSESSORIA E CONSULTORIA EM MEDICINA E SEGURANCA DO TRABALHO : CONVÊNIO 03 - CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL

| NOME DO COLABORADOR | VALOR POR VIDA: | |
|---|---|---|
| STELA CANDIDO NUNES DA SILVA | | 27,05 |
| **VALOR DA NOTA:** | **R$** | **27,05** |

**Quatidade de vidas:** **1**

**RECIBO DO PAGADOR**

Banco Itaú S.A. | 341-7 | **34191.57007 04044.970426 62311.890008 7 10520000002705**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Local de pagamento:** Pague pelo aplicativo, internet ou em agências e correspondentes. | | | | | Vencimento **15/04/2025** |
| Beneficiário **ECAMEST E C A E MEDICINA** **CNPJ/CPF:** 01.013.181/0001-53 RUA SAO BENEDITO, 450, , 14600000 - CENTRO - SAO JOAQUIM DA BARRA - SP | | | | | Agência/Código Beneficiário 0426/23118-9 |
| Data do documento 11/04/2025 | Núm. do documento | Espécie Doc. DV | Aceite N | Data Processamento 11/04/2025 | Nosso Número 157 / 00040449 - 7 |
| Uso do Banco | Carteira 157 | Espécie R$ | Quantidade | Valor | (=) Valor do Documento **27,05** |
| **Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o BENEFICIÁRIO.** NF 9450 | | | | | (-) Descontos/Abatimento |
| | | | | | (+) Juros/Multa |
| | | | | | (=) Valor Cobrado |
| **Pagador:** IRM.STA CASA DE IPUA **CNPJ/CPF:** 45.708.765/0001-19 RUA FERDINANDO FRATIN- 335 , 14610000 - CENTRO - IPUA - SP **Beneficiário final:** **CNPJ/CPF:** | | | | | |

Autenticação mecânica


Banco Itaú S.A. | 341-7 | **34191.57007 04044.970426 62311.890008 7 10520000002705**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Local de pagamento:** Pague pelo aplicativo, internet ou em agências e correspondentes. | | | | | Vencimento **15/04/2025** |
| Beneficiário **ECAMEST E C A E MEDICINA** **CNPJ/CPF:** 01.013.181/0001-53 RUA SAO BENEDITO, 450, , 14600000 - CENTRO - SAO JOAQUIM DA BARRA - SP | | | | | Agência/Código Beneficiário 0426/23118-9 |
| Data do documento 11/04/2025 | Núm. do documento | Espécie Doc. DV | Aceite N | Data Processamento 11/04/2025 | Nosso Número 157 / 00040449 - 7 |
| Uso do Banco | Carteira 157 | Espécie R$ | Quantidade | Valor | (=) Valor do Documento **27,05** |
| **Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o BENEFICIÁRIO.** NF 9450 | | | | | (-) Descontos/Abatimento |
| | | | | | (+) Juros/Multa |
| | | | | | (=) Valor Cobrado |
| **Pagador:** IRM.STA CASA DE IPUA **CNPJ/CPF:** 45.708.765/0001-19 RUA FERDINANDO FRATIN- 335 , 14610000 - CENTRO - IPUA - SP **Beneficiário final:** **CNPJ/CPF:** | | | | | |


**Ficha de Compensação**

Autenticação mecânica


Em caso de dúvidas, de posse do comprovante, contate seu gerente ou a Central no 40901685 (capitais e regiões metropolitanas) ou 0800 7701685(demais localidades). Reclamações, informações e cancelamentos: SAC 0800 728 0728, 24 horas por dia ou Fale Conosco: www.itau.com.br/empresas. Se não ficar satisfeito com a solução, contate a Ouvidoria: 0800 570 0011, em dias úteis, das 9h às 18h. Deficiente auditivo/fala: 0800 722 1722


CONVENIO 03-2023
C – 103.2023-7

G338151510630003011
15/04/2025 15:16:32

## Pagar com código de barras (versão antiga)

15/04/2025 - BANCO DO BRASIL - 15:16:33
315603156 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: SANTA CASA CONV 032023
AGENCIA: 3156-9 CONTA: 1.032.023-7

==========

ITAU UNIBANCO S.A.

---

34191570070404497042662311890008710520000002705
BENEFICIARIO:
ECAMEST E C A E MEDICINA
NOME FANTASIA:
ECAMEST E C A E MEDICINA
CNPJ: 01.013.181/0001-53
BENEFICIARIO FINAL:
ECAMEST E C A E MEDICINA
CNPJ: 01.013.181/0001-53
PAGADOR:
IRM.STA CASA DE IPUA
CNPJ: 45.708.765/0001-19

---

| | |
|---|---|
| NR. DOCUMENTO | 41.501 |
| DATA DE VENCIMENTO | 15/04/2025 |
| DATA DO PAGAMENTO | 15/04/2025 |
| VALOR DO DOCUMENTO | 27,05 |
| VALOR COBRADO | 27,05 |

==========

NR.AUTENTICACAO 0.0AE.5D9.255.7BC.CCC

==========

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais habituais agencia, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes,cancelamento de cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Transação efetuada com sucesso por: JD793515 MIRIAN APARECIDA GIROLAMO DOS SANTO.

Prefeitura Municipal de Franca
14401-150 - Rua Frederico Moura - Cidade Nova - FRANCA - SP
# Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Competência **04/2025**

| Número RPS: | Número Nota Fiscal: | Data Emissão |
|---|---|---|
| | **783** | **14/04/2025** |

**C.F.P. - CLINICA FRANCANA DE PSIQUIATRIA LTDA**

14400-520 - RUA GENERAL OSORIO, 2248 - BAIRRO SAO JOSE
FRANCA - SP - CEP: 14400-520
**CNPJ/CPF:14.167.679/0001-12** Inscr. Estadual/RG:
Email: magnofelicio@hotmail.com
Telefone: 1637218463 CCM 59018

**Local do Serviço: 1 - SERVIÇO PRESTADO NO MUNICÍPIO DE FRANCA**
Natureza Operação: Prestação de Serviços
Sub item da lista de serviço: 4.01 - Medicina e biomedicina.

Exigibilidade ISS: Exigível Incentivo Fiscal: NÃO Regime ISS: Movimento Local de Incidência: Franca - SP

| **Nota Fiscal Fatura** | Fatura Nro **783** | Valor R$ **8.258,80** | Vencimento **À vista** |
|---|---|---|---|

**Dados do Tomador de Serviço**

**IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA**
R FERDINANDO FRATIN, 335 - CENTRO
IPUA - SP - Brasil - CEP: 14610000
CNPJ/CPF: 45.708.765/0001-19 Inscrição Estadual/RG: Inscrição Municipal:
E-mail: faturamento@santacasaipua.com.br
End. Cobrança:

**Dados do Intermediário**

CNPJ/CPF: Inscrição Estadual/RG: Inscrição Municipal:
- - - - CEP:

**Valor por extenso** OITO MIL E DUZENTOS E CINQUENTA E OITO REAIS E OITENTA CENTAVOS

| Qtd | Un | Discriminação dos Serviços | Valor Unitário | Valor Total |
|---|---|---|---|---|
| 1 | | REFERENTE A 80 CONSULTAS MEDICAS DE PSIQUIATRIA NO VALOR UNITARIO DE 110,00 , NO PERIODO DE MARÇO DE 2025 /CONVENIO 03/2023/C.A.P.S CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL Banco Santander Agencia 0009- c/c 13 005806-6 | 8.800,00 | 8.800,00 |

**Valor Aprox. Tributos:** R$ 1.383,36 (15,72%) **Fonte:**

CONVENIO 03-2023
C – 103.2023-7

Observação:

Forma de Pagamento: À vista

| | | |
|---|---|---|
| Total dos Serviços | | 8.800,00 |
| Total de Deduções | | 0,00 |
| Desc. Incondicionado | | 0,00 |
| Base de Cálculo | | 8.800,00 |
| ISS SEM RETENÇÃO | 2,00 % | 176,00 |
| Desc. Condicionado | | 0,00 |

| Total da Nota | RETENÇÕES | | | | | | | Total Líquido |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ISS | IRRF | PIS | COFINS | CSLL | INSS | OUTROS | |
| 8.800,00 | 0,00 | 132,00 | 57,20 | 264,00 | 88,00 | 0,00 | 0,00 | 8.258,80 |

Esta é a chave de validação: ZLRS-XVZK
A validação dessa nota pode ser realizada no endereço: www.franca.sp.gov.br

**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE IPUÃ**
**CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL 1 "Branca Macário Ferreira"**
Rua José Bonifácio nº 181, Centro - Cx Postal 5 - CEP 14610-000 - Ipuã – São Paulo
**Fone** (16) 3832-0193 - **Whatsapp** (16) 99707-6537 -
caps@ipua.sp.gov.br

**Ipuã, 01 de Abril de 2025.**

# COMUNICADO

Venho por meio deste, comunicar que a empresa **C.F.P. CLINICA FRANCANA DE PSIQUIATRIA LTDA, CNPJ: 14.167.679/0001-12** realizou 80 Consultas Psiquiátricas no mês de Março de 2025, segue anexo relatório de produção.

**VANESSA PIETRO**
**CHEFE DE DIVISÃO DA SAÚDE MENTAL**

---

De acordo com o comunicado acima, eu Camila Aparecida Rocha de Rezende, gestora do **Convênio 03/2023**, declaro ciência do relatório anexo.

Camila Ap. Alves da Rocha
Enfermeira
Coren-SP 845.597

**CAMILA APARECIDA ROCHA DE REZENDE**
**GESTORA DO PLANO DE TRABALHO DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA**

---

De acordo com os relatórios, solicito pagamento da empresa acima citada.

Honorato

**PRISCILA HONORATO DE OLIVEIRA**
**SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

G338151510630003042
15/04/2025 15:36:39

# TED

## Debitado

| | |
|---|---|
| Agência | 3156-9 |
| Conta corrente | 1032023-7 SANTA CASA CONV 032023 |

## Creditado

| | |
|---|---|
| Banco | 33 BCO SANTANDER (BRASIL) S.A. |
| Agência (sem DV) | 9 FRANCA |
| Conta corrente (com DV) | 130058066 |
| Conta Pagamento | 0000 |
| CNPJ | 14.167.679/0001-12 |
| Nome favorecido | C.F.P. - CLINICA FRANCANA DE PSIQUIATRI |
| Finalidade | CREDITO EM CONTA |
| Número documento | 41.502 |
| Valor | 8.258,80 |
| Data transferência | 15/04/2025 |
| "C" - CPF/CNPJ diferente | |
| Autenticação SISBB | 6AC553F1BC896C5D |

Transação efetuada com sucesso por: JD793515 MIRIAN APARECIDA GIROLAMO DOS SANTO.

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC 0800 729 0722

Ouvidoria BB 0800 729 5678
Para deficientes auditivos 0800 729 0088

# PREFEITURA DO MUNICIPIO DE IPUA

**SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS**

**NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFe**

| Número da Nota | Data do Serviço |
|---|---|
| 00000085 | 15/04/2025 |

Data e Hora de Emissão: 15/04/2025 17:46:13

Código de Verificação: EQGDPC-000085/2025

## PRESTADOR DE SERVIÇOS

CNPJ/CPF: **36.056.127/0001-70** Inscrição Municipal: **3769** Inscrição Estadual: -

Nome/Razão Social: **VANESSA APARECIDA LOURENCO**

Endereço: **AV.JOAO CARLOS DA ROCHA 1647, - BOM RETIRO - CEP: 14610000**

E-mail:

Telefone: **() 99975033** Celular:

Município: **IPUA** UF: **SP**

## TOMADOR DE SERVIÇOS

CNPJ/CPF: **45.708.765/0001-19** Inscrição Municipal: **1.116.0181** Insc.Estadual:

Nome/Razão Social: **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA**

Endereço: **R. FERDINANDO FRATIN 335, - CENTRO - CEP: 14610000**

Email: Telefone:

Município: **IPUA** UF: **SP**

## DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

REFERENTE A 149 HORAS DE T.O. NO VALOR UNITÁRIO DE R$ 25,00. NO MÊS DE MARCO DE 2025.

CONVÊNIO: 03/2023 - C.A.P.S. - CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL

VALOR BRUTO: R$ 3.725,00

CONVENIO 03-2023
C – 103.2023-7

**VALOR TOTAL DA NOTA = R$ 3.725,00 | VALOR LIQUIDO = R$ 3.725,00**

Código do Serviço: 04.08
Terapia ocupacional, fisioterapia e fonoaudiologia.

| Base de Cálculo (R$): | | Alíquota Simples Nacional(%): | ISS (R$): | |
|---|---|---|---|---|
| --- | | 2,01 | --- | |
| I.R. (R$): 0,00 | I.N.S.S. (R$): 0,00 | COFINS (R$): 0,00 | C.S.L.L. (R$): 0,00 | P.I.S. (R$): 0,00 |

### OUTRAS INFORMAÇÕES

Condições de Pagamento: DADOS BANCARIOS: Banco 756 SICOOB Agência 3206.9 C/C: 3.212.055-9.
A autenticidade desta NF-e deve ser confirmada no site https://nfseipua.gcaspp.com/autenticidade.aspx
Contribuinte enquadrado sob o regime de tributação " **SIMPLES NACIONAL**"
***DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL.***
***NÃO GERA DIREITO A CRÉDITO FISCAL DE IPI.***

Local da Prestação = **IPUA / SP - ISS Devido ao prestador**

Autenticidade

Recebi (emos) de: **VANESSA APARECIDA LOURENCO**
Os serviços constantes na Nota Fiscal Eletrônica de Serviços Nº **00000085** - Série **ELETRONICA**
Condições de Pagamento: **DADOS BANCARIOS: Banco 756 SICOOB Agência 3206.9 C/C: 3.212.055-9.**
Data de Recebimento: / / Assinatura:

**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE IPUÃ**
**CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL 1 "Branca Macário Ferreira"**
Rua José Bonifácio nº 181, Centro - Cx Postal 5 - CEP 14610-000 - Ipuã – São Paulo
**Fone** (16) 3832-0193 - **Whatsapp** (16) 99707-6537 -
caps@ipua.sp.gov.br

**Ipuã, 01 de Abril 2025.**

# COMUNICADO

Venho por meio deste, comunicar que a empresa **VANESSA APARECIDA LOURENCO, CNPJ: 36.056.127/0001-70,** prestou serviço de Atendimento Especializado em Terapia Ocupacional no CAPS I "Branca Macário Ferreira" no total de **149 horas, no** mês de março de 2025. Segue anexo controle de horas e relatório de produção.

**VANESSA PIETRO**
**CHEFE DE DIVISÃO DA SAÚDE MENTAL**

---

De acordo com o comunicado acima, eu Camila Aparecida Rocha de Rezende, gestora do **Convênio 03/2023**, declaro ciência do relatório anexo.

Camila Ap. Alves da Rocha
Enfermeira
Coren-SP 345.597

**CAMILA APARECIDA ROCHA DE REZENDE**
**GESTORA DO PLANO DE TRABALHO DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA**

---

De acordo com os relatórios, solicito pagamento da empresa acima citada.

**PRISCILA HONORATO DE OLIVEIRA**
**SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

# SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE.

## CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

**"Branca Macário Ferreira"**

**Rua José Bonifácio nº 181, Centro - Cx Postal 5- Fone: (16) 3832-0193**

**CEP 14610-000 - I P U Ã – Estado de São Paulo E-mail: caps@ipua.sp.gov.br**


**CRONOGRAMA DE HORAS VANESSA AP. LOURENÇO -MARÇO 2025**

| DIA | ENTRADA | SAÍDA | ENTRADA | SAÍDA | TOTAL DE HORAS DIA |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | SÁBADO | SÁBADO | SÁBADO | SÁBADO | SÁBADO |
| 2 | DOMINGO | DOMINGO | DOMINGO | DOMINGO | DOMINGO |
| 3 | PONTO FACULTATIVO | PONTO FACULTATIVO | PONTO FACULTATIVO | PONTO FACULTATIVO | PONTO FACULTATIVO |
| 4 | FERIADO | FERIADO | FERIADO | FERIADO | FERIADO |
| 5 | : | Ausente | : | : | : |
| 6 | 07:00 | 15:30 | : | : | 08:30 |
| 7 | 07:00 | 12:00 | 13:00 | 16:30 | 08:30. |
| 8 | SÁBADO | SÁBADO | SÁBADO | SÁBADO | SÁBADO |
| 9 | DOMINGO | DOMINGO | DOMINGO | DOMINGO | DOMINGO |
| 10 | 07:00 | 11:00 | 11:30 | 16:30 | 09:00 |
| 11 | 07:00 | 15:30 | : | : | 08:30 |
| 12 | 07:00 | 12:00 | 13:00 | 16:30 | 08:30. |
| 13 | 07:00 | 15:00 | : | : | 08:00. |
| 14 | 07:00 | 11:00 | 11:30 | 16:30 | 09:00. |
| 15 | SÁBADO | SÁBADO | SÁBADO | SÁBADO | SÁBADO |
| 16 | DOMINGO | DOMINGO | DOMINGO | DOMINGO | DOMINGO |
| 17 | 07:00 | 16:30 | : | : | 09:30 |
| 18 | 07:00 | 15:00 | : | : | 08:00 |
| 19 | 07:00 | 16:30. | : | : | 09:30 |
| 20 | 07:00 | 15:00 | : | : | 08:00 |
| 21 | 07:00 | 16:30 | : | : | 09:30. |
| 22 | SÁBADO | SÁBADO | SÁBADO | SÁBADO | SÁBADO |
| 23 | DOMINGO | DOMINGO | DOMINGO | DOMINGO | DOMINGO |
| 24 | 07:00 | 16:30 | : | : | 09:30 |
| 25 | 07:00 | 15:00 | : | : | 08:00 |
| 26 | : | Feriado | : | : | : |
| 27 | 07:00 | 16:00 | : | : | 09:00. |
| 28 | 07:00 | 12:00 | 13:00 | 16:30 | 08:30. |
| 29 | SÁBADO | SÁBADO | SÁBADO | SÁBADO | SÁBADO |
| 30 | DOMINGO | DOMINGO | DOMINGO | DOMINGO | DOMINGO |
| 31 | 07:00 | 16:30. | : | : | 09:30 |

149

G331161424404725015
16/04/2025 14:34:37

# TED

## Debitado

| | |
|---|---|
| Agência | 3156-9 |
| Conta corrente | 1032023-7 SANTA CASA CONV 032023 |

## Creditado

| | |
|---|---|
| Banco | 756 BANCO SICOOB S.A. |
| Agência (sem DV) | 3206 CC COOCRELIVRE |
| Conta corrente (com DV) | 32120559 |
| Conta Pagamento | 0000 |
| CNPJ | 36.056.127/0001-70 |
| Nome favorecido | VANESSA APARECIDA LOURENCO |
| Finalidade | CREDITO EM CONTA |
| Número documento | 41.601 |
| Valor | 3.725,00 |
| Data transferência | 16/04/2025 |
| "C" - CPF/CNPJ diferente | |
| Autenticação SISBB | 0774D7AD6E0820AB |

Transação efetuada com sucesso por: JD793515 MIRIAN APARECIDA GIROLAMO DOS SANTO.

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC 0800 729 0722

Ouvidoria BB 0800 729 5678
Para deficientes auditivos 0800 729 0088

# PREFEITURA DO MUNICIPIO DE IPUA

**SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS**

**NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFe**

| Número da Nota | Data do Serviço |
|---|---|
| 00000044 | 17/04/2025 |

Data e Hora de Emissão: 17/04/2025 08:28:39

Código de Verificação: LBWUAR-000044/2025

## PRESTADOR DE SERVIÇOS

CNPJ/CPF: **45.039.842/0001-95** Inscrição Municipal: **000003971** Inscrição Estadual: -

Nome/Razão Social: **RENATA CRISTINA ALVES PERSONAL TRAINER - ME**

Endereço: **PEDRO CARLOS DE ALVARENGA 905, CASA - OLHOS D AGUA - CEP: 14610000**

E-mail: **ESCRITORIOSLUCASCONTABIL25@HOTMAIL.COM**

Telefone: **()** Celular:

Município: **IPUA** UF: **SP**

## TOMADOR DE SERVIÇOS

CNPJ/CPF: **45.708.765/0001-19** Inscrição Municipal: **1.116.0181** Insc.Estadual:

Nome/Razão Social: **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA**

Endereço: **R. FERDINANDO FRATIN 335, - CENTRO - CEP: 14610000**

Email: **CONTABILIDADE@SANTACASAIPUA.COM.BR** Telefone:

Município: **IPUA** UF: **SP**

## DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

Referente a 119 horas e 30 minutos prestadas como educadora fisica no valor unitario de R$25,00 no mês de Março de 2025. Convenio:03/2023-C.A.P.S - Centro de Atenção Psicossocial.
Conta Bancaria
Banco do Brasil:
Agencia:3156-9
Conta Corrente:20325-4

CONVENIO 03-2023
C – 103.2023-7

**VALOR TOTAL DA NOTA = R$ 2.987,50 | VALOR LIQUIDO = R$ 2.987,50**

Código do Serviço: 06.04
Ginástica, dança, esportes, natação, artes marciais e demais atividades fisicas.

| Base de Cálculo (R$): | Alíquota Simples Nacional(%): | ISS (R$): |
|---|---|---|
| --- | 2,00 | --- |

| I.R. (R$): | I.N.S.S. (R$): | COFINS (R$): | C.S.L.L. (R$): | P.I.S. (R$): |
|---|---|---|---|---|
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

## OUTRAS INFORMAÇÕES

A autenticidade desta NF-e deve ser confirmada no site https://nfseipua.gcaspp.com/autenticidade.aspx
Contribuinte enquadrado sob o regime de tributação **" SIMPLES NACIONAL"**
***DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL.***
***NÃO GERA DIREITO A CRÉDITO FISCAL DE IPI.***

Local da Prestação = **IPUA / SP - ISS Devido ao prestador**

Autenticidade

Recebi (emos) de: **RENATA CRISTINA ALVES PERSONAL TRAINER - ME**
Os serviços constantes na Nota Fiscal Eletrônica de Serviços Nº **00000044** - Série **ELETRONICA**
Condições de Pagamento:
Data de Recebimento: / / Assinatura:

**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE IPUÃ**
**CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL 1 "Branca Macário Ferreira"**
Rua José Bonifácio nº 181, Centro - Cx Postal 5 - CEP 14610-000 - Ipuã – São Paulo
**Fone** (16) 3832-0193 - **Whatsapp** (16) 99707-6537 -
caps@ipua.sp.gov.br

**Ipuã, 01 de Abril de 2025.**

# COMUNICADO

Venho por meio deste, comunicar que a empresa **RENATA CRISTINA ALVES PERSONAL TREINER ME, CNPJ: 45.039.842/0001-95,** prestou serviço de Atendimento Especializado em Práticas Corporais no CAPS I "Branca Macário Ferreira" no total de **119:50 horas,** no mês Março, conforme controle de horas e relatório de produção em anexo.

**VANESSA PIETRO**
**CHEFE DE DIVISÃO DA SAÚDE MENTAL**

---

De acordo com o comunicado acima, eu Camila Aparecida Rocha de Rezende, gestora do **Convênio 03/2023**, declaro ciência do relatório anexo.

Camila Ap. Alves da Rocha
Enfermeira
Coren SP 345.597

**CAMILA APARECIDA ROCHA DE REZENDE**
**GESTORA DO PLANO DE TRABALHO DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA**

---

De acordo com os relatórios, solicito pagamento da empresa acima citada.

Honorato

**PRISCILA HONORATO DE OLIVEIRA**
**SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

# SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE.

## CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

**"Branca Macário Ferreira"**

**Rua José Bonifácio nº 181, Centro - Cx Postal 5- Fone: (16) 3832-0193**
**CEP 14610-000 - I P U Ã – Estado de São Paulo E-mail: caps@ipua.sp.gov.br**


**CRONOGRAMA DE HORAS RENATA CRISTINA ALVES -MARÇO 2025**

| DIA | ENTRADA | SAÍDA | ENTRADA | SAÍDA | TOTAL DE HORAS DIA |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | SÁBADO | SÁBADO | SÁBADO | SÁBADO | SÁBADO |
| 2 | DOMINGO | DOMINGO | DOMINGO | DOMINGO | DOMINGO |
| 3 | PONTO FACULTATIVO | PONTO FACULTATIVO | PONTO FACULTATIVO | PONTO FACULTATIVO | PONTO FACULTATIVO |
| 4 | FERIADO | FERIADO | FERIADO | FERIADO | FERIADO |
| 5 | 13:00 | : | : | 15:00 | 02:00 |
| 6 | : | : | AUSÊNCIA TOTAL | : | |
| 7 | 07:00 | : | : | 13:00 | 06:00 |
| 8 | SÁBADO | SÁBADO | SÁBADO | SÁBADO | SÁBADO |
| 9 | DOMINGO | DOMINGO | DOMINGO | DOMINGO | DOMINGO |
| 10 | 07:00 | 15:00 | 19:30 | 21:00 | 09:30 |
| 11 | 10:00 | 16:00 | 19:00 | 21:00 | 08:00 |
| 12 | 07:00 | : | : | 15:00 | 08:00 |
| 13 | 10:00 | : | : | 16:00 | 06:00 |
| 14 | 07:00 | : | : | 10:00 | 03:00 |
| 15 | SÁBADO | SÁBADO | SÁBADO | SÁBADO | SÁBADO |
| 16 | DOMINGO | DOMINGO | DOMINGO | DOMINGO | DOMINGO |
| 17 | 07:00 | 15:00 | 19:30 | 21:00 | 09:30 |
| 18 | 10:00 | 16:00 | 19:00 | 21:00 | 08:00 |
| 19 | 07:00 | : | : | 15:00 | 08:00 |
| 20 | 10:00 | : | : | 16:00 | 06:00 |
| 21 | 07:00 | : | : | 16:30 | 09:30 |
| 22 | SÁBADO | SÁBADO | SÁBADO | SÁBADO | SÁBADO |
| 23 | DOMINGO | DOMINGO | DOMINGO | DOMINGO | DOMINGO |
| 24 | 07:00 | 15:00 | 19:30 | 21:00 | 09:30 |
| 25 | 10:00 | 16:00 | 19:00 | 21:00 | 08:00 |
| 26 | : | : | FERIADO | : | : |
| 27 | 10:00 | : | : | 16:00 | 06:00 |
| 28 | 07:00 | : | : | 10:00 | 03:00 |
| 29 | SÁBADO | SÁBADO | SÁBADO | SÁBADO | SÁBADO |
| 30 | DOMINGO | DOMINGO | DOMINGO | DOMINGO | DOMINGO |
| 31 | 07:00 | 15:00 | 19:30 | 21:00 | 09:30 |

119:50.

G337171302093816038
17/04/2025 13:22:22

## Entre contas correntes BB

### Debitado

| | |
|---|---|
| Nome | SANTA CASA CONV 032023 |
| Agência | 3156-9 |
| Conta corrente | 1032023-7 |

### Creditado

| | |
|---|---|
| Nome | RENATA C A P TRAINER |
| Agência | 3156-9 |
| Conta corrente | 20325-4 |
| Valor | 2.987,50 |
| Data | Nesta data |

Transação efetuada com sucesso por: JD793515 MIRIAN APARECIDA GIROLAMO DOS SANTO.

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC 0800 729 0722

Ouvidoria BB 0800 729 5678
Para deficientes auditivos 0800 729 0088

Receita Federal

# Documento de Arrecadação de Receitas Federais

| CNPJ | Razão Social |
|---|---|
| 45.708.765/0001-19 | IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA |

| Período de Apuração | Data de Vencimento | Número do Documento | Pagar este documento até |
|---|---|---|---|
| Março/2025 | 17/04/2025 | 07.16.25107.1965076-3 | 17/04/2025 |

Observações
**Nº Recibo Declaração: 50000333956297**

Valor Total do Documento
**151,07**

## Composição do Documento de Arrecadação

| Código | Denominação | Principal | Multa | Juros | Total |
|---|---|---|---|---|---|
| 0561 | IRRF - RENDIMENTO DO TRABALHO ASSALARIADO<br>07 IRRF - RD TRB ASSAL PAÍS/AUS NO EXT A SERV PAÍS<br>PA:03/2025 Vencimento:17/04/2025 | 151,07 | | | 151,07 |
| | **Totais** | **151,07** | | | **151,07** |

CONVENIO 03-2023
C – 103.2023-7

SENDA (Versão:5.2.3) Página: 1 / 1 17/04/2025 10:10:59

85800000001 1 51070385251 4 07071625107 9 19650763838 8

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

---

## Documento de Arrecadação de Receitas Federais

85800000001 1 | 51070385251 4 | 07071625107 9 | 19650763838 8

| | |
|---|---|
| CNPJ: | 45.708.765/0001-19 |
| Número: | 07.16.25107.1965076-3 |
| Pagar até: | 17/04/2025 |
| Valor: | 151,07 |

Pague com o PIX

| MARÇO/2025. | | |
|---|---|---|
| **Conferir com as guias emitidas.** | | |
| **INSS** | | |
| SANTA CASA - 3200-X | R$ | 1.265,29 |
| UNIDADE DE CUIDADOS PROLONGADOS - U.C.P. 1062023-0 | R$ | 5.121,49 |
| ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE – ESTR.SAÚDE DA FAMÍLIA - 1012023-8 | R$ | 2.239,45 |
| ATENÇÃO ESPECIALIZADA – SISTEMA MUNICIPAL SAÚDE -1022023-2 | *-R$* | *156,63* |
| SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - S.U.S. 1062023-0 | R$ | 6.909,11 |
| EXECUÇÃO SERV.PRONTO ATENDIMENTO-ESPA-PLANTÃO 1052023-6 | R$ | 1.175,87 |
| CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS - 1032023-7 | *-R$* | *3.807,46* |
| LEITOS DE SAUDE MENTAL - L.S.M. - 1062023-0 | R$ | 782,76 |
| **SUB TOTAL - CÓDIGO DARF 1082 - SEGURADO EMPREGADO** | **R$** | **13.529,88** |
| AUTÔNOMOS–ATENÇÃO BÁSICA SAÚDE-E.S.F.CONTADOR-1012023-8 | R$ | 607,20 |
| AUTÔNOMOS–CONTADOR-EX.SERV.P.AT.ESPA-PLANTÃO-1052023-6 | R$ | 303,60 |
| AUTÔNOMOS – SANTA CASA - CONTADOR - U.C.P. 1062023-0 | R$ | 455,40 |
| AUTÔNOMOS – SANTA CASA - CONTADOR - 3200-X | R$ | 265,28 |
| AUTÔNOMOS – SANTA CASA - 3200-X | R$ | 513,33 |
| AUTÔNOMOS - UNIDADE CUIDADOS PROLONGADOS-UCP-1062023-0 | R$ | - |
| **SUB TOTAL - CÓDIGO DARF 1099 - CONTR. INDIVIDUAIS** | **R$** | **2.144,81** |
| **TOTAL.....** | **R$** | **15.674,69** |

| DARF – PIS - FOLHA 03/2025. | | |
|---|---|---|
| SANTA CASA - 3200-X | R$ | 164,48 |
| UNIDADE DE CUIDADOS PROLONGADOS - U.C.P. - 1062023-0 | R$ | 1.104,78 |
| ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE – ESTR.SAÚDE DA FAMÍLIA - 1012023-8 | R$ | 331,78 |
| ATENÇÃO ESPECIALIZADA – SISTEMA MUNICIPAL SAÚDE - 1022023-2 | R$ | 191,10 |
| SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - S.U.S. 1062023-0 | R$ | 1.044,89 |
| EXECUÇÃO SERV.PRONTO ATENDIMENTO-ESPA-PLANTÃO 1052023-6 | R$ | 130,37 |
| CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS - 1032023-7 | R$ | - |
| LEITOS DE SAUDE MENTAL - L.S.M. - 1062023-0 | R$ | 91,59 |
| **TOTAL.....** | **R$** | **3.058,99** |

| DARF – IRRF - 0561 - FOLHA 02/2025 - PAGO EM 03/2025. | | |
|---|---|---|
| SANTA CASA -3200-X | R$ | 204,69 |
| UNIDADE DE CUIDADOS PROLONGADOS - U.C.P. - 1062023-0 | R$ | 1.703,92 |
| ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE – ESTR.SAÚDE FAMÍLIA -1012023-8 | R$ | - |
| ATENÇÃO ESPECIALIZADA – SISTEMA MUNICIPAL SAÚDE - 1022023-2 | R$ | - |
| SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - S.U.S. 1062023-0 | R$ | 1.494,77 |
| EXECUÇÃO SERV.PRONTO ATENDIMENTO-ESPA-PLANTÃO 1052023-6 | R$ | 670,99 |
| CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS - 1032023-7 | R$ | 151,07 |
| LEITOS DE SAUDE MENTAL - L.S.M. - 1062023-0 | R$ | 39,14 |
| **SUB TOTAL.....** | **R$** | **4.264,58** |
| **DARF – IRRF - 0588 - FOLHA 02/2025 - PAGO EM 03/2025.** | | |
| UNIDADE DE CUIDADOS PROLONGADOS - U.C.P. - 1062023-0 | R$ | - |
| SANTA CASA - AUTÔNOMOS - 3200-X | R$ | - |
| SANTA CASA – CONTADOR - 3200-X | R$ | 1.160,04 |
| **SUB TOTAL.....** | **R$** | **1.160,04** |
| **TOTAL.....** | **R$** | **5.424,62** |

| FGTS - 03/2025. | | |
|---|---|---|
| SANTA CASA - 3200-X | R$ | 1.315,84 |
| 015 - UNIDADE DE CUIDADOS PROLONGADOS - U.C.P. 1062023-0 | R$ | 9.225,29 |
| 017 - ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE – E.S.F. - 1012023-8 | R$ | 2.654,04 |
| 018 - ATENÇÃO ESPECIALIZADA – S.M.S. - 1022023-2 | R$ | 1.643,10 |
| 026 - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - S.U.S. - 1062023-0 | R$ | 8.535,19 |
| 027 - EXECUÇÃO SERV.PRONTO ATENDIMENTO-PLANTÃO-1052023-6 | R$ | 1.042,92 |
| 028 - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS - 1032023-7 | R$ | 336,46 |
| 029 - LEITOS DE SAUDE MENTAL - L.S.M. - 1062023-0 | R$ | 732,83 |
| **TOTAL.....** | **R$** | **25.485,67** |

# Consultas - Extrato de conta corrente

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
17/04/2025 - AUTOATENDIMENTO - 13.51.15
3156903156 0001
Comprovante Pix

CLIENTE: SANTA CASA CONV 032023
AGENCIA: 3156-9 CONTA: 1.032.023-7

PAGAMENTO VIA QR CODE

ID: E00000000202504171640306871595 06
CNPJ DO PAGADOR: 45.708.765/0001-19
VALOR: R$151,07
TARIFA: R$0,00
DATA: 17/04/2025 - 13:40:36
NOME DA COBRANCA: Solicitacao Pix
COD PRODUTO: 07162510719650763041946255
DEVEDOR: SANTA CASA DE IPUA
CNPJ DO DEVEDOR: 45.***.***/****-19

PAGO PARA: Receita Federal
CNPJ: 394.460/0058-87
INSTITUICAO: 00000000 BCO DO BRASIL S.A.

Esta transação pode ser tarifada em até 0,99%, com valor máximo de R$10,00. O valor definitivo poderá ser consultado no BBDPJ.

Notificacao enviada em: 17/04/2025 - 13:40:37

DOCUMENTO: 041701
AUTENTICACAO SISBB: 1.EEC.206.A1D.240.34C

Central de Atendimento BB
4004 0001
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais habituais agencia, SAC e Demais canais de atendimento.

Atendimento a deficientes auditivos ou fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de cartao e outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Receita Federal

# Documento de Arrecadação de Receitas Federais

| CNPJ | Razão Social |
|---|---|
| 45.708.765/0001-19 | IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA |

| Período de Apuração | Data de Vencimento | Número do Documento | Pagar este documento até |
|---|---|---|---|
| Março/2025 | 17/04/2025 | 07.16.25107.2310440-9 | 17/04/2025 |

Observações
**Nº Recibo Declaração: 50000333956297**

Valor Total do Documento
**541,20**

## Composição do Documento de Arrecadação

| Código | Denominação | Principal | Multa | Juros | Total |
|---|---|---|---|---|---|
| 1708 | IRRF - REMUNER SERV PRESTADOS POR PJ<br>06 IRRF - REMUNER SERV PRESTADOS POR PJ<br>PA:03/2025 Vencimento:17/04/2025 | 132,00 | | | 132,00 |
| 5960 | COFINS - RETENCAO PAGT PJ A PJ DE DIR PRIVADO<br>07 COFINS - RETENCAO PAGT PJ A PJ DE DIR PRIVADO<br>PA:03/2025 Vencimento:17/04/2025 | 264,00 | | | 264,00 |
| 5979 | PIS - RETENCAO PAGT PJ A PJ DE DIR PRIVADO<br>07 PIS - RETENCAO PAGT PJ A PJ DE DIR PRIVADO<br>PA:03/2025 Vencimento:17/04/2025 | 57,20 | | | 57,20 |
| 5987 | CSLL - RETENCAO PAGT PJ A PJ DE DIR PRIVADO<br>07 CSLL - RETENCAO PAGT PJ A PJ DE DIR PRIVADO<br>PA:03/2025 Vencimento:17/04/2025 | 88,00 | | | 88,00 |
| | **Totais** | **541,20** | | | **541,20** |

CONVENIO 03-2023
C – 103.2023-7

SENDA (Versão:5.2.3) Página: 1 / 1 17/04/2025 11:37:14

85870000005 7 41200385251 1 07071625107 9 23104409453 4

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

---

## Documento de Arrecadação de Receitas Federais

85870000005 7 41200385251 1 07071625107 9 23104409453 4

| | |
|---|---|
| CNPJ: | 45.708.765/0001-19 |
| Número: | 07.16.25107.2310440-9 |
| Pagar até: | 17/04/2025 |
| Valor: | 541,20 |

Pague com o PIX

| TRIB. | RELAÇÃO PAGAMENTO DARFs: NOTAS PAGA MARCO 2025 | EMISSÃO | NF ° | VR. BRUTO | 1708 | 5960 | 5979 | 5987 | ISSQN | VR. LIQUIDO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 103.2023-7 | | | | | | | | | |
| LP | C.F.P. - CLINICA FRANCANA DE PSIQUIATRIA LTDA | 13/03/2025 | 771 | R$ 8.800,00 | R$ 132,00 | R$ 264,00 | R$ 57,20 | R$ 88,00 | R$ - | R$ 8.258,80 |
| | | | | **R$ 8.800,00** | **R$ 132,00** | **R$ 264,00** | **R$ 57,20** | **R$ 88,00** | **R$ -** | **R$ 8.258,80** |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | **NOTAS DA CONTA 103.2023-7 R$ 541,20** | | | | | |

# Consultas - Extrato de conta corrente

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
17/04/2025 - AUTOATENDIMENTO - 13.51.29
3156903156 0001

Comprovante Pix

CLIENTE: SANTA CASA CONV 032023
AGENCIA: 3156-9 CONTA: 1.032.023-7

==========

PAGAMENTO VIA QR CODE

---

ID: E00000000202504171640538656624 30
CNPJ DO PAGADOR: 45.708.765/0001-19
VALOR: R$541,20
TARIFA: R$0,00
DATA: 17/04/2025 - 13:41:01
NOME DA COBRANCA: Solicitacao Pix
COD PRODUTO: 07162510723104409043445494
DEVEDOR: SANTA CASA DE IPUA
CNPJ DO DEVEDOR: 45.***.***/****-19

---

PAGO PARA: Receita Federal
CNPJ: 394.460/0058-87
INSTITUICAO: 00000000 BCO DO BRASIL S.A.

---

Esta transação pode ser tarifada em até 0,99%, com valor máximo de R$10,00. O valor definitivo poderá ser consultado no BBDPJ.

---

Notificacao enviada em: 17/04/2025 - 13:41:01

==========

DOCUMENTO: 041702
AUTENTICACAO SISBB: 3.863.1E9.33D.78B.624

==========

Central de Atendimento BB
4004 0001
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais habituais agencia, SAC e Demais canais de atendimento.

Atendimento a deficientes auditivos ou fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de cartao e outros produtos e servicos de Ouvidoria.

# PREFEITURA DO MUNICIPIO DE IPUA

**SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS**

**NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFe**

| Número da Nota | Data do Serviço |
|---|---|
| 00000178 | 22/04/2025 |

Data e Hora de Emissão: 22/04/2025 08:44:46

Código de Verificação: CWSAVZ-000178/2025

## PRESTADOR DE SERVIÇOS

CNPJ/CPF: **31.984.557/0001-38** Inscrição Municipal: **3680** Inscrição Estadual: -
Nome/Razão Social: **CLINICA MEDICA SOUZA SANTOS LTDA**
Endereço: **AV.CARLOS FERNANDES 893, - CENTRO - CEP: 146100000**
E-mail:
Telefone: **() 91870800** Celular:
Município: **IPUA** UF: **SP**

## TOMADOR DE SERVIÇOS

CNPJ/CPF: **45.708.765/0001-19** Inscrição Municipal: **1.116.0181** Insc.Estadual:
Nome/Razão Social: **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA**
Endereço: **R. FERDINANDO FRATIN 335, - CENTRO - CEP: 14610000**
Email: **CONTABILIDADE@SANTACASAIPUA.COM.BR** Telefone:
Município: **IPUA** UF: **SP**

## DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

REFERENTE A SERVICOS MEDICOS PRESTADOS NO MÊS DE MARÇO DE 2025.
CONVÊNIO: 03/2023 - C.A.P.S. - CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL
Dados bancários:
Clínica Médica Santos Filho - CNPJ 31.984.557/0001-38
Banco do Brasil. Agência 3156-9, Conta 1953-4

CONVENIO 03-2023
C – 103.2023-7

**VALOR TOTAL DA NOTA = R$ 16.000,00 | VALOR LIQUIDO = R$ 16.000,00**

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

| Base de Cálculo (R$): | Alíquota Simples Nacional(%): | ISS (R$): |
|---|---|---|
| --- | 3,24 | --- |

| I.R. (R$): | I.N.S.S. (R$): | COFINS (R$): | C.S.L.L. (R$): | P.I.S. (R$): |
|---|---|---|---|---|
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

## OUTRAS INFORMAÇÕES

A autenticidade desta NF-e deve ser confirmada no site https://nfseipua.gcaspp.com/autenticidade.aspx
Contribuinte enquadrado sob o regime de tributação " **SIMPLES NACIONAL**"
***DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL.***
***NÃO GERA DIREITO A CRÉDITO FISCAL DE IPI.***

Local da Prestação = **IPUA / SP - ISS Devido ao prestador**

Autenticidade

Recebi (emos) de: **CLINICA MEDICA SOUZA SANTOS LTDA**
Os serviços constantes na Nota Fiscal Eletrônica de Serviços Nº **00000178** - Série **ELETRONICA**
Condições de Pagamento:
Data de Recebimento: / / Assinatura:

**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE IPUÃ**

**CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL 1 "Branca Macário Ferreira"**

Rua José Bonifácio nº 181, Centro - Cx Postal 5 - CEP 14610-000 - Ipuã – São Paulo

**Fone** (16) 3832-0193 - **Whatsapp** (16) 99707-6537 -
caps@ipua.sp.gov.br

**Ipuã, 01 de Abril de 2025**

# COMUNICADO

Venho por meio deste, comunicar que a empresa **CLÍNICA MÉDICA SOUZA SANTOS LTDA, CNPJ: 31.984.557/0001-38** prestou serviço de Atendimento Médico e outras atividades da RAPS no CAPS no mês de Março de 2025, conforme relatório de produção anexo.

Sendo que nos dias 05, 06 e 07 de março gozou de Bônus Contratual previsto em convênio vigente.

**VANESSA PIETRO**
**CHEFE DE DIVISÃO DA SAÚDE MENTAL**

De acordo com o comunicado acima, eu Camila Aparecida Rocha de Rezende, gestora do Convênio 03/2023, declaro ciência do relatório anexo.

Camila Ap. Alves da Rocha
Enfermeira
Coren-SP 345.597

**CAMILA APARECIDA ROCHA DE REZENDE**
**GESTORA DO PLANO DE TRABALHO DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA**

De acordo com os relatórios, solicito pagamento da empresa acima citada.

Honorato

**PRISCILA HONORATO DE OLIVEIRA**
**SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

G337231500432972016
23/04/2025 15:05:21

## Entre contas correntes BB

### Debitado

| | |
|---|---|
| Nome | SANTA CASA CONV 032023 |
| Agência | 3156-9 |
| Conta corrente | 1032023-7 |

### Creditado

| | |
|---|---|
| Nome | CLINICA M S SANTOS LTDA |
| Agência | 3156-9 |
| Conta corrente | 1953-4 |
| Valor | 16.000,00 |
| Data | Nesta data |

Transação efetuada com sucesso por: JD793515 MIRIAN APARECIDA GIROLAMO DOS SANTO.

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC 0800 729 0722

Ouvidoria BB 0800 729 5678
Para deficientes auditivos 0800 729 0088