

# Relação de Pagamento

Data : 16/03/2026

Razao Social: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA

Hora : 08:14

CNPJ/CEI : 45.708.765/0001-19 CPF:

Fone: (16) 3832-1222

Folha: 0007

## FOLHA DE PAGAMENTO

Referência: 02/2026 Pagamento: 06/03/2026

Centro de Custo: 030 - COOP.TEC.OP.COMP.AREA ATENCAO BASICA E E.S.FAMILIA

| * | Código | Nome                                 | CPF            | Banco | Agência | Conta             | Valor    |
|---|--------|--------------------------------------|----------------|-------|---------|-------------------|----------|
| F | 315    | ALINE MEIRELLES ROCHA                | 324.227.108-40 | 001-  | 03156-9 | C/000000017759-8  | 2.061,83 |
| F | 241    | CINTIA PEREIRA LOPES                 | 351.965.618-38 | 001-  | 03156-9 | C/000000017622-2  | 1.299,74 |
| F | 305    | DALVANA PERES PROCOPIO DO NASCIMENTO | 348.915.998-55 | 001-  | 03156-9 | C/000000017520-X  | 952,52   |
| F | 166    | DANIELA DE OLIVEIRA FORTUNATO        | 223.119.138-59 | 001-  | 03156-9 | C/000000007537-X  | 1.994,29 |
| F | 337    | FERNANDA SANTANA CAETANO             | 475.252.858-45 | 001-  | 03156-9 | C/000000018628-7  | 1.926,75 |
| F | 464    | FRANCIELE LIMA ALVES DA CUNHA        | 492.717.728-90 | 001-  | 03156-9 | C/000000023175-4  | 1.745,73 |
| F | 288    | FRANCINE MICHELE CANDIDO             | 223.654.318-28 | 001-  | 03156-9 | C/000000014909-8  | 1.926,75 |
| F | 279    | GABRIELA GOMES DA SILVA              | 471.834.108-62 | 001-  | 03156-9 | C/000000017609-5  | 1.642,57 |
| F | 204    | GISELE AUGUSTA PEREIRA               | 292.549.808-62 | 001-  | 03156-9 | C/000000017540-4  | 2.053,43 |
| F | 313    | ISADORA GABRIEL DA SILVA             | 423.616.078-16 | 001-  | 03156-9 | C/000000015916-6  | 1.926,75 |
| F | 435    | ISTELA DE SOUSA SANTOS               | 451.782.948-07 | 001-  | 03156-9 | C/000000021425-6  | 1.622,29 |
| F | 170    | JESSICA DE SOUZA GELONI              | 426.579.288-03 | 001-  | 03156-9 | C/000000015252-8  | 1.381,77 |
| F | 410    | JOVANA MARA DA SILVA                 | 387.566.298-93 | 001-  | 03156-9 | C/000000016273-6  | 1.550,92 |
| F | 308    | JULIANA CASSIA DA SILVA BARBOSA      | 349.352.958-99 | 001-  | 03156-9 | C/000000016306-6  | 2.935,60 |
| F | 169    | KARINA FRANCISCA DA SILVA RESENDE    | 269.485.398-66 | 001-  | 03156-9 | C/000000017614-1  | 1.926,75 |
| F | 202    | MAISA RAMOS AZEVEDO                  | 349.629.348-99 | 001-  | 03156-9 | C/000000016332-5  | 1.926,75 |
| F | 318    | MARIA DA CRUZ OSTERNA DE ARAUJO      | 342.996.448-24 | 001-  | 03156-9 | C/000000014194-1  | 1.926,75 |
| F | 297    | MARILINE MARTINS GALHARDO RIOS       | 305.067.078-90 | 001-  | 03156-9 | C/000000017604-4  | 1.926,75 |
| F | 448    | MOISES ALVES DOS SANTOS              | 420.671.838-50 | 001-  | 03156-9 | C/000000021945-2  | 1.926,75 |
| F | 320    | PATRICIA PAVANELLI ALVES             | 333.681.238-07 | 001-  | 03156-9 | C/0000000105088-5 | 1.724,63 |
| F | 438    | PRISCILA ANGELICA DE FAVERI          | 311.402.308-83 | 001-  | 03156-9 | C/000000021484-1  | 1.859,74 |
| F | 421    | STEFANIA CRISTINA BARBETO            | 345.047.478-20 | 001-  | 03156-9 | C/0000000111579-0 | 1.994,29 |
| F | 434    | THAIS ANANIAS BORGES                 | 497.896.208-02 | 001-  | 03156-9 | C/000000021426-4  | 1.574,90 |
| F | 296    | VIVIANE SOARES FORTUNATO             | 354.087.458-56 | 001-  | 03156-9 | C/000000017519-6  | 2.053,43 |

Legenda: F=Funcionario

/ Trabalhadores: 24

Total: 43.861,68

**Remessa**

Cliente IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA

Data 05/03/2026

**Dados do(s) Arquivo(s)**

|                     |                             |                 |             |              |          |
|---------------------|-----------------------------|-----------------|-------------|--------------|----------|
| Arquivo             | 022026 Estagiarios          |                 |             |              |          |
| Data de modificação | 05/03/2026-16:49:28         | Tamanho         | 2420 bytes  |              |          |
| Formato             | CNAB240                     | Início do envio | 16:49:26    | Fim do envio | 16:49:26 |
| Resultado           | Arquivo enviado com sucesso |                 |             |              |          |
| Arquivo             | 022026 AB-ESF               |                 |             |              |          |
| Data de modificação | 05/03/2026-16:49:28         | Tamanho         | 12584 bytes |              |          |
| Formato             | CNAB240                     | Início do envio | 16:49:26    | Fim do envio | 16:49:26 |
| Resultado           | Arquivo enviado com sucesso |                 |             |              |          |
| Arquivo             | 022026 LSM                  |                 |             |              |          |
| Data de modificação | 05/03/2026-16:49:29         | Tamanho         | 2420 bytes  |              |          |
| Formato             | CNAB240                     | Início do envio | 16:49:27    | Fim do envio | 16:49:27 |
| Resultado           | Arquivo enviado com sucesso |                 |             |              |          |
| Arquivo             | 022026 CAPS                 |                 |             |              |          |
| Data de modificação | 05/03/2026-16:49:29         | Tamanho         | 1452 bytes  |              |          |
| Formato             | CNAB240                     | Início do envio | 16:49:29    | Fim do envio | 16:49:29 |
| Resultado           | Arquivo enviado com sucesso |                 |             |              |          |
| Arquivo             | 022026 ESPA - Plantao       |                 |             |              |          |
| Data de modificação | 05/03/2026-16:49:29         | Tamanho         | 2904 bytes  |              |          |
| Formato             | CNAB240                     | Início do envio | 16:49:29    | Fim do envio | 16:49:29 |
| Resultado           | Arquivo enviado com sucesso |                 |             |              |          |
| Arquivo             | 022026 SUS                  |                 |             |              |          |
| Data de modificação | 05/03/2026-16:49:30         | Tamanho         | 19844 bytes |              |          |
| Formato             | CNAB240                     | Início do envio | 16:49:29    | Fim do envio | 16:49:29 |
| Resultado           | Arquivo enviado com sucesso |                 |             |              |          |
| Arquivo             | 022026 UCP                  |                 |             |              |          |
| Data de modificação | 05/03/2026-16:49:30         | Tamanho         | 20328 bytes |              |          |
| Formato             | CNAB240                     | Início do envio | 16:49:29    | Fim do envio | 16:49:29 |
| Resultado           | Arquivo enviado com sucesso |                 |             |              |          |
| Arquivo             | 022026 Santa Casa           |                 |             |              |          |
| Data de modificação | 05/03/2026-16:49:31         | Tamanho         | 3872 bytes  |              |          |
| Formato             | CNAB240                     | Início do envio | 16:49:29    | Fim do envio | 16:49:29 |
| Resultado           | Arquivo enviado com sucesso |                 |             |              |          |

**Dados da transmissão**

|                 |          |              |          |               |            |
|-----------------|----------|--------------|----------|---------------|------------|
| Início do envio | 16:49:29 | Fim do envio | 16:49:29 | Total Enviado | 3872 bytes |
|-----------------|----------|--------------|----------|---------------|------------|

Transação efetuada com sucesso por: JJ551684 SANTO OLIVATTO.

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC 0800 729 0722

Ouvidoria BB 0800 729 5678  
Para deficientes auditivos 0800 729 0088



## Pagamentos a terceiros

G3310517052267641  
05/03/2026 17:12:27

### Dados consultados

Agência 3156-9  
Conta 1012026-2 IRMANDADE DA SANTA CASA DE MIS  
Descrição lote PAG SALARIO C/CTA  
Situação lote LIBERADO  
Data para débito 05/03/2026  
Data para pagamento 06/03/2026

### Favorecidos

| Nome                      | Situação lançamento | Banco | Agência | Conta   | Valor R\$ |
|---------------------------|---------------------|-------|---------|---------|-----------|
| DANIELA DE OLIVEIRA FORTU | LIBERADO            | 001   | 3156    | 7.537   | 1.994,29  |
| MARIA DA CRUZ OSTERNA DE  | LIBERADO            | 001   | 3156    | 14.194  | 1.926,75  |
| FRANCINE MICHELE CANDIDO  | LIBERADO            | 001   | 3156    | 14.909  | 1.926,75  |
| JESSICA DE SOUZA GELONI   | LIBERADO            | 001   | 3156    | 15.252  | 1.381,77  |
| ISADORA GABRIEL DA SILVA  | LIBERADO            | 001   | 3156    | 15.916  | 1.926,75  |
| JOVANA MARA DA SILVA      | LIBERADO            | 001   | 3156    | 16.273  | 1.550,92  |
| JULIANA CASSIA DA SILVA B | LIBERADO            | 001   | 3156    | 16.306  | 2.935,60  |
| MAISA RAMOS AZEVEDO       | LIBERADO            | 001   | 3156    | 16.332  | 1.926,75  |
| VIVIANE SOARES FORTUNATO  | LIBERADO            | 001   | 3156    | 17.519  | 2.053,43  |
| DALVANA PERES PROCOPIO DO | LIBERADO            | 001   | 3156    | 17.520  | 952,52    |
| GISELE AUGUSTA PEREIRA    | LIBERADO            | 001   | 3156    | 17.540  | 2.053,43  |
| MARILINE MARTINS GALHARDO | LIBERADO            | 001   | 3156    | 17.604  | 1.926,75  |
| GABRIELA GOMES DA SILVA   | LIBERADO            | 001   | 3156    | 17.609  | 1.642,57  |
| KARINA FRANCISCA DA SILVA | LIBERADO            | 001   | 3156    | 17.614  | 1.926,75  |
| CINTIA PEREIRA LOPES      | LIBERADO            | 001   | 3156    | 17.622  | 1.299,74  |
| ALINE MEIRELLES ROCHA     | LIBERADO            | 001   | 3156    | 17.759  | 2.061,83  |
| FERNANDA SANTANA CAETANO  | LIBERADO            | 001   | 3156    | 18.628  | 1.926,75  |
| ISTELA DE SOUSA SANTOS    | LIBERADO            | 001   | 3156    | 21.425  | 1.622,29  |
| THAIS ANANIAS BORGES      | LIBERADO            | 001   | 3156    | 21.426  | 1.574,90  |
| PRISCILA ANGELICA DE FAVE | LIBERADO            | 001   | 3156    | 21.484  | 1.859,74  |
| MOISES ALVES DOS SANTOS   | LIBERADO            | 001   | 3156    | 21.945  | 1.926,75  |
| FRANCIELE LIMA ALVES DA C | LIBERADO            | 001   | 3156    | 23.175  | 1.745,73  |
| PATRICIA PAVANELLI ALVES  | LIBERADO            | 001   | 3156    | 105.088 | 1.724,63  |
| STEFANIA CRISTINA BARBETO | LIBERADO            | 001   | 3156    | 111.579 | 1.994,29  |

Transação efetuada com sucesso por: JJ549137 ADILSON DIAS CAMPOS.

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC 0800 729 0722

Ouvidoria BB 0800 729 5678

Para deficientes auditivos 0800 729 0088

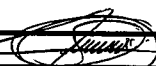
# RECIBO DE PAGAMENTO AUTÔNOMO - RPA

Recibo nº 01 02/2026

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE IPUÁ - CNPJ. 45.708.765/0001-19

Recebi da empresa acima identificada, pela prestação de serviços de **CONTABILIDADE a "COOP. TÉCNICA OPERACIONAL COMPLEMENTAR DE A.B.-E.S.F."**, referente ao mês de FEVEREIRO de 2026.

A importância de R\$ 2.428,80 (Dois mil, quatrocentos e vinte e oito reais e oitenta centavos), cf.discriminado abaixo:

| Número de Inscrição     |                | Especificação                        |   |
|-------------------------|----------------|--------------------------------------|---|
| No INSS:                | 113.312.930-86 | I- Valor do Serviço Prestado.....    | R\$ 3.036,00  |
| No CPF:                 | 181.917.248-12 | II - .....                           | R\$   |
|                         |                | Soma R\$ 3.036,00                    |   |
| Documento de Identidade |                | Descontos                            |   |
| Número                  | Orgão Emissor  | III- Imposto de Renda Fonte.....     | R\$   |
| 26.411.983-6            | SSP-SP         | IV- INSS 20%.....                    | R\$ 607,20  |
|                         |                | V.....                               | R\$ 607,20  |
|                         |                | Valor Líquido R\$ 2.428,80           |   |
| Localidade              | Data           | Assinatura:                          |  |
| Ipuá - SP               | 09/03/2026     | Nome: Gustavo Brenner Garcia Peixoto |   |

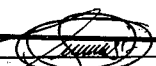
# RECIBO DE PAGAMENTO AUTÔNOMO - RPA

Recibo nº 01 02/2026

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA - CNPJ. 45.708.765/0001-19

Recebi da empresa acima identificada, pela prestação de serviços de **CONTABILIDADE a "COOP. TÉCNICA OPERACIONAL COMPLEMENTAR DE A.B.-E.S.F."**, referente ao mês de FEVEREIRO de 2026.

A importância de R\$ 2.428,80 (Dois mil, quatrocentos e vinte e oito reais e oitenta centavos), cf.discriminado abaixo:

| Número de Inscrição     |                | Especificação                        |   |
|-------------------------|----------------|--------------------------------------|---|
| No INSS:                | 113.312.930-86 | I- Valor do Serviço Prestado.....    | R\$ 3.036,00  |
| No CPF:                 | 181.917.248-12 | II - .....                           | R\$   |
|                         |                | Soma R\$ 3.036,00                    |   |
| Documento de Identidade |                | Descontos                            |   |
| Número                  | Orgão Emissor  | III- Imposto de Renda Fonte.....     | R\$   |
| 26.411.983-6            | SSP-SP         | IV- INSS 20%.....                    | R\$ 607,20  |
|                         |                | V.....                               | R\$ 607,20  |
|                         |                | Valor Líquido R\$ 2.428,80           |   |
| Localidade              | Data           | Assinatura:                          |  |
| Ipuá - SP               | 09/03/2026     | Nome: Gustavo Brenner Garcia Peixoto |   |

conta: 505.2026-2



## Emitir comprovantes (versão antiga)

G3330915599488401  
09/03/2026 16:40:09

---

09/03/2026 - BANCO DO BRASIL - 15:49:59  
315603156 SEGUNDA VIA 0001  
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: IRMANDADE S C M IPUA  
AGENCIA: 3156-9 CONTA: 1.012.026-2  
=====

|                       |                     |
|-----------------------|---------------------|
| DATA DA TRANSFERENCIA | 09/03/2026          |
| NR. DOCUMENTO         | 553.156.000.105.478 |
| VALOR TOTAL           | 2.428,80            |

\*\*\*\*\* TRANSFERIDO PARA:  
CLIENTE: GUSTAVO BRENNER G PEIXOTO  
AGENCIA: 3156-9 CONTA: 105.478-3  
NR. DOCUMENTO 553.156.001.012.026  
=====

|                 |                       |
|-----------------|-----------------------|
| NR.AUTENTICACAO | D.A5F.DDF.EB7.1C6.DD9 |
|-----------------|-----------------------|

---

Transação efetuada com sucesso por: JJ551684 SANTO OLIVATTO.

*Cópia Substituída pelo original*  
**TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO**

**IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR**

|   |   |                      |                       |                          |
|---|---|----------------------|-----------------------|--------------------------|
| 01 CNPJ/CEI<br>45.708.765/0001-19   | 02 Razão Social/Nome<br>IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA |                      |                       |                          |
| 03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)<br>RUA FERDINANDO FRATIN, nº 335, HOSPITAL |   |                      | 04 Bairro<br>CENTRO   |                          |
| 05 Município<br>IPUA  | 06 UF<br>SP   | 07 CEP<br>14.610-000 | 08 CNAE<br>86.10-1/01 | 09 CNPJ/CEI Tomador/Obra |

**IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR**

|  |  |                      |   |                          |
|--|--|----------------------|---|--------------------------|
| 10 PIS/PASEP<br>128.00002.18.4   | 11 Nome<br>PRISCILA ANGELICA DE FAVERI               |                      |   |                          |
| 12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)<br>AV LUIZ FERREIRA COSTA, nº 394, CASA |  |                      | 13 Bairro<br>JARDIM HELENA                    |                          |
| 14 Município<br>IPUA   | 15 UF<br>SP  | 16 CEP<br>14.610-118 | 17 CTPS (nº, série, UF)<br>0007630, 00279, SP | 18 CPF<br>311.402.308-83 |
| 19 Data de Nascimento<br>19/04/1983  | 20 Nome da Mãe<br>SILVANIRA DO CARMO SILVA DE FAVERI |                      |   |                          |

**DADOS DO CONTRATO**

|   |   |  |                                      |                            |
|---|---|--|--------------------------------------|----------------------------|
| 21 Tipo de Contrato<br>1 - CONTRATO DE TRABALHO POR PRAZO INDETERMINADO |   |  |                                      |                            |
| 22 Causa do Afastamento<br>RESCISAO CONTRATUAL A PEDIDO DO EMPREGADO    |   |  |                                      |                            |
| 23 Remuneração Mês Ant.<br>2.170,78                                     | 24 Data de Admissão<br>20/03/2023   | 25 Data do Aviso Prévio                        | 26 Data de Afastamento<br>04/03/2026 | 27 Cód. Afastamento<br>SJ1 |
| 28 Pensão Alim. (%) TRCT<br>0,00%                                       | 29 Pensão Alim. (%) FGTS<br>0,00  | 30 Categoria do Trabalhador<br>01 - EMPREGADO; |                                      |                            |
| 31 Código Sindical<br>000.000.000.00000-0                               | 32 CNPJ e Nome Entidade Sindical Laboral<br>50.428.085/0001-81 SIND.EMPR.EST.SERV.SAUDE DE FRANCA E REGIAO. |  |                                      |                            |

**DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS**

| <b>VERBAS RESCISÓRIAS</b>                               |        |                                      |          |  |                 |
|---|--------|--------------------------------------|----------|--|-----------------|
| Rubrica   | Valor  | Rubrica                              | Valor    | Rubrica  | Valor           |
| 50 Saldo de 4,00/dias Salário (líquido de faltas e DSR) | 237,23 | 51 Comissões                         |          | 52 Gratificação                                      |                 |
| 53 Adic. de Insalubridade 0,00%                         | 40,48  | 54 Adic. de Periculosidade           |          | 56.1 Horas Extras                                    |                 |
| 57 Gorjetas   |        | 58 Descanso Semanal Remunerado (DSR) |          | 59 Reflexo do DSR sobre Salário Variável             |                 |
| 60 Multa Art. 477, § 8º/CLT                             |        | 62 Salário Família                   | 9,01     | 63 13º Salário Proporcional 2/12 avos                | 343,35          |
| 64.1 13º Salário-Exerc. Anteriores                      |        | 65 Férias Proporc. 11/12 avos        | 1.888,44 | 66.1 Férias Venc.                                    |                 |
| 68 Terço Constituc. de Férias                           | 629,48 | 69 Aviso Prévio Indenizado           |          | 70 Décimo Terceiro Salário (Aviso Prévio Indenizado) |                 |
| 71 Férias (Aviso Prévio Indenizado)                     |        | 89 Abonos Desvinculados do Salário   | 15,33    | 95.1 ASSIST.FINANCEIRA - LEI 14434/22                | 165,80          |
| 95.2 Adic. Noturno                                      |        | 95.3 Adicional Noturno               |          | 95.4 Adicional Noturno                               |                 |
| 99 Ajuste do Saldo Devedor                              |        |                                      |          | <b>TOTAL BRUTO</b>                                   | <b>3.329,12</b> |
| <b>DEDUÇÕES</b>   |        |                                      |          |  |                 |
| Desconto  | Valor  | Desconto                             | Valor    | Desconto   | Valor           |
| 101 Adiantamento Salarial                               |        | 102 Adiantamento 13º Salário         |          | 103 Aviso Prévio Indenizado                          |                 |
| 112.1 Previdência Social                                | 20,82  | 112.2 Prev Social - 13º Salário      | 25,75    | 114.1 IRRF   |                 |
| 114.2 IRRF sobre 13º Salário                            |        |                                      |          | <b>TOTAL DEDUÇÕES</b>                                | <b>46,57</b>    |
|   |        |                                      |          | <b>VALOR LÍQUIDO</b>                                 | <b>3.282,55</b> |

FGTS 8% Férias: 201,43 - 1466 x 1200 ✓  
 Total: 2517,92 - 1467 x 1207 ✓  
 13: total: 343,35 - 1468 x 1203 ✓  
 FGTS 8% 13: 27,46 - 1469 x 1207 ✓

ag-3156-9  
 conta 21484-3  
 conta: 303-2026-2

**Remessa**

Cliente IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA

Data 09/03/2026

**Dados do(s) Arquivo(s)**

---

|                     |  |                 |            |              |          |
|---------------------|--|-----------------|------------|--------------|----------|
| Arquivo             | Termo Rescisao Priscila Angelica de Faveri |                 |            |              |          |
| Data de modificação | 09/03/2026-15:34:49                        | Tamanho         | 1452 bytes |              |          |
| Formato             | CNAB240                                    | Início do envio | 15:34:47   | Fim do envio | 15:34:47 |
| Resultado           | Arquivo enviado com sucesso                |                 |            |              |          |

---

**Dados da transmissão**

---

|                 |          |              |          |               |            |
|-----------------|----------|--------------|----------|---------------|------------|
| Início do envio | 15:34:47 | Fim do envio | 15:34:47 | Total Enviado | 1452 bytes |
|-----------------|----------|--------------|----------|---------------|------------|

---

Transação efetuada com sucesso por: JJ551684 SANTO OLIVATTO.

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC 0800 729 0722

Ouvidoria BB 0800 729 5678  
Para deficientes auditivos 0800 729 0088

**Remessa**

Cliente IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA

Data 09/03/2026

**Dados do(s) Arquivo(s)**

---

|                     |  |                 |            |                       |
|---------------------|--|-----------------|------------|-----------------------|
| Arquivo             | Termo Rescisao Priscila Angelica de Faveri |                 |            |                       |
| Data de modificação | 09/03/2026-15:34:49                        | Tamanho         | 1452 bytes |                       |
| Formato             | CNAB240                                    | Início do envio | 15:34:47   | Fim do envio 15:34:47 |
| Resultado           | Arquivo enviado com sucesso                |                 |            |                       |

---

**Dados da transmissão**

---

|                 |          |              |          |               |            |
|-----------------|----------|--------------|----------|---------------|------------|
| Início do envio | 15:34:47 | Fim do envio | 15:34:47 | Total Enviado | 1452 bytes |
|-----------------|----------|--------------|----------|---------------|------------|

---

Transação efetuada com sucesso por: JJ551684 SANTO OLIVATTO.

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC 0800 729 0722

Ouvidoria BB 0800 729 5678  
Para deficientes auditivos 0800 729 0088

**Remessa**

Cliente IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA

Data 09/03/2026

**Dados do(s) Arquivo(s)**

---

|                     |  |                 |            |                       |
|---------------------|--|-----------------|------------|-----------------------|
| Arquivo             | Termo Rescisao Priscila Angelica de Faveri |                 |            |                       |
| Data de modificação | 09/03/2026-15:34:49                        | Tamanho         | 1452 bytes |                       |
| Formato             | CNAB240                                    | Início do envio | 15:34:47   | Fim do envio 15:34:47 |
| Resultado           | Arquivo enviado com sucesso                |                 |            |                       |

---

**Dados da transmissão**

---

|                 |          |              |          |               |            |
|-----------------|----------|--------------|----------|---------------|------------|
| Início do envio | 15:34:47 | Fim do envio | 15:34:47 | Total Enviado | 1452 bytes |
|-----------------|----------|--------------|----------|---------------|------------|

---

Transação efetuada com sucesso por: JJ551684 SANTO OLIVATTO.

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC 0800 729 0722

Ouvidoria BB 0800 729 5678  
Para deficientes auditivos 0800 729 0088

**Pagamentos a terceiros**G333091559948840012  
09/03/2026 16:10:31**Dados consultados**

Agência 3156-9  
Conta 1012026-2 IRMANDADE DA SANTA CASA DE MIS  
Descrição lote PAG SALARIO C/CTA  
Situação lote LIBERADO  
Data para débito 09/03/2026  
Data para pagamento 10/03/2026

**Favorecidos**

| Nome                      | Situação lançamento | Banco | Agência | Conta  | Valor R\$ |
|---------------------------|---------------------|-------|---------|--------|-----------|
| PRISCILA ANGELICA DE FAVE | LIBERADO            | 001   | 3156    | 21.484 | 3.282,55  |

Transação efetuada com sucesso por: JJ551684 SANTO OLIVATTO.

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC 0800 729 0722

Ouvidoria BB 0800 729 5678  
Para deficientes auditivos 0800 729 0088

**Pagamentos a terceiros**G333091559948840012  
09/03/2026 16:10:31**Dados consultados**

Agência 3156-9  
Conta 1012026-2 IRMANDADE DA SANTA CASA DE MIS  
Descrição lote PAG SALARIO C/CTA  
Situação lote LIBERADO  
Data para débito 09/03/2026  
Data para pagamento 10/03/2026

**Favorecidos**

| Nome                      | Situação lançamento | Banco | Agência | Conta  | Valor R\$ |
|---------------------------|---------------------|-------|---------|--------|-----------|
| PRISCILA ANGELICA DE FAVE | LIBERADO            | 001   | 3156    | 21.484 | 3.282,55  |

Transação efetuada com sucesso por: JJ551684 SANTO OLIVATTO.

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC 0800 729 0722

Ouvidoria BB 0800 729 5678  
Para deficientes auditivos 0800 729 0088

# AVISO PRÉVIO DE FÉRIAS

IPUA/SP, 10 de fevereiro de 2026

Pelo presente comunicamos, Sr(a) **VIVIANE SOARES FORTUNATO**, portador(a) da CTPS nº **0034460** série **00279**, que serão concedidas Férias de **12/03/2026** a **10/04/2026**, referente ao período aquisitivo de **03/02/2025** a **02/02/2026**.

A importância correspondente as Férias, e se for o caso, ao Abono Pecuniário e o 13º Salário, estará a sua disposição a partir de **09/03/2026**.

Solicito apor seu ciente na cópia deste.

*Irmandade*

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

*Viviane Soares Fortunato*

Empregado(a)

## RECIBO DE FÉRIAS

Folha: 1/1

Funcionário: **0296-VIVIANE SOARES FORTUNATO** Admissão: **03/02/2017**  
CTPS/Série: **0034460/00279** CPF: **354.087.458-56** Livro: **419** Folha: **419**

Aquisição: **03** de **fevereiro** de **2025** a **02** de **fevereiro** de **2026**  
Gozo : **12** de **março** de **2026** a **10** de **abril** de **2026**  
1/3 Abono:  
Lic.Remun:

### CÁLCULO DA REMUNERAÇÃO BASE PARA PAGAMENTO DE FÉRIAS

|               |    |                     |   |                   |          |
|---------------|----|---------------------|---|-------------------|----------|
| Faltas :      | 0  | Dias Desconsiderar: | 0 | Salario Base :    | 1.779,21 |
| Dias Gozo :   | 30 |                     |   | Medias Eventos :  | 303,60   |
| Dias Abono :  |    |                     |   | Remuneração Base: | 2.082,81 |
| Dias Licença: | 0  |                     |   |                   |          |

### DEMONSTRATIVO

| Código | Descrição..... | Referência.... | Valor..... | Código | Descrição..... | Referência.... | Valor..... |
|--------|----------------|----------------|------------|--------|----------------|----------------|------------|
| 5001   | FERIAS         | 30,000000      | 2.082,81   | 5011   | INSS           | 8,120000       | 225,61     |
| 5002   | 1/3 FERIAS     | 1,000000       | 694,27     |        |                |                |            |

**Total Proventos: 2.777,08** | **Total Descontos: 225,61**  
**Valor Líquido -> 2.551,47**

Venho através deste Declarar que recebi de(a), IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA, estabelecida na RUA FERDINANDO FRATIN, 335, HOSPITAL, CENTRO, CEP: 14.610-000, IPUA/SP, devidamente cadastrada no CNPJ sob nº 45.708.765/0001-19 a importância de R\$ 2.551,47 (Dois Mil, Quinhentos e Cinquenta e Um Reais, e Quarenta e Sete Centavos) conforme demonstrativo acima.

IPUA/SP, 09 de março de 2026.

*Viviane Soares Fortunato*

VIVIANE SOARES FORTUNATO

ag. 3156-9  
cont. 17519-6

cont. 101-2026-2

**Remessa**

Cliente IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA

Data 09/03/2026

**Dados do(s) Arquivo(s)**

---

|                     |                                 |                 |            |              |          |
|---------------------|---------------------------------|-----------------|------------|--------------|----------|
| Arquivo             | Ferias Viviane Soares Fortunato |                 |            |              |          |
| Data de modificação | 09/03/2026-15:35:23             | Tamanho         | 1452 bytes |              |          |
| Formato             | CNAB240                         | Início do envio | 15:35:23   | Fim do envio | 15:35:23 |
| Resultado           | Arquivo enviado com sucesso     |                 |            |              |          |

---

**Dados da transmissão**

---

|                 |          |              |          |               |            |
|-----------------|----------|--------------|----------|---------------|------------|
| Início do envio | 15:35:23 | Fim do envio | 15:35:23 | Total Enviado | 1452 bytes |
|-----------------|----------|--------------|----------|---------------|------------|

---

Transação efetuada com sucesso por: JJ551684 SANTO OLIVATTO.

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC 0800 729 0722

Ouvidoria BB 0800 729 5678  
Para deficientes auditivos 0800 729 0088

**Remessa**

Cliente IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA

Data 09/03/2026

**Dados do(s) Arquivo(s)**

---

|                     |                                 |                 |            |                       |
|---------------------|---------------------------------|-----------------|------------|-----------------------|
| Arquivo             | Ferias Viviane Soares Fortunato |                 |            |                       |
| Data de modificação | 09/03/2026-15:35:23             | Tamanho         | 1452 bytes |                       |
| Formato             | CNAB240                         | Início do envio | 15:35:23   | Fim do envio 15:35:23 |
| Resultado           | Arquivo enviado com sucesso     |                 |            |                       |

---

**Dados da transmissão**

---

|                 |          |              |          |               |            |
|-----------------|----------|--------------|----------|---------------|------------|
| Início do envio | 15:35:23 | Fim do envio | 15:35:23 | Total Enviado | 1452 bytes |
|-----------------|----------|--------------|----------|---------------|------------|

---

Transação efetuada com sucesso por: JJ551684 SANTO OLIVATTO.

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC 0800 729 0722

Ouvidoria BB 0800 729 5678  
Para deficientes auditivos 0800 729 0088

**Pagamentos a terceiros**G333091559948840019  
09/03/2026 16:11:12**Dados consultados**

Agência 3156-9  
Conta 1012026-2 IRMANDADE DA SANTA CASA DE MIS  
Descrição lote PAG SALARIO C/CTA  
Situação lote LIBERADO  
Data para débito 09/03/2026  
Data para pagamento 10/03/2026

**Favorecidos**

| Nome                     | Situação lançamento | Banco | Agência | Conta  | Valor R\$ |
|--------------------------|---------------------|-------|---------|--------|-----------|
| VIVIANE SOARES FORTUNATO | LIBERADO            | 001   | 3156    | 17.519 | 2.551,47  |

Transação efetuada com sucesso por: JJ551684 SANTO OLIVATTO.

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC 0800 729 0722

Ouvidoria BB 0800 729 5678  
Para deficientes auditivos 0800 729 0088

**Pagamentos a terceiros**G333091559948840019  
09/03/2026 16:11:12**Dados consultados**

Agência 3156-9  
Conta 1012026-2 IRMANDADE DA SANTA CASA DE MIS  
Descrição lote PAG SALARIO C/CTA  
Situação lote LIBERADO  
Data para débito 09/03/2026  
Data para pagamento 10/03/2026

**Favorecidos**

| Nome                     | Situação lançamento | Banco | Agência | Conta  | Valor R\$ |
|--------------------------|---------------------|-------|---------|--------|-----------|
| VIVIANE SOARES FORTUNATO | LIBERADO            | 001   | 3156    | 17.519 | 2.551,47  |

Transação efetuada com sucesso por: JJ551684 SANTO OLIVATTO.

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC 0800 729 0722

Ouvidoria BB 0800 729 5678  
Para deficientes auditivos 0800 729 0088



**PM DE SAO JOAQUIM DA BARRA**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAQUIM DA BARRA**  
**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e**

**Número da NFS-e**  
**10558**  
 Código de Verificação de Autenticidade  
**5W5ZIJ628**  
 Data e Hora de Emissão da NFS-e  
**09/03/2026 às 12:11:57**  
 Chave de Acesso  
 2555938GC0L189UXH890BUXVM5NJGLKX

**Informações Fiscais**

|                               |                    |  |                                  |
|-------------------------------|--------------------|--|----------------------------------|
| Exigibilidade do ISS Exigível | Número do Processo | Município de Incidência do ISS                             | Local da Prestação               |
|                               |                    | <b>SAO JOAQUIM DA BARRA- SP</b>                            | <b>SAO JOAQUIM DA BARRA - SP</b> |
| Número do RPS                 | Série do RPS       | Tipo do RPS  | Data do RPS                      |
|                               |                    |  | <b>09/03/2026</b>                |
| Optante Simples Nacional      | Incentivo Fiscal   | Regime Especial Tributação                                 | Tipo ISS                         |
| <b>1 - Sim</b>                | <b>2 - Não</b>     | <b>Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP)</b> | <b>03 - Sobre Faturamento</b>    |

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

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

|                                    |                                  |                     |                        |   |
|------------------------------------|----------------------------------|---------------------|------------------------|---|
| CPF/CNPJ                           | RG/Inscrição Estadual            | Inscrição Municipal | Cadastro               | Nome/Razão Social                                       |
| <b>01.013.181/0001-53</b>          |                                  | <b>08012</b>        | <b>08012</b>           | <b>ECAMEST - EMPRESA DE CONSULTORIA E ASSESSORIA EM</b> |
| Logradouro                         | Complemento                      |                     | Bairro                 |   |
| <b>RUA RUA SAO BENEDITO, 00450</b> |                                  |                     | <b>VILA BELA VISTA</b> |   |
| CEP                                | Cidade                           | Telefone            | E-mail                 |   |
| <b>14600-000</b>                   | <b>SÃO JOAQUIM DA BARRA - SP</b> |                     |                        |   |

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

|                                   |                       |                     |  |
|-----------------------------------|-----------------------|---------------------|--|
| CPF/CNPJ/Documento                | RG/Inscrição Estadual | Inscrição Municipal | Nome/Razão Social                                |
| <b>45.708.765/0001-19</b>         |                       |                     | <b>IRMANDADE SANTA CASA MISERICÓRDIA DE IPUÁ</b> |
| Logradouro                        | Complemento           |                     | Bairro   |
| <b>RUA FERDINANDO FRATIN, 335</b> |                       |                     | <b>CENTRO</b>                                    |
| CEP/Cod.Postal                    | Cidade/Pais           | Cod. IBGE           | Telefone   |
| <b>14610-000</b>                  | <b>IPUA - SP</b>      | <b>3521309</b>      | <b>16 38321222</b>                               |
|                                   |                       |                     | <b>santacasaipua@com4.com.br</b>                 |

**Discriminação dos Serviços**

| Qtde. | Un. Medida | Descrição  | Vlr. Unitário | Total      |
|-------|------------|--|---------------|------------|
| 25,0  | UN         | ASSESSORIA E CONSULTORIA EM MEDICINA E SEGURANCA DO TRABALHO : TERMO DE COLABORAÇÃO 01/25 REFERENTE AO DIA 01 A 28 DE FEVEREIRO DE 2026. | 28,46         | R\$ 711,50 |

**Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS**

| LC 116/2003: 170101  | Alíquota                | Atividade Município   | Código CNAE          | Código da Obra   | Código ART      |
|--|-------------------------|-----------------------|----------------------|------------------|-----------------|
| Assessoria ou consultoria de qualquer natureza, não contida em outros itens desta lista. | <b>3,4279%</b>          |                       | <b>0000170100001</b> |                  |                 |
| Valor Total dos Serviços   | Desconto Incondicionado | Deduções Base Cálculo | Base de Cálculo      | Total do ISS     | ISS Retido      |
| <b>R\$ 711,50</b>  | <b>R\$ 0,00</b>         | <b>R\$ 0,00</b>       | <b>R\$ 711,50</b>    | <b>R\$ 24,39</b> | <b>2 - Não</b>  |
|  |                         |                       |                      |                  | <b>R\$ 0,00</b> |

**Retenções de Impostos**

|                 |                 |                 |                 |                 |                  |
|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|------------------|
| PIS             | COFINS          | INSS            | IRRF            | CSLL            | Outras Retenções |
| <b>R\$ 0,00</b> | <b>R\$ 0,00</b> | <b>R\$ 0,00</b> | <b>R\$ 0,00</b> | <b>R\$ 0,00</b> | <b>R\$ 0,00</b>  |

Em cumprimento a Lei Complementar nº 214, de 2025, destacam-se abaixo valores simulados, sem efeito fiscal ou financeiro

|                 |                 |
|-----------------|-----------------|
| IBS (0,10%)     | CBS (0,90%)     |
| <b>R\$ 0,71</b> | <b>R\$ 6,40</b> |

Valor Líquido da NFS-e: R\$ 711,50

Val. Aprox. Tributos:

**Informações Complementares**

empresa optante pelo simples nacional

RECEBI(EMOS) DE ECAMEST - EMPRESA DE CONSULTORIA E ASSESSORIA EM MEDICINA E SEGURANCA LTDA O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO 10558 E CÓDIGO DE

Data

CPF/RG

Assinatura

**RECIBO DO PAGADOR**

|  |                   |                    |  |                                  |   |
|--|-------------------|--------------------|--|----------------------------------|---|
| <b>Itaú</b> Banco Itaú S.A.  |                   | 341-7              | 34191.57007 04059.810426 62311.890008 2 13810000071150 |                                  |   |
| Local de pagamento: Pague pelo aplicativo, internet ou em agências e correspondentes.  |                   |                    |  |                                  | Vencimento<br><b>10/03/2026</b>             |
| Beneficiário<br><b>ECAMEST E C A E MEDICINA</b> CNPJ/CPF: 01.013.181/0001-53<br>RUA SAO BENEDITO, 450, , 14600000 - CENTRO - SAO JOAQUIM DA BARRA - SP |                   |                    |  |                                  | Agência/Código Beneficiário<br>0426/23118-9 |
| Data do documento<br>09/03/2026  | Núm. do documento | Espécie Doc.<br>DV | Accite<br>N  | Data Processamento<br>09/03/2026 | Nosso Número<br>157 / 00040598 - 1          |
| Uso do Banco   | Carteira<br>157   | Espécie<br>R\$     | Quantidade   | Valor                            | (=) Valor do Documento<br><b>711,50</b>     |
| Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o BENEFICIÁRIO.<br>NOTA FISCAL 10558                         |                   |                    |  |                                  | (-) Descontos/Abatimento                    |
|  |                   |                    |  |                                  | (+) Juros/Multa                             |
|  |                   |                    |  |                                  | (=) Valor Cobrado                           |
| Pagador: IRM.STA CASA DE IPUA  |                   |                    | CNPJ/CPF: 45.708.765/0001-19                           |                                  |   |
| Beneficiário final:  |                   |                    | CNPJ/CPF:  |                                  |   |

Autenticação mecânica

|  |                   |                    |  |                                  |   |
|--|-------------------|--------------------|--|----------------------------------|---|
| <b>Itaú</b> Banco Itaú S.A.  |                   | 341-7              | 34191.57007 04059.810426 62311.890008 2 13810000071150 |                                  |   |
| Local de pagamento: Pague pelo aplicativo, internet ou em agências e correspondentes.  |                   |                    |  |                                  | Vencimento<br><b>10/03/2026</b>             |
| Beneficiário<br><b>ECAMEST E C A E MEDICINA</b> CNPJ/CPF: 01.013.181/0001-53<br>RUA SAO BENEDITO, 450, , 14600000 - CENTRO - SAO JOAQUIM DA BARRA - SP |                   |                    |  |                                  | Agência/Código Beneficiário<br>0426/23118-9 |
| Data do documento<br>09/03/2026  | Núm. do documento | Espécie Doc.<br>DV | Accite<br>N  | Data Processamento<br>09/03/2026 | Nosso Número<br>157 / 00040598 - 1          |
| Uso do Banco   | Carteira<br>157   | Espécie<br>R\$     | Quantidade   | Valor                            | (=) Valor do Documento<br><b>711,50</b>     |
| Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o BENEFICIÁRIO.<br>NOTA FISCAL 10558                         |                   |                    |  |                                  | (-) Descontos/Abatimento                    |
|  |                   |                    |  |                                  | (+) Juros/Multa                             |
|  |                   |                    |  |                                  | (=) Valor Cobrado                           |
| Pagador: IRM.STA CASA DE IPUA  |                   |                    | CNPJ/CPF: 45.708.765/0001-19                           |                                  |   |
| 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.itaú.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

conta: 501.2026.2

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUÃ - DESCREVER NA NOTA:  
 ASSESSORIA E CONSULTORIA EM MEDICINA E SEGURANCA DO TRABALHO : TERMO DE  
 COLABORAÇÃO 01/25  
 REFERENTE AO DIA 01 A 28 DE FEVEREIRO DE 2026.

| NOME DO COLABORADOR                  | VALOR POR VIDA: |               |
|--------------------------------------|-----------------|---------------|
| ALINE MEIRELLES ROCHA                | R\$             | 28,46         |
| CINTIA PEREIRA LOPES                 | R\$             | 28,46         |
| DALVANA PERES PROCOPIO DO NASCIMENTO | R\$             | 28,46         |
| DANIELA DE OLIVEIRA FORTUNATO        | R\$             | 28,46         |
| FERNANDA SANTANA CAETANO             | R\$             | 28,46         |
| FRANCIELE LIMA ALVES DA CUNHA        | R\$             | 28,46         |
| FRANCINE MICHELE CANDIDO             | R\$             | 28,46         |
| GABRIELA GOMES DA SILVA              | R\$             | 28,46         |
| GISELE AUGUSTA PEREIRA               | R\$             | 28,46         |
| ISADORA GABRIEL DA SILVA             | R\$             | 28,46         |
| ISTELA DE SOUSA SANTOS               | R\$             | 28,46         |
| JESSICA DE SOUZA GELONI              | R\$             | 28,46         |
| JOVANA MARA DA SILVA                 | R\$             | 28,46         |
| JULIANA CASSIA DA SILVA BARBOSA      | R\$             | 28,46         |
| KARINA FRANCISCA DA SILVA RESENDE    | R\$             | 28,46         |
| MAISA RAMOS AZEVEDO                  | R\$             | 28,46         |
| MARIA DA CRUZ OSTERNA DE ARAUJO      | R\$             | 28,46         |
| MARILINE MARTINS GALHARDO RIOS       | R\$             | 28,46         |
| MOISES ALVES DOS SANTOS              | R\$             | 28,46         |
| PATRICIA PAVANELLI ALVES             | R\$             | 28,46         |
| PRISCILA ANGELICA DE FAVERI          | R\$             | 28,46         |
| STEFANIA CRISTINA BARBETO            | R\$             | 28,46         |
| THAIS ANANIAS BORGES                 | R\$             | 28,46         |
| VIVIANE SOARES FORTUNATO             | R\$             | 28,46         |
| WANDERSON SILVA ALVES DA CUNHA       | R\$             | 28,46         |
| <b>VALOR DA NOTA:</b>                | <b>R\$</b>      | <b>711,50</b> |

Quatidade de vidas:

R\$

25,00



## Emitir comprovantes (versão antiga)

G3330915599488401  
09/03/2026 16:40:2109/03/2026 - BANCO DO BRASIL - 16:40:21  
315603156 0001

## COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: IRMANDADE S C M IPUA  
AGENCIA: 3156-9 CONTA: 1.012.026-2

=====

ITAU UNIBANCO S.A.

34191570070405981042662311890008213810000071150

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      | 30.901     |
| DATA DE VENCIMENTO | 10/03/2026 |
| DATA DO PAGAMENTO  | 09/03/2026 |
| VALOR DO DOCUMENTO | 711,50     |
| VALOR COBRADO      | 711,50     |

=====

NR.AUTENTICACAO 8.A0A.04A.C88.ED0.4D4

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: JJ551684 SANTO OLIVATTO.

# AVISO PRÉVIO DE FÉRIAS

IPUA/SP, 13 de fevereiro de 2026

Pelo presente comunicamos, Sr(a) **MARIA DA CRUZ OSTERNA DE ARAUJO**, portador(a) da CTPS nº **0012530** série **00279**, que serão concedidas Férias de **16/03/2026** a **25/03/2026**, referente ao período aquisitivo de **14/05/2024** a **13/05/2025**.

A importância correspondente as Férias, e se for o caso, ao Abono Pecuniário e o 13º Salário, estará a sua disposição a partir de **12/03/2026**.

Solicito apor seu ciente na cópia deste.

*Irmandade*

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

*Maria C. O Araujo*

Empregado(a)

## RECIBO DE FÉRIAS

Folha: 1/1

Funcionário: **0318-MARIA DA CRUZ OSTERNA DE ARAUJO** Admissão: **14/05/2018**  
CTPS/Série: **0012530/00279** CPF: **342.996.448-24** Livro: **441** Folha: **441**

Aquisição: 14 de maio de 2024 a 13 de maio de 2025  
Gozo : 16 de março de 2026 a 25 de março de 2026

1/3 Abono:

Lic.Remun:

### CÁLCULO DA REMUNERAÇÃO BASE PARA PAGAMENTO DE FÉRIAS

|               |    |                     |   |                   |          |
|---------------|----|---------------------|---|-------------------|----------|
| Faltas :      | 0  | Dias Desconsiderar: | 0 | Salario Base :    | 1.640,00 |
| Dias Gozo :   | 10 |                     |   | Medias Eventos :  | 440,24   |
| Dias Abono :  |    |                     |   | Remuneração Base: | 2.080,24 |
| Dias Licença: | 0  |                     |   |                   |          |

### DEMONSTRATIVO

| Código | Descrição  | Referência | Valor  | Código | Descrição | Referência | Valor |
|--------|------------|------------|--------|--------|-----------|------------|-------|
| 5001   | FERIAS     | 10,000000  | 693,41 | 5011   | INSS      | 7,500000   | 69,34 |
| 5002   | 1/3 FERIAS | 1,000000   | 231,14 |        |           |            |       |

**Total Proventos: 924,55** | **Total Descontos: 69,34**  
**Valor Líquido -> 855,21**

Venho através deste Declarar que recebi de(a), IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA, estabelecida na RUA FERDINANDO FRATIN, 335, HOSPITAL, CENTRO, CEP: 14.610-000, IPUA/SP, devidamente cadastrada no CNPJ sob nº 45.708.765/0001-19 a importância de R\$ 855,21 (Oitocentos e Cinquenta e Cinco Reais, e Vinte e Um Centavos) conforme demonstrativo acima.

IPUA/SP, 12 de março de 2026..

*Maria Cruz O Araujo*

MARIA DA CRUZ OSTERNA DE ARAUJO

*ag. 3156-9*  
*conta. 34194-1*

*conta: 301.2026-2*

**Remessa**

Cliente IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA

Data 10/03/2026

**Dados do(s) Arquivo(s)**

---

|                     |                                  |                 |            |                       |
|---------------------|----------------------------------|-----------------|------------|-----------------------|
| Arquivo             | Ferias Maria da Cruz O de Araujo |                 |            |                       |
| Data de modificação | 10/03/2026-16:03:44              | Tamanho         | 1452 bytes |                       |
| Formato             | CNAB240                          | Início do envio | 16:03:44   | Fim do envio 16:03:44 |
| Resultado           | Arquivo enviado com sucesso      |                 |            |                       |

---

**Dados da transmissão**

---

|                 |          |              |          |               |            |
|-----------------|----------|--------------|----------|---------------|------------|
| Início do envio | 16:03:44 | Fim do envio | 16:03:44 | Total Enviado | 1452 bytes |
|-----------------|----------|--------------|----------|---------------|------------|

---

Transação efetuada com sucesso por: JJ551684 SANTO OLIVATTO.

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC 0800 729 0722

Ouvidoria BB 0800 729 5678  
Para deficientes auditivos 0800 729 0088

**Remessa**

Cliente IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA

Data 10/03/2026

**Dados do(s) Arquivo(s)**

---

|                     |                                  |                 |            |              |          |
|---------------------|----------------------------------|-----------------|------------|--------------|----------|
| Arquivo             | Ferias Maria da Cruz O de Araujo |                 |            |              |          |
| Data de modificação | 10/03/2026-16:03:44              | Tamanho         | 1452 bytes |              |          |
| Formato             | CNAB240                          | Início do envio | 16:03:44   | Fim do envio | 16:03:44 |
| Resultado           | Arquivo enviado com sucesso      |                 |            |              |          |

---

**Dados da transmissão**

---

|                 |          |              |          |               |            |
|-----------------|----------|--------------|----------|---------------|------------|
| Início do envio | 16:03:44 | Fim do envio | 16:03:44 | Total Enviado | 1452 bytes |
|-----------------|----------|--------------|----------|---------------|------------|

---

Transação efetuada com sucesso por: JJ551684 SANTO OLIVATTO.

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC 0800 729 0722

Ouidoria BB 0800 729 5678  
Para deficientes auditivos 0800 729 0088



## Pagamentos a terceiros

G3361016241748271  
10/03/2026 16:29:50

### Dados consultados

Agência 3156-9  
Conta 1012026-2 IRMANDADE DA SANTA CASA DE MIS  
Descrição lote PAG SALARIO C/CTA  
Situação lote LIBERADO  
Data para débito 10/03/2026  
Data para pagamento 11/03/2026

### Favorecidos

| Nome                     | Situação lançamento | Banco | Agência | Conta  | Valor R\$ |
|--------------------------|---------------------|-------|---------|--------|-----------|
| MARIA DA CRUZ OSTERNA DE | LIBERADO            | 001   | 3156    | 14.194 | 855,21    |

Transação efetuada com sucesso por: JJ549137 ADILSON DIAS CAMPOS.  
Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC 0800 729 0722

Ouvidoria BB 0800 729 5678  
Para deficientes auditivos 0800 729 0088



## Pagamentos a terceiros

G3361016241748271  
10/03/2026 16:29:50

### Dados consultados

Agência 3156-9  
Conta 1012026-2 IRMANDADE DA SANTA CASA DE MIS  
Descrição lote PAG SALARIO C/CTA  
Situação lote LIBERADO  
Data para débito 10/03/2026  
Data para pagamento 11/03/2026

### Favorecidos

| Nome                     | Situação lançamento | Banco | Agência | Conta  | Valor.R\$ |
|--------------------------|---------------------|-------|---------|--------|-----------|
| MARIA DA CRUZ OSTERNA DE | LIBERADO            | 001   | 3156    | 14.194 | 855,21    |

Transação efetuada com sucesso por: JJ549137 ADILSON DIAS CAMPOS.

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC 0800 729 0722

Ouvidoria BB 0800 729 5678

Para deficientes auditivos 0800 729 0088



**Chave de Acesso da NFS-e**

3516200124484874300019100000000006526030289014553

**Número da NFS-e**

65

**Competência da NFS-e**

01/03/2026

**Data da emissão da NFS-e**

13/03/2026

A autenticidade desta NFS-e pode ser consultada pela chave de acesso no portal nacional da NFS-e

**Número da DPS**

65

**Série da DPS**

49999

**Data da emissão da DPS**

13/03/2026

**EMITENTE DA NFS-e**

Prestador do Serviço

**CNPJ / CPF / NIF**

44.848.743/0001-91

**Inscrição Municipal**

110503

**Telefone**

1694620750

**Nome / Nome Empresarial**

TEIXEIRA SANTOS CLINICA MEDICA LTDA

**E-mail**

sattva@sattvacontabilidade.com.br

**Endereço**

14404-608 - RUA RUA FRANCISCO PRESTES MAIA - DR., 1250

**Município**

FRANCA - SP

**CEP**

14404-608

**Simplex Nacional na Data de Competência**

Optante - Microempresa ou Empresa de Pequeno Porte (ME/EPP)

**Regime de Apuração Tributária pelo SN**

-

**TOMADOR DO SERVIÇO**

**CNPJ / CPF / NIF**

45.708.765/0001-19

**Inscrição Municipal**

-

**Telefone**

-

**Nome / Nome Empresarial**

IRMANDADE DA SANTA CASA DE IPUÁ

**E-mail**

-

**Endereço**

RUA FERDINANDO FRATIN, 335, CENTRO

**Município**

Ipuá - SP

**CEP**

14610000

**INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO NÃO IDENTIFICADO NA NFS-e**

**SERVIÇO PRESTADO**

**Código de Tributação Nacional**

04.03.01 Hospitais e congêneres....

**Código de Tributação Municipal**

-

**Local da Prestação**

Ipuá - SP

**País da Prestação**

BRASIL

**Descrição do Serviço**

REFERENTE A SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADO NO MÊS DE FEVEREIRO DE 2026. TERMO DE COLABORAÇÃO: 01/2025 - ATENÇÃO BÁSICA E ESTRATEGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA. EMPRESA: Teixeira Santos Clínica Médica LTDA CNPJ: 44848743/0001-91 Banco do Brasil agência: 0053-1 conta: 97674-1

**TRIBUTAÇÃO MUNICIPAL**

**Tributação do ISSQN**

Operação Tributável

**País Resultado da Prestação do Serviço**

-

**Município de Incidência do ISSQN**

Franca - SP

**Regime Especial de Tributação**

Nenhum

**Tipo de Imunidade**

-

**Suspensão da Exigibilidade do ISSQN**

Não

**Número Processo Suspensão**

-

**Benefício Municipal**

-

**Valor do Serviço**

R\$ 17.000,00

**Desconto Incondicionado**

-

**Total Deduções/Reduções**

-

**Cálculo do BM**

-

**BC ISSQN**

R\$ 17.000,00

**Alíquota Aplicada**

2,01%

**Retenção do ISSQN**

Não retido

**ISSQN Apurado**

R\$ 341,70

**TRIBUTAÇÃO FEDERAL**

**IRRF**

**Contribuição Previdenciária - Retida**

-

**Contribuições Sociais - Retidas**

-

**Descrição Contrib. Sociais - Retidas**

-

**PIS - Débito Apuração Própria**

-

**COFINS - Débito Apuração Própria**

-

**VALOR TOTAL DA NFS-E**

**Valor do Serviço**

R\$ 17.000,00

**Desconto Condicionado**

-

**Desconto Incondicionado**

-

**ISSQN Retido**

-

**Total das Retenções Federais**

-

**PIS/COFINS - Débito Apuração Própria**

-

**Valor Líquido da NFS-e**

R\$ 17.000,00

**TOTAIS APROXIMADOS DOS TRIBUTOS**

Federais

Estaduais

Municipais

R\$ 341,70

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

NBS: 1.2301.21.00 |

conta: 503.2026-2



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE IPUÃ**

Av. Carlos Fernandes nº 766, Centro – Cx Postal 5-Fone: PABX (16) 3832 0183  
CEP 14610-000 - IP U Ã – Estado de São Paulo E-mail: [saude@ipua.sp.gov.br](mailto:saude@ipua.sp.gov.br)

Ipuã, 02 de março de 2026

**RELATÓRIO DE PRODUÇÃO**

Venho por este, comunicar a Irmandade Santa Casa de Misericórdia que a empresa, Teixeira Santos clinica medica ltda, CNPJ 44.848.743/0001-91, Prestou serviço médico na atenção primária no mês de fevereiro de 2026 na atenção básica e estratégia de saúde da família no município de Ipuã, conforme relatório em anexo.

**TERMO DE COLABORAÇÃO 01/2025 - ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE /ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.**

Dr. Arthur Teixeira Dos Santos,  
Médico  
CRM-SP: 228.773

---

Responsável pelo Relatório

---

De acordo com o comunicado acima, eu Alexandre Henrique da Cruz, gestor do **TERMO DE COLABORAÇÃO 01/2025 - ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE /ESTRATEGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**, declaro ciência do relatório em anexo.

---

Alexandre henrique da Cruz  
Gestora do convênio

---

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

---

Priscila Honorato de Oliveira  
Secretária Municipal de Saúde

FILTROS: Período: 01/02/2026 a 28/02/2026 | Equipe: 0000333220 - ESF - VOVO SANTINA | Profissional: [706005819953243] - Arthur Teixeira dos Santos | CBO: 225142 - MÉDICO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA | Filtros personalizados: Nenhum

### Relatório de atendimento individual

#### Resumo de produção

| Descrição                   | Quantidade |
|-----------------------------|------------|
| Registros identificados     | 311        |
| Registros não identificados | 0          |
| <b>Total:</b>               | <b>311</b> |

#### Dados gerais

| Descrição           | Sim | Não | Não Inf. |
|---------------------|-----|-----|----------|
| Ficou em observação | 0   | 311 | 0        |
| Gravidez planejada  | 0   | 0   | 311      |
| Vacinação em dia    | 0   | 0   | 311      |

#### Turno

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Manhã         | 214        |
| Tarde         | 97         |
| Noite         | 0          |
| Não informado | 0          |
| <b>Total:</b> | <b>311</b> |

#### Sexo

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Masculino     | 108        |
| Feminino      | 203        |
| Indeterminado | 0          |
| Não informado | 0          |
| <b>Total:</b> | <b>311</b> |

#### Faixa etária

| Descrição       | Masc. | Fem. | Indet. | N. Inf. | Total |
|-----------------|-------|------|--------|---------|-------|
| Menos de 01 ano | 2     | 2    | 0      | 0       | 4     |
| 01 ano          | 1     | 7    | 0      | 0       | 8     |
| 02 anos         | 0     | 4    | 0      | 0       | 4     |
| 03 anos         | 1     | 4    | 0      | 0       | 5     |
| 04 anos         | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |
| 05 a 09 anos    | 2     | 1    | 0      | 0       | 3     |
| 10 a 14 anos    | 2     | 12   | 0      | 0       | 14    |

#### Faixa etária

| Descrição       | Masc.      | Fem.       | Indet.   | N. Inf.  | Total      |
|-----------------|------------|------------|----------|----------|------------|
| 15 a 19 anos    | 2          | 4          | 0        | 0        | 6          |
| 20 a 24 anos    | 1          | 5          | 0        | 0        | 6          |
| 25 a 29 anos    | 4          | 7          | 0        | 0        | 11         |
| 30 a 34 anos    | 2          | 13         | 0        | 0        | 15         |
| 35 a 39 anos    | 2          | 10         | 0        | 0        | 12         |
| 40 a 44 anos    | 10         | 13         | 0        | 0        | 23         |
| 45 a 49 anos    | 9          | 14         | 0        | 0        | 23         |
| 50 a 54 anos    | 7          | 13         | 0        | 0        | 20         |
| 55 a 59 anos    | 11         | 14         | 0        | 0        | 25         |
| 60 a 64 anos    | 23         | 23         | 0        | 0        | 46         |
| 65 a 69 anos    | 4          | 20         | 0        | 0        | 24         |
| 70 a 74 anos    | 13         | 16         | 0        | 0        | 29         |
| 75 a 79 anos    | 8          | 13         | 0        | 0        | 21         |
| 80 anos ou mais | 4          | 8          | 0        | 0        | 12         |
| Não informado   | 0          | 0          | 0        | 0        | 0          |
| <b>Total:</b>   | <b>108</b> | <b>203</b> | <b>0</b> | <b>0</b> | <b>311</b> |

#### Local de atendimento

| Descrição                       | Quantidade |
|---------------------------------|------------|
| Domicílio                       | 0          |
| Escola / Creche                 | 0          |
| Instituição / Abrigo            | 0          |
| Polo (Academia da saúde)        | 0          |
| Rua                             | 0          |
| UBS                             | 309        |
| Unidade móvel                   | 0          |
| Unidade prisional ou congêneres | 0          |
| Unidade socioeducativa          | 0          |
| Outros                          | 2          |
| Não informado                   | 0          |
| <b>Total:</b>                   | <b>311</b> |

FILTROS: Período: 01/02/2026 a 28/02/2026 | Equipe: 0000333220 - ESF - VOVO SANTINA | Profissional: [706005819953243] - Arthur Teixeira dos Santos | CBO: 225142 - MÉDICO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA | Filtros personalizados: Nenhum

### Tipo de atendimento

| Descrição   | Quantidade |
|---|------------|
| Atendimento de urgência                           | 0          |
| Consulta agendada                                 | 168        |
| Consulta agendada programada / Cuidado continuado | 0          |
| Consulta no dia                                   | 143        |
| Escuta inicial / Orientação                       | 0          |
| Não informado                                     | 0          |
| <b>Total:</b>                                     | <b>311</b> |

### Atenção domiciliar

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| AD1           | 0          |
| AD2           | 0          |
| AD3           | 0          |
| Não informado | 311        |
| <b>Total:</b> | <b>311</b> |

### Racionalidade em saúde

| Descrição                     | Quantidade |
|-------------------------------|------------|
| Medicina tradicional chinesa  | 0          |
| Antroposofia aplicada à saúde | 0          |
| Homeopatia                    | 0          |
| Fitoterapia                   | 0          |
| Ayurveda                      | 0          |
| Outra                         | 0          |
| Não informado                 | 311        |
| <b>Total:</b>                 | <b>311</b> |

### Criança - Aleitamento materno

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Exclusivo     | 0          |
| Predominante  | 0          |
| Complementado | 6          |
| Inexistente   | 0          |
| Não informado | 305        |
| <b>Total:</b> | <b>311</b> |

### NASF / Polo

A lista apresenta registros do LEDI anteriores à versão 5.5.0.

| Descrição                            | Quantidade |
|--------------------------------------|------------|
| Avaliação / Diagnóstico              | 0          |
| Procedimentos clínicos / Terapêutico | 0          |
| Prescrição terapêutica               | 0          |
| Não informado                        | 0          |
| <b>Total:</b>                        | <b>0</b>   |

### eMulti / Polo

A lista apresenta registros do LEDI versão 5.5.0 ou superior.

| Descrição                            | Quantidade |
|--------------------------------------|------------|
| Avaliação / Diagnóstico              | 0          |
| Procedimentos clínicos / Terapêutico | 0          |
| Prescrição terapêutica               | 0          |
| Não informado                        | 311        |
| <b>Total:</b>                        | <b>311</b> |

### Conduta / Desfecho

| Descrição                                    | Quantidade |
|--|------------|
| Retorno para consulta agendada               | 165        |
| Retorno para cuidado continuado / programado | 209        |
| Agendamento para grupos                      | 0          |
| Agendamento para NASF                        | 0          |
| Agendamento para eMulti                      | 0          |
| Alta do episódio                             | 125        |
| Não informado                                | 0          |
| <b>Total:</b>                                | <b>499</b> |

### Encaminhamento

| Descrição   | Quantidade |
|---|------------|
| Encaminhamento interno no dia                     | 18         |
| Encaminhamento para serviço especializado         | 43         |
| Encaminhamento para CAPS                          | 0          |
| Encaminhamento para internação hospitalar         | 0          |
| Encaminhamento para urgência                      | 0          |
| Encaminhamento para serviço de atenção domiciliar | 0          |
| Encaminhamento intersetorial                      | 0          |

FILTROS: Período: 01/02/2026 a 28/02/2026 | Equipe: 0000333220 - ESF - VOVO SANTINA | Profissional: [706005819953243] - Arthur Teixeira dos Santos | CBO: 225142 - MÉDICO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA | Filtros personalizados: Nenhum

### Encaminhamento

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Não informado | 255        |
| <b>Total:</b> | <b>316</b> |

### Problemas / Condições avaliadas

| Descrição                  | Quantidade |
|----------------------------|------------|
| Asma                       | 0          |
| Cardiopatía                | 0          |
| Catarata                   | 0          |
| Desnutrição                | 0          |
| Diabetes                   | 0          |
| DPOC                       | 0          |
| Hipertensão arterial       | 0          |
| Nefropatia                 | 0          |
| Neoplasia                  | 0          |
| Obesidade                  | 0          |
| Pré-natal                  | 0          |
| Puericultura               | 0          |
| Puerpério (até 42 dias)    | 0          |
| Reabilitação               | 0          |
| Saúde mental               | 0          |
| Saúde sexual e reprodutiva | 0          |
| Tabagismo                  | 0          |
| Usuário de álcool          | 0          |
| Usuário de outras drogas   | 0          |
| <b>Total:</b>              | <b>0</b>   |

### Problemas / Condições avaliadas - Doenças transmissíveis, infecciosas e parasitárias

| Descrição              | Quantidade |
|------------------------|------------|
| Dengue                 | 0          |
| Doença diarreica aguda | 0          |
| Hanseníase             | 0          |
| Hepatites A/B/C        | 0          |
| IST                    | 0          |
| Malária                | 0          |
| Sífilis feminina       | 0          |

### Problemas / Condições avaliadas - Doenças transmissíveis, infecciosas e parasitárias

| Descrição               | Quantidade |
|-------------------------|------------|
| Sífilis masculina       | 0          |
| Síndrome respiratória   | 0          |
| Toxoplasmose / Tungíase | 0          |
| Tracoma                 | 0          |
| Tuberculose             | 0          |
| <b>Total:</b>           | <b>0</b>   |

### Problemas / Condições avaliadas - Rastreamento

| Descrição               | Quantidade |
|-------------------------|------------|
| Câncer do colo do útero | 0          |
| Câncer de mama          | 0          |
| Risco cardiovascular    | 0          |
| <b>Total:</b>           | <b>0</b>   |

### Problemas / Condições avaliadas - Outros CIAP2

| Descrição                                     | Quantidade |
|---|------------|
| A98 - MEDICINA PREVENTIVA/MANUTENÇÃO DA SAÚDE | 10         |
| ABP004 - PUERICULTURA                         | 10         |
| K86 - HIPERTENSÃO SEM COMPLICAÇÕES            | 6          |
| T89 - DIABETES INSULINO-DEPENDENTE            | 1          |
| T90 - DIABETES NÃO INSULINO-DEPENDENTE        | 7          |
| W78 - GRAVIDEZ                                | 5          |
| <b>Total:</b>                                 | <b>39</b>  |

### Problemas / Condições avaliadas - Outros CID10

| Descrição   | Quantidade |
|---|------------|
| B24 - DOENÇA PELO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA [HIV] NÃO ESPECIFICADA | 1          |
| B37 - CANDIDÍASE  | 1          |
| B83 - OUTRAS HELMINTÍASES   | 1          |
| C60 - NEOPLASIA MALÍGNA DO PÊNIS  | 1          |
| D25 - LEIOMIOMA DO ÚTERO  | 1          |
| E03 - OUTROS HIPOTIREOIDISMOS   | 1          |
| E039 - HIPOTIREOIDISMO NÃO ESPECIFICADO                                   | 10         |

FILTROS: Período: 01/02/2026 a 28/02/2026 | Equipe: 0000333220 - ESF - VOVO SANTINA | Profissional: [706005819953243] - Arthur Teixeira dos Santos | CBO: 225142 - MÉDICO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA | Filtros personalizados: Nenhum

**Problemas / Condições avaliadas - Outros CID10**

| Descrição   | Quantidade |
|---|------------|
| E10 - DIABETES MELLITUS INSULINO-DEPENDENTE   | 7          |
| E11 - DIABETES MELLITUS NÃO-INSULINO-DEPENDENTE   | 17         |
| E119 - DIABETES MELLITUS NÃO-INSULINO-DEPENDENTE - SEM COMPLICAÇÕES   | 1          |
| E149 - DIABETES MELLITUS NÃO ESPECIFICADO - SEM COMPLICAÇÕES  | 1          |
| E301 - PUBERDADE PRECOCE  | 1          |
| E44 - DESNUTRIÇÃO PROTÉICO-CALÓRICA DE GRAUS MODERADO E LEVE  | 1          |
| E66 - OBESIDADE   | 8          |
| E78 - DISTÚRBIOS DO METABOLISMO DE LIPOPROTEÍNAS E OUTRAS LIPIDEMIAS  | 3          |
| E780 - HIPERCOLESTEROLEMIA PURA   | 2          |
| E782 - HIPERLIPIDEMIA MISTA   | 2          |
| F103 - TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORT. DEVIDOS USO DE ÁLCOOL - SÍNDROME [ESTADO] DE ABSTINÊNCIA              | 1          |
| F108 - TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORT. DEVIDOS USO DE ÁLCOOL - OUTROS TRANSTORNOS MENTAIS OU COMPORTAMENTAIS | 1          |
| F209 - ESQUIZOFRENIA NÃO ESPECIFICADA   | 1          |
| F31 - TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR  | 1          |
| F32 - EPISÓDIOS DEPRESSIVOS   | 1          |
| F320 - EPISÓDIO DEPRESSIVO LEVE   | 1          |
| F33 - TRANSTORNO DEPRESSIVO RECORRENTE  | 2          |
| F338 - OUTROS TRANSTORNOS DEPRESSIVOS RECORRENTES   | 2          |
| F41 - OUTROS TRANSTORNOS ANSIOSOS   | 1          |
| F411 - ANSIEDADE GENERALIZADA   | 9          |
| F438 - OUTRAS REAÇÕES AO STRESS GRAVE   | 1          |
| F606 - PERSONALIDADE ANSIOSA [ESQUIVA]  | 1          |
| F781 - OUTRO RETARDO MENTAL - COMPROMETIMENTO SIGNIF. DO COMPORTAMENTO, REQUERENDO VIGILÂNCIA OU TRATAMENTO | 1          |
| F840 - AUTISMO INFANTIL   | 1          |
| F93 - TRANSTORNOS EMOCIONAIS COM INÍCIO ESPECIFICAMENTE NA INFÂNCIA   | 1          |

**Problemas / Condições avaliadas - Outros CID10**

| Descrição  | Quantidade |
|--|------------|
| G40 - EPILEPSIA  | 3          |
| G431 - ENXAQUECA COM AURA [ENXAQUECA CLÁSSICA]   | 1          |
| G470 - DISTÚRBIOS DO INÍCIO E DA MANUTENÇÃO DO SONO [INSÔNIAS]                               | 2          |
| H612 - CERUME IMPACTADO  | 1          |
| H651 - OUTRAS OTITES MÉDIAS AGUDAS NÃO-SUPURATIVAS   | 1          |
| H903 - PERDA DE AUDIÇÃO BILATERAL NEURO-SENSORIAL  | 2          |
| H922 - OTORRAGIA   | 1          |
| H931 - TINNITUS  | 1          |
| I10 - HIPERTENSÃO ESSENCIAL (PRIMÁRIA)   | 45         |
| I50 - INSUFICIÊNCIA CARDÍACA   | 5          |
| I69 - SEQÜELAS DE DOENÇAS CEREBROVASCULARES  | 1          |
| I694 - SEQÜELAS DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL NÃO ESPECIFICADO COMO HEMORRÁGICO OU ISQUÊMICO | 4          |
| I872 - INSUFICIÊNCIA VENOSA (CRÔNICA) (PERIFÉRICA)   | 13         |
| J018 - OUTRAS SINUSITES AGUDAS   | 1          |
| J069 - INFECÇÃO AGUDA DAS VIAS AÉREAS SUPERIORES NÃO ESPECIFICADA                            | 13         |
| J303 - OUTRAS RINITES ALÉRGICAS  | 1          |
| J448 - OUTRAS FORMAS ESPECIFICADAS DE DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA                     | 1          |
| J449 - DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA NÃO ESPECIFICADA                                   | 2          |
| J45 - ASMA   | 2          |
| K21 - DOENÇA DE REFLUXO GASTROESOFÁGICO  | 1          |
| K52 - OUTRAS GASTROENTERITES E COLITES NÃO-INFECIOSAS  | 1          |
| K57 - DOENÇA DIVERTICULAR DO INTESTINO   | 2          |
| K703 - CIRROSE HEPÁTICA ALCOÓLICA  | 1          |
| L120 - PENFIGÓIDE BOLHOSO  | 1          |
| L20 - DERMATITE ATÓPICA  | 1          |
| L235 - DERMATITE ALÉRGICA DE CONTATO DEVIDA A OUTROS PRODUTOS QUÍMICOS                       | 1          |

FILTROS: Período: 01/02/2026 a 28/02/2026 | Equipe: 0000333220 - ESF - VOVO SANTINA | Profissional: [706005819953243] - Arthur Teixeira dos Santos | CBO: 225142 - MÉDICO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA | Filtros personalizados: Nenhum

**Problemas / Condições avaliadas - Outros CID10**

| Descrição   | Quantidade |
|---|------------|
| L29 - PRURIDO   | 1          |
| L70 - ACNE  | 2          |
| L720 - CISTO EPIDÉRMICO   | 2          |
| L739 - AFECÇÕES FOLICULARES, NÃO ESPECIFICADAS                                  | 1          |
| L80 - VITILIGO  | 1          |
| L82 - CERATOSE SEBORRÉICA   | 1          |
| L84 - CALOS E CALOSIDADES   | 1          |
| L989 - AFECÇÕES DA PELE E DO TECIDO SUBCUTÂNEO, NÃO ESPECIFICADOS               | 4          |
| M10 - GOTA  | 1          |
| M47 - ESPONDILOSE   | 1          |
| M54 - DORSALGIA   | 1          |
| M545 - DOR LOMBAR BAIXA   | 2          |
| M67 - OUTROS TRANSTORNOS DAS SINÓVIAS E DOS TENDÕES                             | 1          |
| M751 - SÍNDROME DO MANGUITO ROTADOR   | 1          |
| M773 - ESPORÃO DO CALCÂNEO  | 2          |
| M796 - DOR EM MEMBRO  | 9          |
| M797 - FIBROMIALGIA   | 2          |
| N18 - INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA   | 2          |
| N40 - HIPERPLASIA DA PRÓSTATA   | 1          |
| Q120 - CATARATA CONGÊNITA   | 1          |
| Q131 - AUSÊNCIA DE ÍRIS   | 1          |
| Q90 - SÍNDROME DE DOWN  | 1          |
| R05 - TOSSE   | 1          |
| R10 - DOR ABDOMINAL E PÉLVICA   | 4          |
| R11 - NÁUSEA E VÔMITOS  | 1          |
| R22 - TUMEFACÇÃO, MASSA OU TUMORAÇÃO LOCALIZADAS DA PELE E DO TECIDO SUBCUTÂNEO | 1          |
| R42 - TONTURA E INSTABILIDADE   | 1          |
| R442 - OUTRAS ALUCINAÇÕES   | 1          |
| R45 - SINTOMAS E SINAIS RELATIVOS AO ESTADO EMOCIONAL                           | 5          |
| R452 - TRISTEZA   | 1          |
| R51 - CEFALÉIA  | 1          |

**Problemas / Condições avaliadas - Outros CID10**

| Descrição   | Quantidade |
|---|------------|
| R522 - OUTRA DOR CRÔNICA  | 1          |
| R609 - EDEMA NÃO ESPECIFICADO   | 1          |
| R73 - AUMENTO DA GLICEMIA   | 1          |
| S411 - FERIMENTO DO BRAÇO   | 1          |
| S60 - TRAUMATISMO SUPERFICIAL DO PUNHO E DA MÃO   | 1          |
| T784 - ALERGIA NÃO ESPECIFICADA   | 1          |
| Z000 - EXAME MÉDICO GERAL   | 12         |
| Z001 - EXAME DE ROTINA DE SAÚDE DA CRIANÇA  | 24         |
| Z017 - EXAME DE LABORATÓRIO   | 49         |
| Z018 - OUTROS EXAMES ESPECIAIS ESPECIFICADOS  | 13         |
| Z027 - OBTENÇÃO DE ATESTADO MÉDICO  | 1          |
| Z123 - EXAME ESPECIAL DE RASTREAMENTO DE NEOPLASIA DE MAMA  | 4          |
| Z34 - SUPERVISÃO DE GRAVIDEZ NORMAL   | 3          |
| Z349 - SUPERVISÃO DE GRAVIDEZ NORMAL, NÃO ESPECIFICADA  | 2          |
| Z39 - ASSISTÊNCIA E EXAME PÓS-NATAL   | 1          |
| Z480 - CUIDADOS A CURATIVOS E SUTURAS CIRÚRGICAS  | 4          |
| Z532 - PROCEDIMENTO NÃO REALIZADO DEVIDO À DECISÃO DO PACIENTE POR OUTRAS RAZÕES E AS NÃO ESPECIFICADAS | 2          |
| Z634 - DESAPARECIMENTO OU FALECIMENTO DE UM MEMBRO DA FAMÍLIA   | 2          |
| Z700 - ACOMPANHAMENTO RELATIVO ÀS ATITUDES EM MATÉRIA DE SEXUALIDADE                                    | 7          |
| Z720 - USO DO TABACO  | 4          |
| Z76 - PESSOAS EM CONTATO COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE EM OUTRAS CIRCUNSTÂNCIAS                              | 11         |
| Z760 - EMISSÃO DE PRESCRIÇÃO DE REPETIÇÃO   | 102        |
| Z768 - CONTATOS COM SERVIÇOS DE SAÚDE POR OUTRAS CIRCUNSTÂNCIAS ESPECIFICADAS                           | 14         |
| <b>Total:</b>   | <b>508</b> |

FILTROS: Período: 01/02/2026 a 28/02/2026 | Equipe: 0000333220 - ESF - VOVO SANTINA | Profissional: [706005819953243] - Arthur Teixeira dos Santos | CBO: 225142 - MÉDICO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA | Filtros personalizados: Nenhum

### Exames solicitados e avaliados

| Descrição                                       | Solicitado | Avaliado   |
|---|------------|------------|
| Colesterol total                                | 29         | 32         |
| Creatinina                                      | 23         | 25         |
| EAS / EQU                                       | 16         | 30         |
| Eletrocardiograma                               | 12         | 10         |
| Eletroforese de hemoglobina                     | 0          | 0          |
| Espirometria                                    | 3          | 1          |
| Exame de escarro                                | 0          | 0          |
| Glicemia  | 24         | 32         |
| HDL   | 29         | 28         |
| Hemoglobina glicada                             | 14         | 19         |
| Hemograma                                       | 36         | 38         |
| LDL   | 1          | 27         |
| Retinografia / Fundo de olho com oftalmologista | 0          | 0          |
| Sorologia de Hepatite B                         | 0          | 0          |
| Sorologia de Hepatite C                         | 0          | 0          |
| Sorologia de Hepatite D                         | 0          | 0          |
| Sorologia de sífilis (VDRL)                     | 3          | 0          |
| Sorologia para HIV                              | 0          | 0          |
| Sorologia para dengue                           | 0          | 0          |
| Teste de gravidez                               | 0          | 0          |
| Teste indireto de antiglobulina humana (TIA)    | 0          | 0          |
| Ultrassonografia obstétrica                     | 0          | 2          |
| Urocultura                                      | 1          | 7          |
| <b>Total:</b>                                   | <b>191</b> | <b>251</b> |

### Exames - Triagem neonatal

| Descrição                | Solicitado | Avaliado |
|--------------------------|------------|----------|
| Teste da orelhinha (EOA) | 0          | 0        |
| Teste do olhinho (TRV)   | 0          | 0        |
| Teste do pezinho         | 0          | 0        |
| <b>Total:</b>            | <b>0</b>   | <b>0</b> |

### Outros exames solicitados e avaliados (código do SIGTAP)

| Descrição  | Solicitado | Avaliado |
|--|------------|----------|
| 0201010020 - BIOPSIA / PUNCAO DE TUMOR SUPERFICIAL DA PELE       | 0          | 1        |
| 0202010023 - DETERMINACAO DE CAPACIDADE DE FIXACAO DO FERRO      | 1          | 1        |
| 0202010040 - DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA (2 DOSAGENS)        | 0          | 1        |
| 0202010120 - DOSAGEM DE ACIDO URICO                              | 9          | 6        |
| 0202010180 - DOSAGEM DE AMILASE                                  | 0          | 1        |
| 0202010201 - DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES              | 1          | 2        |
| 0202010210 - DOSAGEM DE CALCIO                                   | 0          | 4        |
| 0202010228 - DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL                         | 0          | 1        |
| 0202010325 - DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)               | 8          | 3        |
| 0202010384 - DOSAGEM DE FERRITINA                                | 2          | 4        |
| 0202010392 - DOSAGEM DE FERRO SERICO                             | 2          | 2        |
| 0202010422 - DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA                       | 1          | 1        |
| 0202010430 - DOSAGEM DE FOSFORO                                  | 0          | 1        |
| 0202010465 - DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)      | 1          | 2        |
| 0202010600 - DOSAGEM DE POTASSIO                                 | 16         | 19       |
| 0202010627 - DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES               | 0          | 1        |
| 0202010635 - DOSAGEM DE SODIO                                    | 4          | 8        |
| 0202010643 - DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO) | 9          | 8        |
| 0202010651 - DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)    | 9          | 6        |
| 0202010678 - DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS                           | 29         | 32       |

FILTROS: Período: 01/02/2026 a 28/02/2026 | Equipe: 0000333220 - ESF - VOVO SANTINA | Profissional: [706005819953243] - Arthur Teixeira dos Santos | CBO: 225142 - MÉDICO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA | Filtros personalizados: Nenhum

**Outros exames solicitados e avaliados (código do SIGTAP)**

| Descrição  | Solicitado | Avaliado |
|--|------------|----------|
| 0202010694 - DOSAGEM DE UREIA  | 16         | 21       |
| 0202010708 - DOSAGEM DE VITAMINA B12   | 5          | 9        |
| 0202010724 - ELETROFORESE DE PROTEINAS   | 0          | 1        |
| 0202010767 - DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D   | 5          | 9        |
| 0202020134 - DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)   | 3          | 1        |
| 0202020142 - DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)  | 3          | 1        |
| 0202020150 - DETERMINAÇÃO DE VELOCIDADE DE HEMOSSIDIMENTAÇÃO (VHS)   | 0          | 1        |
| 0202030075 - DETERMINAÇÃO DE FATOR REUMATOIDE  | 0          | 2        |
| 0202030105 - DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)   | 1          | 1        |
| 0202030202 - DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA   | 0          | 3        |
| 0202030598 - PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO   | 0          | 1        |
| 0202031390 - TESTE TREPONÊMICO LABORATORIAL P/ DETECÇÃO DE SÍFILIS EM GESTANTE   | 0          | 1        |
| 0202031446 - PESQUISA LABORATORIAL DE ANTÍGENO DE SUPERFÍCIE DO VÍRUS DA HEPATITE B (HBSAG) PARA POPULAÇÃO GERAL (EXCETO GESTANTE, PARCEIRO OU PARCERIA) | 0          | 1        |
| 0202031470 - PESQUISA LABORATORIAL DE ANTICORPOS CONTRA O VÍRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV) PARA POPULAÇÃO GERAL (EXCETO GESTANTE, PARCEIRO OU PARCERIA)    | 0          | 1        |
| 0202031489 - PESQUISA LABORATORIAL DE ANTICORPOS CONTRA O VÍRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV) EM GESTANTE   | 0          | 1        |

**Outros exames solicitados e avaliados (código do SIGTAP)**

| Descrição  | Solicitado | Avaliado |
|--|------------|----------|
| 0202031500 - PESQUISA LABORATORIAL DE ANTÍGENOS DE HIV E/OU ANTICORPOS ANTI-HIV-1 OU ANTI-HIV-2 PARA POPULAÇÃO GERAL (EXCETO GESTANTE, PARCEIRO OU PARCERIA) | 0          | 1        |
| 0202031519 - PESQUISA LABORATORIAL DE ANTÍGENOS DE HIV OU ANTICORPOS ANTI-HIV-1 OU ANTI-HIV-2 EM GESTANTE  | 0          | 1        |
| 0202031535 - PESQUISA LABORATORIAL DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2 PARA POPULAÇÃO GERAL (EXCETO GESTANTE, PARCEIRO OU PARCERIA)                           | 0          | 1        |
| 0202040143 - PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES   | 3          | 3        |
| 0202050092 - DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA   | 1          | 2        |
| 0202060160 - DOSAGEM DE ESTRADIOL  | 0          | 1        |
| 0202060233 - DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)  | 0          | 2        |
| 0202060241 - DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)   | 0          | 1        |
| 0202060250 - DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)  | 11         | 18       |
| 0202060276 - DOSAGEM DE PARATORMONIO   | 0          | 1        |
| 0202060292 - DOSAGEM DE PROGESTERONA   | 0          | 1        |
| 0202060381 - DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)  | 8          | 5        |
| 0202070190 - DOSAGEM DE COBRE  | 0          | 1        |
| 0202080013 - ANTIBIOGRAMA  | 1          | 1        |
| 0203010019 - EXAME CITOPATOLÓGICO CERVICO-VAGINAL/MICROFLORA   | 0          | 1        |

FILTROS: Período: 01/02/2026 a 28/02/2026 | Equipe: 0000333220 - ESF - VOVO SANTINA | Profissional: [706005819953243] - Arthur Teixeira dos Santos | CBO: 225142 - MÉDICO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA | Filtros personalizados: Nenhum

**Outros exames solicitados e avaliados (código do SIGTAP)**

| Descrição  | Solicitado | Avaliado |
|--|------------|----------|
| 0203010086 - EXAME CITOPATOLÓGICO CERVICO VAGINAL/MICROFLORA- RASTREAMENTO | 2          | 0        |
| 0204020069 - RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA                             | 3          | 1        |
| 0204030030 - MAMOGRAFIA  | 4          | 2        |
| 0204030153 - RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)                            | 1          | 2        |
| 0204040086 - RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MAO                                   | 1          | 0        |
| 0204040094 - RADIOGRAFIA DE MAO  | 0          | 1        |
| 0204060095 - RADIOGRAFIA DE BACIA  | 3          | 2        |
| 0204060109 - RADIOGRAFIA DE CALCANEIO                                      | 2          | 1        |
| 0204060125 - RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL)                          | 2          | 0        |
| 0204060150 - RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE                               | 0          | 1        |
| 0204060168 - RADIOGRAFIA DE PERNA  | 1          | 0        |
| 0204060176 - RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MEMBROS INFERIORES                  | 1          | 0        |
| 0205010032 - ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA                                 | 2          | 2        |
| 0205010040 - ULTRASSONOGRAMA DOPPLER COLORIDO DE VASOS                     | 2          | 0        |
| 0205020038 - ULTRASSONOGRAMA DE ABDÔMEN SUPERIOR                           | 1          | 2        |
| 0205020054 - ULTRASSONOGRAMA DE APARELHO URINÁRIO                          | 0          | 2        |
| 0205020062 - ULTRASSONOGRAMA DE ARTICULACAO                                | 3          | 1        |
| 0205020070 - ULTRASSONOGRAMA DE BOLSA ESCROTAL                             | 1          | 0        |

**Outros exames solicitados e avaliados (código do SIGTAP)**

| Descrição  | Solicitado | Avaliado |
|--|------------|----------|
| 0205020097 - ULTRASSONOGRAMA MAMARIA BILATERAL                                   | 2          | 1        |
| 0205020160 - ULTRASSONOGRAMA PELVICA (GINECOLOGICA)                              | 0          | 1        |
| 0205020186 - ULTRASSONOGRAMA TRANSVAGINAL  | 0          | 4        |
| 0206010010 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE    | 1          | 1        |
| 0206010028 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/ CONTRASTE | 1          | 1        |
| 0206010036 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA C/ OU S/ CONTRASTE    | 0          | 1        |
| 0206010079 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO                                | 2          | 3        |
| 0206020031 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX                                 | 0          | 1        |
| 0206030010 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR                      | 0          | 2        |
| 0206030037 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDOMEN INFERIOR      | 1          | 1        |
| 0207010030 - RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL/PESCOÇO                    | 0          | 1        |
| 0207010048 - RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO-SACRA                         | 1          | 1        |
| 0207010064 - RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO                                     | 0          | 1        |
| 0207030022 - RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA / PELVE / ABDOMEN INFERIOR           | 1          | 0        |
| 0209010029 - COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA)   | 0          | 1        |
| 0209010037 - ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA  | 1          | 0        |

FILTROS: Período: 01/02/2026 a 28/02/2026 | Equipe: 0000333220 - ESF - VOVO SANTINA | Profissional: [706005819953243] - Arthur Teixeira dos Santos | CBO: 225142 - MÉDICO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA | Filtros personalizados: Nenhum

**Outros exames solicitados e avaliados (código do SIGTAP)**

| Descrição   | Solicitado | Avaliado   |
|---|------------|------------|
| 0209040041 -<br>VIDEOLARINGOSCOPIA  | 0          | 1          |
| 0211050083 -<br>ELETRONEUROMIOGRAMA<br>(ENMG)   | 0          | 1          |
| 0214010058 - TESTE RÁPIDO PARA<br>DETECÇÃO DE ANTICORPOS<br>ANTI-HIV PARAPOPULAÇÃO<br>GERAL (EXCETO GESTANTE,<br>PARCEIRO OU PARCERIA)  | 1          | 0          |
| 0214010074 - TESTE RÁPIDO<br>TREPONÊMICO (SÍFILIS) PARA<br>POPULAÇÃO GERAL(EXCETO<br>GESTANTE, PARCEIRO OU<br>PARCERIA)   | 1          | 0          |
| 0214010163 - TESTE RÁPIDO PARA<br>DETECÇÃO DE SARS-COVID-2  | 1          | 1          |
| 0214010228 - TESTE RÁPIDO PARA<br>DETECÇÃO DO ANTÍGENO DE<br>SUPERFÍCIE DO VÍRUS DA<br>HEPATITE B - HBV (HBSAG) PARA<br>POPULAÇÃO GERAL (EXCETO<br>GESTANTE, PARCEIRO OU<br>PARCERIA) | 1          | 0          |
| 0214010236 - TESTE RÁPIDO PARA<br>DETECÇÃO DO ANTÍGENO DE<br>SUPERFÍCIE DO VÍRUS DA<br>HEPATITE B - HBV (HBSAG) EM<br>GESTANTE  | 0          | 1          |
| 0214010295 - TESTE RÁPIDO PARA<br>DETECÇÃO DE ANTICORPOS<br>CONTRA O VÍRUS DA HEPATITE C<br>PARA POPULAÇÃO GERAL<br>(EXCETO GESTANTE, PARCEIRO<br>OU PARCERIA)                        | 1          | 0          |
| <b>Total:</b>   | <b>193</b> | <b>239</b> |

**Ofertas de Cuidados Integrados - OCI (código do SIGTAP)**

| Descrição     | Solicitado |
|---------------|------------|
| <b>Total:</b> | <b>0</b>   |

**Emitir comprovantes (versão antiga)**G3371715411520911  
17/03/2026 16:23:23

---

17/03/2026 - BANCO DO BRASIL - 15:57:49  
315603156 SEGUNDA VIA 0003  
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: IRMANDADE S C M IPUA  
AGENCIA: 3156-9 CONTA: 1.012.026-2  
=====

|                       |                     |
|-----------------------|---------------------|
| DATA DA TRANSFERENCIA | 17/03/2026          |
| NR. DOCUMENTO         | 550.053.000.097.674 |
| VALOR TOTAL           | 17.000,00           |

\*\*\*\*\* TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: TEIXEIRA S C M LTDA  
AGENCIA: 0053-1 CONTA: 97.674-1  
NR. DOCUMENTO 553.156.001.012.026  
=====

|                  |                       |
|------------------|-----------------------|
| NR. AUTENTICACAO | 1.4F3.E44.253.D85.14A |
|------------------|-----------------------|

---

Transação efetuada com sucesso por: JJ549137 ADILSON DIAS CAMPOS.



Chave de Acesso da NFS-e  
35177032214938015000100000000000003626039144054872



|                       |                                    |  |
|-----------------------|------------------------------------|--|
| Número da NFS-e<br>36 | Competência da NFS-e<br>13/03/2026 | Data e Hora da emissão da NFS-e<br>13/03/2026 15:51:47 |
| Número da DPS<br>22   | Série da DPS<br>70000              | Data e Hora da emissão da DPS<br>13/03/2026 15:51:47   |

A autenticidade desta NFS-e pode ser verificada pela leitura deste código QR ou pela consulta da chave de acesso no portal nacional da NFS-e

|  |  |  |                            |
|--|--|--|----------------------------|
| <b>EMITENTE DA NFS-e</b><br>Prestador do Serviço                         | CNPJ / CPF / NIF<br>14.938.015/0001-00 | Inscrição Municipal<br>-                   | Telefone<br>(16) 3831-3001 |
| Nome / Nome Empresarial<br>CLINICA DE ESPECIALIDADES MEDICAS LUPOLI LTDA |  | E-mail<br>ROSEBELLUPOLI@YAHOO.COM.BR       |                            |
| Endereço<br>R JOSE RIBEIRO CALAZANS, 40, CENTRO                          |  | Município<br>Guarã - SP                    | CEP<br>14580-085           |
| Simplex Nacional na Data de Competência<br>Não optante                   |  | Regime de Apuração Tributária pelo SN<br>- |                            |

|   |  |                          |                  |
|---|--|--------------------------|------------------|
| <b>TOMADOR DO SERVIÇO</b>   | CNPJ / CPF / NIF<br>45.708.765/0001-19 | Inscrição Municipal<br>- | Telefone<br>-    |
| Nome / Nome Empresarial<br>IRMADADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA |  | E-mail<br>-              |                  |
| Endereço<br>R FERDINANDO FRATIN, 335, CENTRO                              |  | Município<br>Ipuã - SP   | CEP<br>14610-029 |

INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO NÃO IDENTIFICADO NA NFS-e

**SERVIÇO PRESTADO**

|  |                                     |                                 |                        |
|--|-------------------------------------|---------------------------------|------------------------|
| Código de Tributação Nacional<br>04.01.01 - Medicina.  | Código de Tributação Municipal<br>- | Local da Prestação<br>Ipuã - SP | País da Prestação<br>- |
| Descrição do Serviço<br>SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS DRA. ROSEBEL ALENCAR CUSTODIO REFERENTE A 24 CONSULTAS MÉDICA DE PEDIATRIA, NO VALOR UNITÁRIO DE R\$ 83,00 NO MÊS DE FEVEREIRO DE 2026.<br>TERMO DE COLABORAÇÃO: 01/2025 - ATENÇÃO BÁSICA E ESTRATEGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA. |                                     |                                 |                        |

**TRIBUTAÇÃO MUNICIPAL**

|  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| Tributação do ISSQN<br>Operação Tributável | País Resultado da Prestação do Serviço<br>- | Município de Incidência do ISSQN<br>Guarã - SP | Regime Especial de Tributação<br>Nenhum |
| Tipo de Imunidade<br>-                     | Suspensão da Exigibilidade do ISSQN<br>Não  | Número Processo Suspensão<br>-                 | Benefício Municipal<br>-                |
| Valor do Serviço<br>R\$ 1.992,00           | Desconto Incondicionado<br>-                | Total Deduções/Reduções<br>-                   | Cálculo do BM<br>-                      |
| BC ISSQN<br>R\$ 1.992,00                   | Alíquota Aplicada<br>5,00%                  | Retenção do ISSQN<br>Não Retido                | ISSQN Apurado<br>R\$ 99,60              |

**TRIBUTAÇÃO FEDERAL**

|  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| IRRF<br>R\$ 29,88 ✓                          | Contribuição Previdenciária - Retida<br>-       | Contribuições Sociais - Retidas<br>R\$ 92,63 ✓ | Descrição Contrib. Sociais - Retidas<br>3 - PIS/COFINS/CSLL Retidos |
| PIS - Débito Apuração Própria<br>R\$ 12,95 ✓ | COFINS - Débito Apuração Própria<br>R\$ 59,76 ✓ |  |   |

**VALOR TOTAL DA NFS-E**

|  |  |                              |  |
|--|--|------------------------------|--|
| Valor do Serviço<br>R\$ 1.992,00           | Desconto Condicionado<br>-                     | Desconto Incondicionado<br>- | ISSQN Retido<br>-                      |
| Total das Retenções Federais<br>R\$ 122,51 | PIS/COFINS - Débito Apur. Própria<br>R\$ 72,71 |                              | Valor Líquido da NFS-e<br>R\$ 1.869,49 |

**TOTAIS APROXIMADOS DOS TRIBUTOS**

|                      |                       |                        |
|----------------------|-----------------------|------------------------|
| Federais<br>R\$ 0,00 | Estaduais<br>R\$ 0,00 | Municipais<br>R\$ 0,00 |
|----------------------|-----------------------|------------------------|

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

NBS: 123012200

conta: 105.2026-2



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE IPUÃ**

Av. Carlos Fernandes nº 766, Centro – Cx Postal 5-Fone: PABX (16) 3832 0183  
CEP 14610-000 - I P U Ã – Estado de São Paulo E-mail: [saude@ipua.sp.gov.br](mailto:saude@ipua.sp.gov.br)

Ipuã, 02 de Março de 2026

**Do Centro de Especialidades Dr Nilson Ferreira II**

**RELATÓRIO DE PRODUÇÃO**

Venho por deste, comunicar a Irmandade Santa Casa de Misericórdia que a empresa CLINICA DE ESPECIALIDADES MEDICAS LUPOLI LTDA, CNPJ 14.938.015/0001-00, prestou serviço de atendimento MÉDICO em PEDIATRIA, no mês de Fevereiro de 2026, no Centro de Especialidades conforme relatório em anexo.

Totalizando 24 consultas.

**TERMO DE COLABORAÇÃO 01/2025 - ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE / ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

**Rosemeire A. L. Teixeira**

**Enfermeira – COREN: 264.985**

De acordo com o comunicado da enfermeira responsável Rosemeire A. L. Teixeira, eu Alexandre Henrique da Cruz, gestora do **TERMO DE COLABORAÇÃO 01/2025 – ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE / ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**, declaro ciência do relatório em anexo.

**Alexandre Henrique da Cruz**

**Gestora do Convênio**

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

**Priscila Honorato de Oliveira**  
**Secretária Municipal de Saúde**

FILTROS: Período: 01/02/2026 a 28/02/2026 | Equipe: 0002218496 - EAP - CENTRO DE SAUDE II | Profissional: [708608038958580] - Rosebel de Alencar Custodio Lupoli | CBO: 225170 - MÉDICO GENERALISTA | Filtros personalizados: Nenhum

### Relatório de atendimento individual

#### Resumo de produção

| Descrição                   | Quantidade |
|-----------------------------|------------|
| Registros identificados     | 24         |
| Registros não identificados | 0          |
| <b>Total:</b>               | <b>24</b>  |

#### Dados gerais

| Descrição           | Sim | Não | Não Inf. |
|---------------------|-----|-----|----------|
| Ficou em observação | 0   | 24  | 0        |
| Gravidez planejada  | 0   | 0   | 24       |
| Vacinação em dia    | 21  | 1   | 2        |

#### Turno

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Manhã         | 24         |
| Tarde         | 0          |
| Noite         | 0          |
| Não informado | 0          |
| <b>Total:</b> | <b>24</b>  |

#### Sexo

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Masculino     | 13         |
| Feminino      | 11         |
| Indeterminado | 0          |
| Não informado | 0          |
| <b>Total:</b> | <b>24</b>  |

#### Faixa etária

| Descrição       | Masc. | Fem. | Indet. | N. Inf. | Total |
|-----------------|-------|------|--------|---------|-------|
| Menos de 01 ano | 9     | 8    | 0      | 0       | 17    |
| 01 ano          | 0     | 2    | 0      | 0       | 2     |
| 02 anos         | 1     | 1    | 0      | 0       | 2     |
| 03 anos         | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |
| 04 anos         | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |
| 05 a 09 anos    | 2     | 0    | 0      | 0       | 2     |
| 10 a 14 anos    | 1     | 0    | 0      | 0       | 1     |

#### Faixa etária

| Descrição       | Masc.     | Fem.      | Indet.   | N. Inf.  | Total     |
|-----------------|-----------|-----------|----------|----------|-----------|
| 15 a 19 anos    | 0         | 0         | 0        | 0        | 0         |
| 20 a 24 anos    | 0         | 0         | 0        | 0        | 0         |
| 25 a 29 anos    | 0         | 0         | 0        | 0        | 0         |
| 30 a 34 anos    | 0         | 0         | 0        | 0        | 0         |
| 35 a 39 anos    | 0         | 0         | 0        | 0        | 0         |
| 40 a 44 anos    | 0         | 0         | 0        | 0        | 0         |
| 45 a 49 anos    | 0         | 0         | 0        | 0        | 0         |
| 50 a 54 anos    | 0         | 0         | 0        | 0        | 0         |
| 55 a 59 anos    | 0         | 0         | 0        | 0        | 0         |
| 60 a 64 anos    | 0         | 0         | 0        | 0        | 0         |
| 65 a 69 anos    | 0         | 0         | 0        | 0        | 0         |
| 70 a 74 anos    | 0         | 0         | 0        | 0        | 0         |
| 75 a 79 anos    | 0         | 0         | 0        | 0        | 0         |
| 80 anos ou mais | 0         | 0         | 0        | 0        | 0         |
| Não informado   | 0         | 0         | 0        | 0        | 0         |
| <b>Total:</b>   | <b>13</b> | <b>11</b> | <b>0</b> | <b>0</b> | <b>24</b> |

#### Local de atendimento

| Descrição                       | Quantidade |
|---------------------------------|------------|
| Domicílio                       | 0          |
| Escola / Creche                 | 0          |
| Instituição / Abrigo            | 0          |
| Polo (Academia da saúde)        | 0          |
| Rua                             | 0          |
| UBS                             | 24         |
| Unidade móvel                   | 0          |
| Unidade prisional ou congêneres | 0          |
| Unidade socioeducativa          | 0          |
| Outros                          | 0          |
| Não informado                   | 0          |
| <b>Total:</b>                   | <b>24</b>  |



## Emitir comprovantes (versão antiga)

G3371715411520911  
17/03/2026 16:12:0217/03/2026 - BANCO DO BRASIL - 15:57:05  
315603156 SEGUNDA VIA 0001COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTECLIENTE: IRMANDADE S C M IPUA  
AGENCIA: 3156-9 CONTA: 1.012.026-2

=====

DATA DA TRANSFERENCIA 17/03/2026

NR. DOCUMENTO 552.092.000.015.370

VALOR TOTAL 1.869,49

\*\*\*\*\* TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CLINICA DE ESPECIALIDADES

AGENCIA: 2092-3 CONTA: 15.370-2

NR. DOCUMENTO 553.156.001.012.026

=====

NR. AUTENTICACAO C.DB4.020.CE4.CAF.2C6

Transação efetuada com sucesso por: JJ549137 ADILSON DIAS CAMPOS.



Chave de Acesso da NFS-e  
3517703222736062200018700000000002426032647222058



A autenticidade desta NFS-e pode ser verificada pela leitura deste código QR ou pela consulta da chave de acesso no portal nacional da NFS-e

|                       |                                    |  |
|-----------------------|------------------------------------|--|
| Número da NFS-e<br>24 | Competência da NFS-e<br>13/03/2026 | Data e Hora da emissão da NFS-e<br>13/03/2026 16:06:29 |
| Número da DPS<br>17   | Série da DPS<br>70000              | Data e Hora da emissão da DPS<br>13/03/2026 16:06:28   |

|   |   |  |                                    |
|---|---|--|------------------------------------|
| <b>EMITENTE DA NFS-e</b><br>Prestador do Serviço  | <b>CNPJ / CPF / NIF</b><br>27.360.622/0001-87 | <b>Inscrição Municipal</b><br>5883   | <b>Telefone</b><br>(16) 99199-5723 |
| <b>Nome / Nome Empresarial</b><br>VICTOR DE PAULA T. P. LUCAS CLINICA MEDICA                                  |   | <b>E-mail</b><br>victor_guara@hotmail.com  |                                    |
| <b>Endereço</b><br>DR FRANCISCO DE PAULA LEAO, 00299, CENTRO  |   | <b>Município</b><br>Guará - SP   | <b>CEP</b><br>14580-023            |
| <b>Simplex Nacional na Data de Competência</b><br>Optante - Microempresa ou Empresa de Pequeno Porte (ME/EPP) |   | <b>Regime de Apuração Tributária pelo SN</b><br>Regime de apuração dos tributos federais e municipal pelo Simplex Nacional |                                    |

|   |   |                                 |                         |
|---|---|---------------------------------|-------------------------|
| <b>TOMADOR DO SERVIÇO</b>   | <b>CNPJ / CPF / NIF</b><br>45.708.765/0001-19 | <b>Inscrição Municipal</b><br>- | <b>Telefone</b><br>-    |
| <b>Nome / Nome Empresarial</b><br>IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA |   | <b>E-mail</b><br>-              |                         |
| <b>Endereço</b><br>R FERDINANDO FRATIN, 335, CENTRO                               |   | <b>Município</b><br>Ipuã - SP   | <b>CEP</b><br>14610-029 |

INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO NÃO IDENTIFICADO NA NFS-e

**SERVIÇO PRESTADO**

|  |  |  |                               |
|--|--|--|-------------------------------|
| <b>Código de Tributação Nacional</b><br>04.01.01 - Medicina. | <b>Código de Tributação Municipal</b><br>- | <b>Local da Prestação</b><br>Ipuã - SP | <b>País da Prestação</b><br>- |
|--|--|--|-------------------------------|

**Descrição do Serviço**  
REFERENTE A 135 CONSULTAS DE G.O. NO MÊS DE FEVEREIRO DE 2026.

**TERMO DE COLABORAÇÃO:** 01/2025 - ATENÇÃO BÁSICA E ESTRATEGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA. VICTOR DE PAULA TELLES PIRES LUCAS BANCO DO BRASIL AGÊNCIA 2092-3 CONTA CORRENTE 16671-5

**TRIBUTAÇÃO MUNICIPAL**

|   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <b>Tributação do ISSQN</b><br>Operação Tributável | <b>País Resultado da Prestação do Serviço</b><br>- | <b>Município de Incidência do ISSQN</b><br>Guará - SP | <b>Regime Especial de Tributação</b><br>Nenhum |
| <b>Tipo de Imunidade</b><br>-                     | <b>Suspensão da Exigibilidade do ISSQN</b><br>Não  | <b>Número Processo Suspensão</b><br>-                 | <b>Benefício Municipal</b><br>-                |
| <b>Valor do Serviço</b><br>R\$ 11.205,00          | <b>Desconto Incondicionado</b><br>-                | <b>Total Deduções/Reduções</b><br>-                   | <b>Cálculo do BM</b><br>-                      |
| <b>BC ISSQN</b><br>-                              | <b>Alíquota Aplicada</b><br>-                      | <b>Retenção do ISSQN</b><br>Não Retido                | <b>ISSQN Apurado</b><br>-                      |

**TRIBUTAÇÃO FEDERAL**

|   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <b>IRRF</b><br>-                          | <b>Contribuição Previdenciária - Retida</b><br>- | <b>Contribuições Sociais - Retidas</b><br>- | <b>Descrição Contrib. Sociais - Retidas</b><br>- |
| <b>PIS - Débito Apuração Própria</b><br>- | <b>COFINS - Débito Apuração Própria</b><br>-     |   |  |

**VALOR TOTAL DA NFS-E**

|  |   |                                     |  |
|--|---|-------------------------------------|--|
| <b>Valor do Serviço</b><br>R\$ 11.205,00 | <b>Desconto Condicionado</b><br>-             | <b>Desconto Incondicionado</b><br>- | <b>ISSQN Retido</b><br>-                       |
| <b>Total das Retenções Federais</b><br>- | <b>PIS/COFINS - Débito Apur. Própria</b><br>- |                                     | <b>Valor Líquido da NFS-e</b><br>R\$ 11.205,00 |

**TOTAIS APROXIMADOS DOS TRIBUTOS**

|                      |                       |                        |
|----------------------|-----------------------|------------------------|
| <b>Federais</b><br>- | <b>Estaduais</b><br>- | <b>Municipais</b><br>- |
|----------------------|-----------------------|------------------------|

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

conta: 401.2026-2



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE IPUÃ**

Av. Carlos Fernandes nº 766, Centro – Cx Postal 5-Fone: PABX (16) 3832 0183  
CEP 14610-000 - I P U Ã – Estado de São Paulo E-mail: [saude@ipua.sp.gov.br](mailto:saude@ipua.sp.gov.br)

Ipuã, 02 de Março de 2026

**Do Centro de Especialidades Dr Nilson Ferreira II**

**RELATÓRIO DE PRODUÇÃO**

Venho por meio deste, comunicar a Irmandade Santa Casa de Misericórdia que a empresa VICTOR DE PAULA T. P. LUCAS CLÍNICA MÉDICA ME – CNPJ 27.360.622/0001-87, prestou serviço de atendimento MÉDICO em GINECOLOGIA, no mês de Fevereiro de 2026, no Centro de Especialidades conforme relatório em anexo.

Totalizando 120 atendimentos .

**TERMO DE COLABORAÇÃO 01/2025 - ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE / ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

**Rosemeire A. L. Teixeira**

**Enfermeira – COREN: 264.985**

De acordo com o comunicado da enfermeira responsável Rosemeire A. L. Teixeira, eu Alexandre Henrique da Cruz, gestora do **TERMO DE COLABORAÇÃO 01/2025 – ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE / ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**, declaro ciência do relatório em anexo.

**Alexandre Henrique da Cruz**

**Gestora do Convênio**

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

**Priscila Honorato de Oliveira**

**Secretária Municipal de Saúde**

FILTROS: Período: 01/02/2026 a 28/02/2026 | Equipe: 0002218496 - EAP - CENTRO DE SAUDE II | Profissional: [706302744838978] - Victor de Paula Telles Pires Lucas | CBO: 225170 - MÉDICO GENERALISTA | Filtrros personalizados: Nenhum

### Relatório de atendimento individual

#### Resumo de produção

| Descrição                   | Quantidade |
|-----------------------------|------------|
| Registros identificados     | 120        |
| Registros não identificados | 0          |
| <b>Total:</b>               | <b>120</b> |

#### Dados gerais

| Descrição           | Sim | Não | Não Inf. |
|---------------------|-----|-----|----------|
| Ficou em observação | 0   | 120 | 0        |
| Gravidez planejada  | 0   | 0   | 120      |
| Vacinação em dia    | 0   | 0   | 120      |

#### Turno

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Manhã         | 118        |
| Tarde         | 1          |
| Noite         | 0          |
| Não informado | 1          |
| <b>Total:</b> | <b>120</b> |

#### Sexo

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Masculino     | 0          |
| Feminino      | 120        |
| Indeterminado | 0          |
| Não informado | 0          |
| <b>Total:</b> | <b>120</b> |

#### Faixa etária

| Descrição       | Masc. | Fem. | Indet. | N. Inf. | Total |
|-----------------|-------|------|--------|---------|-------|
| Menos de 01 ano | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |
| 01 ano          | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |
| 02 anos         | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |
| 03 anos         | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |
| 04 anos         | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |
| 05 a 09 anos    | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |
| 10 a 14 anos    | 0     | 2    | 0      | 0       | 2     |

#### Faixa etária

| Descrição       | Masc.    | Fem.       | Indet.   | N. Inf.  | Total      |
|-----------------|----------|------------|----------|----------|------------|
| 15 a 19 anos    | 0        | 8          | 0        | 0        | 8          |
| 20 a 24 anos    | 0        | 21         | 0        | 0        | 21         |
| 25 a 29 anos    | 0        | 27         | 0        | 0        | 27         |
| 30 a 34 anos    | 0        | 14         | 0        | 0        | 14         |
| 35 a 39 anos    | 0        | 16         | 0        | 0        | 16         |
| 40 a 44 anos    | 0        | 6          | 0        | 0        | 6          |
| 45 a 49 anos    | 0        | 5          | 0        | 0        | 5          |
| 50 a 54 anos    | 0        | 7          | 0        | 0        | 7          |
| 55 a 59 anos    | 0        | 2          | 0        | 0        | 2          |
| 60 a 64 anos    | 0        | 5          | 0        | 0        | 5          |
| 65 a 69 anos    | 0        | 4          | 0        | 0        | 4          |
| 70 a 74 anos    | 0        | 0          | 0        | 0        | 0          |
| 75 a 79 anos    | 0        | 3          | 0        | 0        | 3          |
| 80 anos ou mais | 0        | 0          | 0        | 0        | 0          |
| Não informado   | 0        | 0          | 0        | 0        | 0          |
| <b>Total:</b>   | <b>0</b> | <b>120</b> | <b>0</b> | <b>0</b> | <b>120</b> |

#### Local de atendimento

| Descrição                       | Quantidade |
|---------------------------------|------------|
| Domicílio                       | 0          |
| Escola / Creche                 | 0          |
| Instituição / Abrigo            | 0          |
| Polo (Academia da saúde)        | 0          |
| Rua                             | 0          |
| UBS                             | 120        |
| Unidade móvel                   | 0          |
| Unidade prisional ou congêneres | 0          |
| Unidade socioeducativa          | 0          |
| Outros                          | 0          |
| Não informado                   | 0          |
| <b>Total:</b>                   | <b>120</b> |



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

E.S.F DR FARNCISCO MARTIMILIANO DE ANDRADE JUNQUEIRA (CAPELINHA)

Av. José Junqueira Meireles 140, Capelinha – Fone: (16) 3832-9124  
CEP 14610-000 - I P U Ã – Estado de São Paulo  
E-mail: esfcapelinha@gmail.com

Ipuã 02/03/2026

### RELATÓRIO DE PRODUÇÃO

Venho por meio deste , comunicar a Irmandade Santa Casa de Misericórdia que a empresa Victor de Paula T.P.Lucas Clínica Medica ME- CNPJ 27.360.622/0001-87, prestou serviço de atendimento MEDICO EM GINECOLOGIA , no mês de fevereiro de 2026 na UBS Capelinha /EAP conforme relatório em anexo.

Totalizando 15 consultas

TERMO DE COLABORAÇÃO 01/025 – ATENÇÃO BÁSICA DE SUADE /ESTRATEGIA DE SAÚDE DA FAMILIA.

*Maristela Bezerra de Castro*  
Enfermeira  
COREN-SP 275.291

\_\_\_\_\_  
Responsável pelo relatório

De acordo com o comunicado acima, eu Alexandre Henrique Cruz, gestor do TERMO DE COLABORAÇÃO 01/2025 -Atenção Basica /Estrategia de Saúde da família, declaro ciência do relatório em anexo

*Alexandre Cruz*

-----  
Alexandre Henrique Cruz  
Gestora do Convênio

\_\_\_\_\_  
De acordo com os relatórios , solicito o pagamento a empresa acima citada

*Honorato*

-----  
Priscila Honorato de Oliveira

e-SUS - Atenção Primária  
MINISTÉRIO DA SAÚDE  
ESTADO DE SÃO PAULO  
MUNICÍPIO DE IPUÃ  
UNIDADE DE SAÚDE UBS CAPELINHA CENTRO DE IMUNIZACAO

Relatório de atendimento individual - Analítico

FILTROS

Período 01/02/2026 a 28/02/2026  
Equipe 0002536722 - EAP - CAPELINHA  
Profissional [706302744838978] - Victor de Paula Telles Pires Lucas  
CBO 225170 - MÉDICO GENERALISTA  
Filtros perso Nenhum

Dados proce 02/03/2026 às 00:00  
Gerado em 02/03/2026 às 08:59 por Maristela Bezerra de Castro

Resumo de produção

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Registros ide | 15         |
| Registros nã  | 0          |

Dados gerais

| Descrição    | Sim | Não | Não informado |
|--------------|-----|-----|---------------|
| Ficou em ob: | 0   | 15  | 0             |
| Gravidez pla | 0   | 0   | 15            |
| Vacinação ei | 0   | 0   | 15            |

Turno

| Descrição   | Quantidade |
|-------------|------------|
| Manhã       | 0          |
| Tarde       | 15         |
| Noite       | 0          |
| Não informa | 0          |

Sexo

| Descrição   | Quantidade |
|-------------|------------|
| Masculino   | 0          |
| Feminino    | 15         |
| Indetermina | 0          |
| Não informa | 0          |

Faixa etária

| Descrição    | Masculino | Feminino | Indetermina | Não informado |
|--------------|-----------|----------|-------------|---------------|
| Menos de 01  | 0         | 0        | 0           | 0             |
| 01 ano       | 0         | 0        | 0           | 0             |
| 02 anos      | 0         | 0        | 0           | 0             |
| 03 anos      | 0         | 0        | 0           | 0             |
| 04 anos      | 0         | 0        | 0           | 0             |
| 05 a 09 anos | 0         | 0        | 0           | 0             |

|              |   |   |   |   |
|--------------|---|---|---|---|
| 10 a 14 anos | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 15 a 19 anos | 0 | 1 | 0 | 0 |
| 20 a 24 anos | 0 | 2 | 0 | 0 |
| 25 a 29 anos | 0 | 1 | 0 | 0 |
| 30 a 34 anos | 0 | 1 | 0 | 0 |
| 35 a 39 anos | 0 | 1 | 0 | 0 |
| 40 a 44 anos | 0 | 1 | 0 | 0 |
| 45 a 49 anos | 0 | 2 | 0 | 0 |
| 50 a 54 anos | 0 | 2 | 0 | 0 |
| 55 a 59 anos | 0 | 1 | 0 | 0 |
| 60 a 64 anos | 0 | 2 | 0 | 0 |
| 65 a 69 anos | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 70 a 74 anos | 0 | 1 | 0 | 0 |
| 75 a 79 anos | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 80 anos ou r | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Não informa  | 0 | 0 | 0 | 0 |

#### Local de atendimento

| Descrição      | Quantidade |
|----------------|------------|
| Domicílio      | 0          |
| Escola / Crech | 0          |
| Instituição /  | 0          |
| Polo (Acader   | 0          |
| Rua            | 0          |
| UBS            | 15         |
| Unidade mó     | 0          |
| Unidade pris   | 0          |
| Unidade soc    | 0          |
| Outros         | 0          |
| Não informa    | 0          |

#### Tipo de atendimento

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Atendimentr   | 0          |
| Consulta age  | 0          |
| Consulta age  | 0          |
| Consulta no   | 15         |
| Escuta inicia | 0          |
| Não informa   | 0          |

#### Atenção domiciliar

| Descrição   | Quantidade |
|-------------|------------|
| AD1         | 0          |
| AD2         | 0          |
| AD3         | 0          |
| Não informa | 15         |

#### Racionalidade em saúde

| Descrição    | Quantidade |
|--------------|------------|
| Medicina tra | 0          |
| Antroposofic | 0          |
| Homeopatia   | 0          |
| Fitoterapia  | 0          |

|             |    |
|-------------|----|
| Ayurveda    | 0  |
| Outra       | 0  |
| Não informa | 15 |

#### Criança - Aleitamento materno

| Descrição    | Quantidade |
|--------------|------------|
| Exclusivo    | 0          |
| Predominante | 0          |
| Complementar | 0          |
| Inexistente  | 0          |
| Não informa  | 15         |

#### NASF / Polo

A lista apresenta registros do LEDI anteriores à versão 5.5.0.

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Avaliação / E | 0          |
| Procedimento  | 0          |
| Prescrição te | 0          |
| Não informa   | 0          |

#### eMulti / Polo

A lista apresenta registros do LEDI versão 5.5.0 ou superior.

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Avaliação / E | 0          |
| Procedimento  | 0          |
| Prescrição te | 0          |
| Não informa   | 15         |

#### Conduta / Desfecho

| Descrição        | Quantidade |
|------------------|------------|
| Retorno para     | 0          |
| Retorno para     | 0          |
| Agendamento      | 0          |
| Agendamento      | 0          |
| Agendamento      | 0          |
| Alta do episódio | 15         |
| Não informa      | 0          |

#### Encaminhamento

| Descrição   | Quantidade |
|-------------|------------|
| Encaminhar  | 0          |
| Encaminhar  | 0          |
| Encaminhar  | 0          |
| Encaminhar  | 0          |
| Encaminhar  | 0          |
| Encaminhar  | 0          |
| Encaminhar  | 0          |
| Não informa | 15         |

#### Problemas / Condições avaliadas

| Descrição   | Quantidade |
|-------------|------------|
| Asma        | 0          |
| Cardiopatia | 0          |

|              |   |
|--------------|---|
| Catarata     | 0 |
| Desnutrição  | 0 |
| Diabetes     | 0 |
| DPOC         | 0 |
| Hipertensão  | 0 |
| Nefropatia   | 0 |
| Neoplasia    | 0 |
| Obesidade    | 0 |
| Pré-natal    | 0 |
| Puericultura | 0 |
| Puerpério (a | 0 |
| Reabilitação | 0 |
| Saúde ment   | 0 |
| Saúde sexua  | 0 |
| Tabagismo    | 0 |
| Usuário de á | 0 |
| Usuário de o | 0 |

Problemas / Condições avaliadas - Doenças transmissíveis, infecciosas e parasitárias

| Descrição      | Quantidade |
|----------------|------------|
| Dengue         | 0          |
| Doença diari   | 0          |
| Hanseníase     | 0          |
| Hepatites A/   | 0          |
| IST            | 0          |
| Malária        | 0          |
| Sífilis femini | 0          |
| Sífilis mascul | 0          |
| Síndrome re:   | 0          |
| Toxoplasmo:    | 0          |
| Tracoma        | 0          |
| Tuberculose    | 0          |

Problemas / Condições avaliadas - Rastreamento

| Descrição    | Quantidade |
|--------------|------------|
| Câncer do cc | 0          |
| Câncer de m  | 0          |
| Risco cardio | 0          |

Problemas / Condições avaliadas - Outros CIAP2

| Descrição  | Quantidade |
|------------|------------|
| W78 - GRAV | 2          |

Problemas / Condições avaliadas - Outros CID10

| Descrição   | Quantidade |
|-------------|------------|
| Z014 - EXAM | 13         |
| Z34 - SUPER | 2          |

Exames solicitados e avaliados

| Descrição     | Quantidade | Quantidade Solicitada |
|---------------|------------|-----------------------|
| Colesterol tc | 0          | 0                     |
| Creatinina    | 0          | 2                     |
| EAS / EQU     | 0          | 0                     |

|               |   |   |
|---------------|---|---|
| Eletrocardio; | 0 | 0 |
| Eletroforese  | 0 | 0 |
| Espirometria  | 0 | 0 |
| Exame de es   | 0 | 0 |
| Glicemia      | 0 | 2 |
| HDL           | 0 | 2 |
| Hemoglobin.   | 0 | 0 |
| Hemograma     | 0 | 3 |
| LDL           | 0 | 2 |
| Retinografia  | 0 | 0 |
| Sorologia de  | 0 | 0 |
| Sorologia de  | 0 | 0 |
| Sorologia de  | 0 | 0 |
| Sorologia de  | 0 | 0 |
| Sorologia pa  | 0 | 0 |
| Sorologia pa  | 0 | 0 |
| Teste de gra' | 0 | 0 |
| Teste indiret | 0 | 0 |
| Ultrassonogr  | 0 | 0 |
| Urocultura    | 0 | 0 |

#### Exames - Triagem neonatal

| Descrição    | Quantidade | Quantidade Solicitada |
|--------------|------------|-----------------------|
| Teste da ore | 0          | 0                     |
| Teste do olh | 0          | 0                     |
| Teste do pez | 0          | 0                     |

#### Outros exames solicitados e avaliados (código do SIGTAP)

| Descrição  | Quantidade | Quantidade Solicitada |
|------------|------------|-----------------------|
| 0202010384 | 0          | 1                     |
| 0202010392 | 0          | 1                     |
| 0202010643 | 0          | 2                     |
| 0202010651 | 0          | 2                     |
| 0202010678 | 0          | 2                     |
| 0202010708 | 0          | 2                     |
| 0202010767 | 0          | 2                     |
| 0202060233 | 0          | 2                     |
| 0202060250 | 0          | 2                     |
| 0204030188 | 0          | 6                     |
| 0205020097 | 0          | 1                     |
| 0205020186 | 0          | 2                     |

#### Ofertas de Cuidados Integrados - OCI (código do SIGTAP)

| Descrição | Quantidade Solicitada |
|-----------|-----------------------|
|-----------|-----------------------|



## Emitir comprovantes (versão antiga)

G3371715411520911  
17/03/2026 16:24:3917/03/2026 - BANCO DO BRASIL - 15:57:49  
315603156 SEGUNDA VIA 0002COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTECLIENTE: IRMANDADE S C M IPUA  
AGENCIA: 3156-9 CONTA: 1.012.026-2

=====

DATA DA TRANSFERENCIA 17/03/2026

NR. DOCUMENTO 552.092.000.016.671

VALOR TOTAL 11.205,00

\*\*\*\*\* TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VICTOR P T P L C M - ME

AGENCIA: 2092-3 CONTA: 16.671-5

NR. DOCUMENTO 553.156.001.012.026

=====

NR.AUTENTICACAO 1.BDF.54A.459.AEA.F85

Transação efetuada com sucesso por: JJ549137 ADILSON DIAS CAMPOS.



PREFEITURA DE RONDONÓPOLIS

ESTADO DE MATO GROSSO  
Prefeitura Municipal de Rondonópolis – MT  
Avenida Duque de Caxias, 1000, Vila Aurora, CEP 78740-022  
CNPJ – 03.347.101/0001-21

Nota fiscal de serviço eletrônico - NFS-e

Número do documento

424

Página 1 de 2

**CONSULTORIO DR. WILLIAN CESAR**

Razão social: W. CESAR PENA SOARES DA SILVA

CPF/CNPJ: 36.997.015/0001-13

Inscrição Municipal: 4693005

Avenida: Bandeirantes, 2029 [SALA 03 QUADRA 13 LOTE 2A] - CENTRO - RONDONÓPOLIS - MT - CEP: 78700-000

Telefone: (35)98226200

E-mail: williancesarps@hotmail.com

Natureza da operação: Prestação de serviço

**Identificação da nota fiscal de serviço eletrônico**

|                                  |  |  |  |
|----------------------------------|--|--|--|
| Exigibilidade do ISSQN Exigível  | Data/hora de emissão da NFS-e<br>13/03/2026 - 14:37:59 | Código de autenticidade<br>51076021236997015000113000000000424<br>26030221952610 |  |
| Número do RPS / Série do RPS     | Data de emissão do RPS                                 |  |  |
| Número da NFS-e substituída      | Data emissão da NFS-e substituída                      | Número do processo / lei   |  |
| Município de incidência do ISSQN | RONDONÓPOLIS - MT                                      |  |  |

Consulte a autenticidade deste documento acessando o site <https://blue.rondonopolis.mt.gov.br/portal/rondonopolis/#/autenticidade>

**Dados do tomador dos serviços**

|                                   |                    |                     |  |  |  |
|-----------------------------------|--------------------|---------------------|--|--|--|
| CPF/CNPJ<br>45.708.765/0001-19    | Inscrição estadual | Inscrição municipal | Nome / razão social<br>IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA |  |  |
| Endereço<br>Rua FERDINANDO FRATIN | Número<br>335      | Complemento         | Bairro<br>CENTRO   |  |  |
| Cidade / UF<br>JUSSARA - GO       | CEP<br>76270-000   | Telefone            | E-mail   |  |  |

**Serviços prestados**

|  |                    |
|--|--------------------|
| Item de serviço<br>4.01.01 - Medicina. | Aliquota<br>5,00 % |
|--|--------------------|

Descrição do serviço

REFERENTE A SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADO NO MÊS FEVEREIRO DE 2026.  
TERMO DE COLABORAÇÃO: 01/2025 - ATENÇÃO BÁSICA E ESTRATEGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.

VALOR BRUTO: R\$ 17.000,00

IMPOSTO RENDA: R\$ 255,00

PIS: R\$ 110,50

CSLL: R\$ 170,00

COFINS: R\$ 510,00

VALOR LÍQUIDO: R\$ 15.954,50

|                |             |                       |  |   |                               |   |
|----------------|-------------|-----------------------|--|---|-------------------------------|---|
| Item da LC 116 | Código CNAE | Quantidade<br>1,00000 | Valor unitário do serviço<br>R\$ 17.000,00 | Valor bruto do serviço<br>R\$ 17.000,00 | Valor de desconto<br>R\$ 0,00 | Valor líquido do serviço<br>R\$ 17.000,00 |
|----------------|-------------|-----------------------|--|---|-------------------------------|---|

Nomenclatura Brasileira de Serviços (NBS)

1.2301.15.00 - Serviços de atendimento de urgência

**Retenções de impostos**

|                   |                      |                  |                    |                    |                              |                   |
|-------------------|----------------------|------------------|--------------------|--------------------|------------------------------|-------------------|
| PIS<br>R\$ 110,50 | COFINS<br>R\$ 510,00 | INSS<br>R\$ 0,00 | IRRF<br>R\$ 255,00 | CSLL<br>R\$ 170,00 | Outras retenções<br>R\$ 0,00 | ISSQN<br>R\$ 0,00 |
|-------------------|----------------------|------------------|--------------------|--------------------|------------------------------|-------------------|

**Resumo geral**

|  |                                 |                                     |                                |   |   |
|--|---------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|---|---|
| Valor total dos serviços<br>R\$ 17.000,00        | Valor dos descontos<br>R\$ 0,00 | Valor das retenções<br>R\$ 1.045,50 | Valor líquido<br>R\$ 15.954,50 | Valor da dedução subcontratação<br>R\$ 0,00 | Valor da dedução construção civil<br>R\$ 0,00 |
| Valor base de cálculo ISSQN<br>R\$ 17.000,00     | % alíquota do ISSQN<br>5,00     | Valor total do ISSQN<br>R\$ 850,00  | % abatimento<br>0,00           | Valor ISSQN a recolher<br>R\$ 850,00        | ISSQN retido?<br>Não                          |
| Valor base de cálculo CBS e IBS<br>R\$ 16.150,00 | % alíquota do CBS<br>0,90       | Valor do CBS<br>R\$ 145,35          | % alíquota do IBS<br>0,10      | Valor do IBS<br>R\$ 16,15                   |   |

Observações

DADOS BANCARIOS:

Ag: 3156-9

Cc: 2029-0

W. Cesar Pena Soares da Silva

Informações complementares

Procon Rondonópolis: Rua Barão do Rio Branco, 2.630 – Jd. Santa Marta – Rondonópolis – Fone (66) 3411-5296/5297.



**ESTADO DE MATO GROSSO**  
**Prefeitura Municipal de Rondonópolis – MT**  
*Avenida Duque de Caxias, 1000, Vila Aurora, CEP 78740-022*  
**CNPJ – 03.347.101/0001-21**

Nota fiscal de serviço  
eletrônica - NFS-e

Número do documento

**424**

**Continuação da nota fiscal de serviço eletrônica – NFS-e**

Página 2 de 2

**CONSULTORIO DR. WILLIAN CESAR**

Razão social: W. CESAR PENA SOARES DA SILVA

CPF/CNPJ: 36.997.015/0001-13

Inscrição Municipal: 4693005

Avenida: Bandeirantes, 2029 [SALA 03 QUADRA 13 LOTE 2A] - CENTRO - RONDONÓPOLIS - MT -

CEP: 78700-000

Telefone: (35)98226200

E-mail: williancesarpss@hotmail.com

Natureza da operação: Prestação de serviço

**Protocolo de entrega da nota fiscal de serviço eletrônica**

Exigibilidade do ISSQN: Exigível

Data/hora de emissão da NFS-e: 13/03/2026 - 14:37:59

Recebi(emos) de W. CESAR PENA SOARES DA SILVA todos os serviços relacionados nesta nota fiscal de serviço eletrônica.

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Nome e número do CPF do Recebedor

Código de autenticidade:



5107602123699701500011300000000042426030221852610

Nota fiscal de serviço  
eletrônica - NFS-e  
**424**



Consulte a autenticidade deste documento acessando o site <https://blue.rondonopolis.mt.gov.br/portal/rondonopolis/#autenticidade>



## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Carlos Fernandes nº 766 Centro - Cx Postal 5 - Fone: PABX (16) 3832 0183

CEP 14610-000 - Ipuã - São Paulo E-mail: [saude@ipua.sp.gov.br](mailto:saude@ipua.sp.gov.br)

Ipuã, 02 de março 2026.

### RELATÓRIO DE PRODUÇÃO

Venho por meio deste, comunicar a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Ipuã, que a empresa **W. Cesar Pena Soares da Silva, CNPJ: 36.997.015/0001-13**, prestou serviço médico no mês de fevereiro de 2026 na Atenção Básica e Estratégia de Saúde da Família no Município de Ipuã conforme relatório em anexo.

**TERMO DE COLABORAÇÃO 01/2025 - ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE/ ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.**

*Dr. Willian Cesar P S Silva*  
*Médico*  
CRM/SP 209 531

Responsável pelo Relatório

De acordo com o comunicado acima, eu Alexandre Henrique Cruz, gestor do **TERMO DE COLABORAÇÃO 01/2025 - ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE / ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**, declaro ciência do relatório em anexo.

*Alexandre*

Gestor do Convênio

Alexandre Henrique Cruz

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

*Honorato*

Secretária de Saúde  
Priscila Honorato de Oliveira

FILTROS: Período: 01/02/2026 a 28/02/2026 | Equipe: 0000333212 - ESF - DR. JOSE F. VANDERLEI | Profissional: [708108599353739] - Willian Cesar Pena Soares da Silva | CBO: 225142 - MÉDICO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA | Filtros personalizados: Nenhum

### Relatório de atendimento individual

#### Resumo de produção

| Descrição                   | Quantidade |
|-----------------------------|------------|
| Registros identificados     | 624        |
| Registros não identificados | 0          |
| <b>Total:</b>               | <b>624</b> |

#### Dados gerais

| Descrição           | Sim | Não | Não Inf. |
|---------------------|-----|-----|----------|
| Ficou em observação | 0   | 624 | 0        |
| Gravidez planejada  | 0   | 0   | 624      |
| Vacinação em dia    | 5   | 0   | 619      |

#### Turno

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Manhã         | 457        |
| Tarde         | 167        |
| Noite         | 0          |
| Não informado | 0          |
| <b>Total:</b> | <b>624</b> |

#### Sexo

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Masculino     | 229        |
| Feminino      | 395        |
| Indeterminado | 0          |
| Não informado | 0          |
| <b>Total:</b> | <b>624</b> |

#### Faixa etária

| Descrição       | Masc. | Fem. | Indet. | N. Inf. | Total |
|-----------------|-------|------|--------|---------|-------|
| Menos de 01 ano | 2     | 3    | 0      | 0       | 5     |
| 01 ano          | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |
| 02 anos         | 3     | 2    | 0      | 0       | 5     |
| 03 anos         | 0     | 1    | 0      | 0       | 1     |
| 04 anos         | 5     | 0    | 0      | 0       | 5     |
| 05 a 09 anos    | 11    | 3    | 0      | 0       | 14    |
| 10 a 14 anos    | 6     | 8    | 0      | 0       | 14    |

#### Faixa etária

| Descrição       | Masc.      | Fem.       | Indet.   | N. Inf.  | Total      |
|-----------------|------------|------------|----------|----------|------------|
| 15 a 19 anos    | 8          | 18         | 0        | 0        | 26         |
| 20 a 24 anos    | 8          | 18         | 0        | 0        | 26         |
| 25 a 29 anos    | 7          | 24         | 0        | 0        | 31         |
| 30 a 34 anos    | 12         | 19         | 0        | 0        | 31         |
| 35 a 39 anos    | 14         | 17         | 0        | 0        | 31         |
| 40 a 44 anos    | 15         | 29         | 0        | 0        | 44         |
| 45 a 49 anos    | 21         | 39         | 0        | 0        | 60         |
| 50 a 54 anos    | 15         | 42         | 0        | 0        | 57         |
| 55 a 59 anos    | 23         | 45         | 0        | 0        | 68         |
| 60 a 64 anos    | 25         | 30         | 0        | 0        | 55         |
| 65 a 69 anos    | 21         | 32         | 0        | 0        | 53         |
| 70 a 74 anos    | 17         | 31         | 0        | 0        | 48         |
| 75 a 79 anos    | 12         | 22         | 0        | 0        | 34         |
| 80 anos ou mais | 4          | 12         | 0        | 0        | 16         |
| Não informado   | 0          | 0          | 0        | 0        | 0          |
| <b>Total:</b>   | <b>229</b> | <b>395</b> | <b>0</b> | <b>0</b> | <b>624</b> |

#### Local de atendimento

| Descrição                       | Quantidade |
|---------------------------------|------------|
| Domicílio                       | 14         |
| Escola / Creche                 | 0          |
| Instituição / Abrigo            | 0          |
| Polo (Academia da saúde)        | 0          |
| Rua                             | 0          |
| UBS                             | 610        |
| Unidade móvel                   | 0          |
| Unidade prisional ou congêneres | 0          |
| Unidade socioeducativa          | 0          |
| Outros                          | 0          |
| Não informado                   | 0          |
| <b>Total:</b>                   | <b>624</b> |

FILTROS: Período: 01/02/2026 a 28/02/2026 | Equipe: 0000333212 - ESF - DR. JOSE F. VANDERLEI | Profissional: [708108599353739] - Willian Cesar Pena Soares da Silva | CBO: 225142 - MÉDICO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA | Filtros personalizados: Nenhum

### Tipo de atendimento

| Descrição   | Quantidade |
|---|------------|
| Atendimento de urgência                           | 0          |
| Consulta agendada                                 | 315        |
| Consulta agendada programada / Cuidado continuado | 138        |
| Consulta no dia                                   | 168        |
| Escuta inicial / Orientação                       | 3          |
| Não informado                                     | 0          |
| <b>Total:</b>                                     | <b>624</b> |

### Atenção domiciliar

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| AD1           | 0          |
| AD2           | 0          |
| AD3           | 0          |
| Não informado | 624        |
| <b>Total:</b> | <b>624</b> |

### Racionalidade em saúde

| Descrição                     | Quantidade |
|-------------------------------|------------|
| Medicina tradicional chinesa  | 0          |
| Antroposofia aplicada à saúde | 0          |
| Homeopatia                    | 0          |
| Fitoterapia                   | 0          |
| Ayurveda                      | 0          |
| Outra                         | 0          |
| Não informado                 | 624        |
| <b>Total:</b>                 | <b>624</b> |

### Criança - Aleitamento materno

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Exclusivo     | 1          |
| Predominante  | 0          |
| Complementado | 0          |
| Inexistente   | 0          |
| Não informado | 623        |
| <b>Total:</b> | <b>624</b> |

### NASF / Polo

A lista apresenta registros do LEDI anteriores à versão 5.5.0.

| Descrição                            | Quantidade |
|--------------------------------------|------------|
| Avaliação / Diagnóstico              | 0          |
| Procedimentos clínicos / Terapêutico | 0          |
| Prescrição terapêutica               | 0          |
| Não informado                        | 0          |
| <b>Total:</b>                        | <b>0</b>   |

### eMulti / Polo

A lista apresenta registros do LEDI versão 5.5.0 ou superior.

| Descrição                            | Quantidade |
|--------------------------------------|------------|
| Avaliação / Diagnóstico              | 0          |
| Procedimentos clínicos / Terapêutico | 0          |
| Prescrição terapêutica               | 0          |
| Não informado                        | 624        |
| <b>Total:</b>                        | <b>624</b> |

### Conduta / Desfecho

| Descrição                                    | Quantidade |
|--|------------|
| Retorno para consulta agendada               | 183        |
| Retorno para cuidado continuado / programado | 335        |
| Agendamento para grupos                      | 0          |
| Agendamento para NASF                        | 0          |
| Agendamento para eMulti                      | 0          |
| Alta do episódio                             | 185        |
| Não informado                                | 3          |
| <b>Total:</b>                                | <b>706</b> |

### Encaminhamento

| Descrição   | Quantidade |
|---|------------|
| Encaminhamento interno no dia                     | 6          |
| Encaminhamento para serviço especializado         | 81         |
| Encaminhamento para CAPS                          | 0          |
| Encaminhamento para internação hospitalar         | 0          |
| Encaminhamento para urgência                      | 0          |
| Encaminhamento para serviço de atenção domiciliar | 0          |
| Encaminhamento intersetorial                      | 0          |

FILTROS: Período: 01/02/2026 a 28/02/2026 | Equipe: 0000333212 - ESF - DR. JOSE F. VANDERLEI | Profissional: [708108599353739] - Willian Cesar Pena Soares da Silva | CBO: 225142 - MÉDICO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA | Filtros personalizados: Nenhum

#### Encaminhamento

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Não informado | 537        |
| <b>Total:</b> | <b>624</b> |

#### Problemas / Condições avaliadas

| Descrição                  | Quantidade |
|----------------------------|------------|
| Asma                       | 0          |
| Cardiopatía                | 0          |
| Catarata                   | 0          |
| Desnutrição                | 0          |
| Diabetes                   | 0          |
| DPOC                       | 0          |
| Hipertensão arterial       | 0          |
| Nefropatia                 | 0          |
| Neoplasia                  | 0          |
| Obesidade                  | 0          |
| Pré-natal                  | 0          |
| Puericultura               | 0          |
| Puerpério (até 42 dias)    | 0          |
| Reabilitação               | 0          |
| Saúde mental               | 0          |
| Saúde sexual e reprodutiva | 0          |
| Tabagismo                  | 0          |
| Usuário de álcool          | 0          |
| Usuário de outras drogas   | 0          |
| <b>Total:</b>              | <b>0</b>   |

#### Problemas / Condições avaliadas - Doenças transmissíveis, infecciosas e parasitárias

| Descrição              | Quantidade |
|------------------------|------------|
| Dengue                 | 0          |
| Doença diarreica aguda | 0          |
| Hanseníase             | 0          |
| Hepatites A/B/C        | 0          |
| IST                    | 0          |
| Malária                | 0          |
| Sífilis feminina       | 0          |

#### Problemas / Condições avaliadas - Doenças transmissíveis, infecciosas e parasitárias

| Descrição               | Quantidade |
|-------------------------|------------|
| Sífilis masculina       | 0          |
| Síndrome respiratória   | 0          |
| Toxoplasmose / Tungíase | 0          |
| Tracoma                 | 0          |
| Tuberculose             | 0          |
| <b>Total:</b>           | <b>0</b>   |

#### Problemas / Condições avaliadas - Rastreamento

| Descrição               | Quantidade |
|-------------------------|------------|
| Câncer do colo do útero | 0          |
| Câncer de mama          | 0          |
| Risco cardiovascular    | 0          |
| <b>Total:</b>           | <b>0</b>   |

#### Problemas / Condições avaliadas - Outros CIAP2

| Descrição                                     | Quantidade |
|---|------------|
| A97 - SEM DOENÇA                              | 4          |
| A98 - MEDICINA PREVENTIVA/MANUTENÇÃO DA SAÚDE | 9          |
| ABP004 - PUERICULTURA                         | 9          |
| K86 - HIPERTENSÃO SEM COMPLICAÇÕES            | 1          |
| T90 - DIABETES NÃO INSULINO-DEPENDENTE        | 1          |
| W78 - GRAVIDEZ                                | 21         |
| <b>Total:</b>                                 | <b>45</b>  |

#### Problemas / Condições avaliadas - Outros CID10

| Descrição                                   | Quantidade |
|---|------------|
| A499 - INFECÇÃO BACTERIANA NÃO ESPECIFICADA | 1          |
| B029 - HERPES ZOSTER SEM COMPLICAÇÃO        | 1          |
| B30 - CONJUNTIVITE VIRAL                    | 1          |
| B349 - INFECÇÃO VIRAL NÃO ESPECIFICADA      | 2          |
| B359 - DERMATOFITOSE NÃO ESPECIFICADA       | 1          |
| B37 - CANDÍDASE                             | 3          |
| D180 - HEMANGIOMA DE QUALQUER LOCALIZAÇÃO   | 2          |

FILTROS: Período: 01/02/2026 a 28/02/2026 | Equipe: 0000333212 - ESF - DR. JOSE F. VANDERLEI | Profissional: [708108599353739] - Willian Cesar Pena Soares da Silva | CBO: 225142 - MÉDICO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA | Filtros personalizados: Nenhum

### Problemas / Condições avaliadas - Outros CID10

| Descrição   | Quantidade |
|---|------------|
| D649 - ANEMIA NÃO ESPECIFICADA  | 2          |
| D699 - AFECÇÃO HEMORRÁGICA NÃO ESPECIFICADA   | 2          |
| E039 - HIPOTIREOIDISMO NÃO ESPECIFICADO   | 5          |
| E10 - DIABETES MELLITUS INSULINO-DEPENDENTE   | 8          |
| E11 - DIABETES MELLITUS NÃO-INSULINO-DEPENDENTE   | 18         |
| E119 - DIABETES MELLITUS NÃO-INSULINO-DEPENDENTE - SEM COMPLICAÇÕES   | 3          |
| E14 - DIABETES MELLITUS NÃO ESPECIFICADO  | 4          |
| E282 - SÍNDROME DO OVÁRIO POLICÍSTICO   | 1          |
| E55 - DEFICIÊNCIA DE VITAMINA D   | 1          |
| E66 - OBESIDADE   | 8          |
| E78 - DISTÚRBIOS DO METABOLISMO DE LIPOPROTEÍNAS E OUTRAS LIPIDEMIAS  | 3          |
| E780 - HIPERCOLESTEROLEMIA PURA   | 3          |
| E785 - HIPERLIPIDEMIA NÃO ESPECIFICADA  | 1          |
| E882 - LIPOMATOSE NÃO CLASSIFICADA EM OUTRA PARTE   | 1          |
| F00 - DEMÊNCIA NA DOENÇA DE ALZHEIMER   | 3          |
| F102 - TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORT. DEVIDOS USO DE ÁLCOOL - SÍNDROME DE DEPENDÊNCIA                       | 1          |
| F198 - TRANST. MENTAIS/COMPORT. DEV. USO MÚLT. DROGAS/OUT. PSICOATIVAS - OUT. TRANST. MENTAIS/COMPORTAMENT. | 1          |
| F320 - EPISÓDIO DEPRESSIVO LEVE   | 1          |
| F410 - TRANSTORNO DE PÂNICO [ANSIEDADE PAROXÍSTICA EPISÓDICA]   | 1          |
| F411 - ANSIEDADE GENERALIZADA   | 11         |
| F609 - TRANSTORNO NÃO ESPECIFICADO DA PERSONALIDADE   | 2          |
| F840 - AUTISMO INFANTIL   | 1          |
| F841 - AUTISMO ATÍPICO  | 1          |
| G40 - EPILEPSIA   | 2          |
| H103 - CONJUNTIVITE AGUDA NÃO ESPECIFICADA  | 1          |
| H920 - OTALGIA  | 1          |

### Problemas / Condições avaliadas - Outros CID10

| Descrição  | Quantidade |
|--|------------|
| I10 - HIPERTENSÃO ESSENCIAL (PRIMÁRIA)   | 56         |
| I50 - INSUFICIÊNCIA CARDÍACA   | 5          |
| I694 - SEQÜELAS DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL NÃO ESPECIFICADO COMO HEMORRÁGICO OU ISQUÊMICO | 1          |
| I872 - INSUFICIÊNCIA VENOSA (CRÔNICA) (PERIFÉRICA)   | 5          |
| J00 - NASOFARINGITE AGUDA [RESFRIADO COMUM]  | 2          |
| J02 - FARINGITE AGUDA  | 1          |
| J069 - INFECÇÃO AGUDA DAS VIAS AÉREAS SUPERIORES NÃO ESPECIFICADA                            | 4          |
| J11 - INFLUENZA (GRIPE) DEVIDA A VÍRUS NÃO IDENTIFICADO                                      | 1          |
| J303 - OUTRAS RINITES ALÉRGICAS  | 1          |
| J449 - DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA NÃO ESPECIFICADA                                   | 2          |
| J45 - ASMA   | 3          |
| K21 - DOENÇA DE REFLUXO GASTROESOFÁGICO  | 2          |
| K29 - GASTRITE E DUODENITE   | 1          |
| K295 - GASTRITE CRÔNICA, SEM OUTRA ESPECIFICAÇÃO   | 1          |
| K46 - HÉRNIA ABDOMINAL NÃO ESPECIFICADA  | 1          |
| K591 - DIARRÉIA FUNCIONAL  | 1          |
| L02 - ABSCESSO CUTÂNEO, FURÚNCULO E ANTRAZ   | 1          |
| L29 - PRURIDO  | 1          |
| L408 - OUTRAS FORMAS DE PSORÍASE   | 1          |
| L73 - OUTRAS AFECÇÕES FOLICULARES  | 1          |
| L817 - DERMATOSE PURPÚRICA PIGMENTADA  | 1          |
| M10 - GOTA   | 1          |
| M179 - GONARTROSE NÃO ESPECIFICADA   | 1          |
| M199 - ARTROSE NÃO ESPECIFICADA  | 1          |
| M255 - DOR ARTICULAR   | 1          |
| M436 - TORCICOLO   | 1          |
| M45 - ESPONDILITE ANCILOSANTE  | 4          |
| M47 - ESPONDILOSE  | 1          |

FILTROS: Período: 01/02/2026 a 28/02/2026 | Equipe: 0000333212 - ESF - DR. JOSE F. VANDERLEI | Profissional: [708108599353739] - Willian Cesar Pena Soares da Silva | CBO: 225142 - MÉDICO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA | Filtros personalizados: Nenhum

**Problemas / Condições avaliadas - Outros CID10**

| Descrição  | Quantidade |
|--|------------|
| M54 - DORSALGIA  | 1          |
| M545 - DOR LOMBAR BAIXA  | 3          |
| M713 - OUTROS CISTOS DE BOLSA SINOVIAL                             | 1          |
| M751 - SÍNDROME DO MANGUITO ROTADOR                                | 1          |
| M755 - BURSITE DO OMBRO  | 1          |
| M773 - ESPORÃO DO CALCÂNEO   | 1          |
| M796 - DOR EM MEMBRO   | 2          |
| M797 - FIBROMIALGIA  | 2          |
| M819 - OSTEOPOROSE NÃO ESPECIFICADA                                | 2          |
| N200 - CALCULOSE DO RIM  | 3          |
| N219 - CÁLCULO DO TRATO URINÁRIO INFERIOR, PORÇÃO NÃO ESPECIFICADA | 1          |
| N30 - CISTITE  | 1          |
| N342 - OUTRAS URETRITES  | 1          |
| N390 - INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO DE LOCALIZAÇÃO NÃO ESPECIFICADA  | 6          |
| N40 - HIPERPLASIA DA PRÓSTATA                                      | 1          |
| N80 - ENDOMETRIOSE   | 1          |
| N912 - AMENORRÉIA, NÃO ESPECIFICADA                                | 2          |
| N921 - MENSTRUÇÃO EXCESSIVA E FREQUENTE COM CICLO IRREGULAR        | 4          |
| N926 - MENSTRUÇÃO IRREGULAR, NÃO ESPECIFICADA                      | 2          |
| N93 - OUTROS SANGRAMENTOS ANORMAIS DO ÚTERO E DA VAGINA            | 2          |
| N939 - SANGRAMENTO ANORMAL DO ÚTERO OU DA VAGINA, NÃO ESPECIFICADO | 2          |
| N951 - ESTADO DA MENOPAUSA E DO CLIMATÉRIO FEMININO                | 1          |
| Q243 - DIABETES MELLITUS PRÉ-EXISTENTE, NÃO ESPECIFICADO           | 1          |
| P960 - INSUFICIÊNCIA RENAL CONGÊNITA                               | 1          |
| Q532 - TESTÍCULO NÃO-DESCIDO, BILATERAL                            | 1          |
| R10 - DOR ABDOMINAL E PÉLVICA                                      | 1          |
| R101 - DOR LOCALIZADA NO ABDOME SUPERIOR                           | 3          |
| R103 - DOR LOCALIZADA EM OUTRAS PARTES DO ABDOMÉ INFERIOR          | 1          |

**Problemas / Condições avaliadas - Outros CID10**

| Descrição   | Quantidade |
|---|------------|
| R104 - OUTRAS DORES ABDOMINAIS E AS NÃO ESPECIFICADAS           | 5          |
| R32 - INCONTINÊNCIA URINÁRIA NÃO ESPECIFICADA                   | 1          |
| R410 - DESORIENTAÇÃO NÃO ESPECIFICADA                           | 1          |
| R509 - FEBRE NÃO ESPECIFICADA                                   | 1          |
| R51 - CEFALÉIA  | 2          |
| R520 - DOR AGUDA  | 12         |
| R521 - DOR CRÔNICA INTRATÁVEL                                   | 1          |
| R53 - MAL ESTAR, FADIGA   | 1          |
| R56 - CONVULSÕES, NÃO CLASSIFICADAS EM OUTRA PARTE              | 1          |
| R600 - EDEMA LOCALIZADO   | 1          |
| R73 - AUMENTO DA GLICEMIA                                       | 2          |
| W55 - MORDEDURA OU GOLPE PROVOCADO POR OUTROS ANIMAIS MAMÍFEROS | 1          |
| Z000 - EXAME MÉDICO GERAL                                       | 85         |
| Z001 - EXAME DE ROTINA DE SAÚDE DA CRIANÇA                      | 24         |
| Z008 - OUTROS EXAMES GERAIS                                     | 6          |
| Z34 - SUPERVISÃO DE GRAVIDEZ NORMAL                             | 21         |
| Z379 - NASCIMENTO NÃO ESPECIFICADO                              | 1          |
| Z390 - ASSISTÊNCIA E EXAME IMEDIATAMENTE APÓS O PARTO           | 1          |
| Z480 - CUIDADOS A CURATIVOS E SUTURAS CIRÚRGICAS                | 1          |
| Z760 - EMISSÃO DE PRESCRIÇÃO DE REPETIÇÃO                       | 309        |
| <b>Total:</b>   | <b>725</b> |

**Exames solicitados e avaliados**

| Descrição                   | Solicitado | Avaliado |
|-----------------------------|------------|----------|
| Colesterol total            | 64         | 31       |
| Creatinina                  | 52         | 26       |
| EAS / EQU                   | 41         | 24       |
| Eletrocardiograma           | 18         | 6        |
| Eletroforese de hemoglobina | 0          | 0        |
| Espirometria                | 0          | 0        |

FILTROS: Período: 01/02/2026 a 28/02/2026 | Equipe: 0000333212 - ESF - DR. JOSE F. VANDERLEI | Profissional: [708108599353739] - Willian Cesar Pena Soares da Silva | CBO: 225142 - MÉDICO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA | Filtros personalizados: Nenhum

### Exames solicitados e avaliados

| Descrição                                       | Solicitado | Avaliado   |
|---|------------|------------|
| Exame de escarro                                | 0          | 0          |
| Glicemia  | 86         | 34         |
| HDL   | 64         | 28         |
| Hemoglobina glicada                             | 40         | 16         |
| Hemograma                                       | 79         | 35         |
| LDL   | 4          | 3          |
| Retinografia / Fundo de olho com oftalmologista | 0          | 0          |
| Sorologia de Hepatite B                         | 0          | 0          |
| Sorologia de Hepatite C                         | 0          | 1          |
| Sorologia de Hepatite D                         | 0          | 0          |
| Sorologia de sífilis (VDRL)                     | 0          | 0          |
| Sorologia para HIV                              | 0          | 0          |
| Sorologia para dengue                           | 0          | 0          |
| Teste de gravidez                               | 1          | 0          |
| Teste indireto de antiglobulina humana (TIA)    | 2          | 0          |
| Ultrassonografia obstétrica                     | 2          | 1          |
| Urocultura                                      | 20         | 5          |
| <b>Total:</b>                                   | <b>473</b> | <b>210</b> |

### Exames - Triagem neonatal

| Descrição                | Solicitado | Avaliado |
|--------------------------|------------|----------|
| Teste da orelhinha (EOA) | 0          | 0        |
| Teste do olhinho (TRV)   | 0          | 0        |
| Teste do pezinho         | 0          | 0        |
| <b>Total:</b>            | <b>0</b>   | <b>0</b> |

### Outros exames solicitados e avaliados (código do SIGTAP)

| Descrição   | Solicitado | Avaliado |
|---|------------|----------|
| 0202010023 - DETERMINACAO DE CAPACIDADE DE FIXACAO DO FERRO | 0          | 1        |
| 0202010040 - DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA (2 DOSAGENS)   | 4          | 3        |
| 0202010120 - DOSAGEM DE ACIDO URICO                         | 16         | 13       |

### Outros exames solicitados e avaliados (código do SIGTAP)

| Descrição  | Solicitado | Avaliado |
|--|------------|----------|
| 0202010180 - DOSAGEM DE AMILASE                                  | 1          | 1        |
| 0202010201 - DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES              | 2          | 2        |
| 0202010210 - DOSAGEM DE CALCIO                                   | 0          | 2        |
| 0202010325 - DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)               | 14         | 2        |
| 0202010368 - DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA                     | 1          | 0        |
| 0202010384 - DOSAGEM DE FERRITINA                                | 5          | 7        |
| 0202010392 - DOSAGEM DE FERRO SERICO                             | 5          | 3        |
| 0202010422 - DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA                       | 2          | 1        |
| 0202010465 - DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)      | 1          | 1        |
| 0202010554 - DOSAGEM DE LIPASE                                   | 0          | 1        |
| 0202010562 - DOSAGEM DE MAGNESIO                                 | 1          | 1        |
| 0202010600 - DOSAGEM DE POTASSIO                                 | 24         | 16       |
| 0202010635 - DOSAGEM DE SODIO                                    | 6          | 4        |
| 0202010643 - DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO) | 25         | 6        |
| 0202010651 - DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)    | 24         | 6        |
| 0202010660 - DOSAGEM DE TRANSFERRINA                             | 1          | 2        |
| 0202010678 - DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS                           | 62         | 31       |
| 0202010694 - DOSAGEM DE UREIA                                    | 26         | 15       |
| 0202010708 - DOSAGEM DE VITAMINA B12                             | 16         | 9        |
| 0202010767 - DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D                     | 15         | 13       |

FILTROS: Período: 01/02/2026 a 28/02/2026 | Equipe: 0000333212 - ESF - DR. JOSE F. VANDERLEI | Profissional: [708108599353739] - Willian Cesar Pena Soares da Silva | CBO: 225142 - MÉDICO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA | Filtros personalizados: Nenhum

**Outros exames solicitados e avaliados (código do SIGTAP)**

| Descrição   | Solicitado | Avaliado |
|---|------------|----------|
| 0202020070 - DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE COAGULAÇÃO  | 3          | 1        |
| 0202020134 - DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)                            | 5          | 1        |
| 0202020142 - DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)   | 5          | 1        |
| 0202020150 - DETERMINAÇÃO DE VELOCIDADE DE HEMOSSSEDIMENTAÇÃO (VHS)   | 3          | 2        |
| 0202030059 - DETECÇÃO DE RNA DO VÍRUS DA HEPATITE C (QUALITATIVO)   | 1          | 0        |
| 0202030075 - DETERMINAÇÃO DE FATOR REUMATOIDE   | 4          | 1        |
| 0202030083 - DETERMINAÇÃO QUANTITATIVA DE PROTEÍNA C REATIVA  | 4          | 0        |
| 0202030105 - DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)  | 6          | 2        |
| 0202030202 - DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA  | 1          | 1        |
| 0202030768 - PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA  | 5          | 3        |
| 0202030784 - PESQUISA DE ANTICORPOS IGG E IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-TOTAL) | 1          | 0        |
| 0202030873 - PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA  | 5          | 3        |
| 0202031179 - TESTE NÃO TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS EM GESTANTES  | 0          | 2        |
| 0202031454 - PESQUISA LABORATORIAL DE ANTÍGENO DE SUPERFÍCIE DO VÍRUS DA HEPATITE B (HBSAG) EM GESTANTE       | 0          | 1        |
| 0202040089 - PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES   | 4          | 1        |
| 0202040127 - PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS   | 2          | 0        |

**Outros exames solicitados e avaliados (código do SIGTAP)**

| Descrição   | Solicitado | Avaliado |
|---|------------|----------|
| 0202040143 - PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES                  | 5          | 4        |
| 0202060136 - DOSAGEM DE CORTISOL                                  | 0          | 1        |
| 0202060152 - DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT)                  | 1          | 0        |
| 0202060160 - DOSAGEM DE ESTRADIOL                                 | 1          | 0        |
| 0202060233 - DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)       | 3          | 1        |
| 0202060241 - DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)                | 2          | 1        |
| 0202060250 - DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)           | 32         | 13       |
| 0202060268 - DOSAGEM DE INSULINA                                  | 1          | 1        |
| 0202060306 - DOSAGEM DE PROLACTINA                                | 1          | 0        |
| 0202060349 - DOSAGEM DE TESTOSTERONA                              | 4          | 1        |
| 0202060357 - DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE                        | 2          | 0        |
| 0202060373 - DOSAGEM DE TIROXINA (T4)                             | 2          | 1        |
| 0202060381 - DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)                 | 5          | 2        |
| 0202070255 - DOSAGEM DE LITIO                                     | 1          | 0        |
| 0202070352 - DOSAGEM DE ZINCO                                     | 1          | 0        |
| 0202080013 - ANTIBIOGRAMA   | 7          | 0        |
| 0202080048 - BACIOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNÓSTICA) | 1          | 0        |
| 0202080064 - BACIOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOS (CONTROLE)     | 0          | 1        |
| 0202090264 - ESPERMOGRAMA   | 1          | 0        |
| 0202120023 - DETERMINAÇÃO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO           | 1          | 1        |

FILTROS: Período: 01/02/2026 a 28/02/2026 | Equipe: 0000333212 - ESF - DR. JOSE F. VANDERLEI | Profissional: [708108599353739] - Willian Cesar Pena Soares da Silva | CBO: 225142 - MÉDICO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA | Filtros personalizados: Nenhum

**Outros exames solicitados e avaliados (código do SIGTAP)**

| Descrição  | Solicitado | Avaliado |
|--|------------|----------|
| 0202120082 - PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)                         | 1          | 1        |
| 0203010019 - EXAME CITOPATOLÓGICO CERVICO-VAGINAL/MICROFLORA               | 8          | 0        |
| 0203010086 - EXAME CITOPATOLÓGICO CERVICO VAGINAL/MICROFLORA-RASTREAMENTO  | 1          | 0        |
| 0204010144 - RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL + HIRTZ)      | 1          | 0        |
| 0204020034 - RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO + OBLIQUAS) | 3          | 0        |
| 0204020069 - RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA                             | 7          | 0        |
| 0204020093 - RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACICA (AP + LATERAL)                 | 1          | 0        |
| 0204020107 - RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR                           | 4          | 0        |
| 0204030030 - MAMOGRAFIA  | 3          | 1        |
| 0204030153 - RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)                            | 5          | 1        |
| 0204030188 - MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO                        | 4          | 0        |
| 0204040094 - RADIOGRAFIA DE MAO  | 0          | 1        |
| 0204050111 - RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP + LATERAL / LOCALIZADA)            | 1          | 0        |
| 0204060095 - RADIOGRAFIA DE BACIA  | 2          | 0        |
| 0204060125 - RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL)                          | 2          | 0        |
| 0204060150 - RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE                               | 3          | 0        |
| 0204060168 - RADIOGRAFIA DE PERNA  | 1          | 0        |
| 0205010032 - ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA                                 | 0          | 2        |

**Outros exames solicitados e avaliados (código do SIGTAP)**

| Descrição   | Solicitado | Avaliado |
|---|------------|----------|
| 0205010040 - ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS             | 1          | 0        |
| 0205020038 - ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR                   | 2          | 1        |
| 0205020046 - ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL                      | 3          | 2        |
| 0205020054 - ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO                  | 4          | 0        |
| 0205020062 - ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULACAO                        | 1          | 0        |
| 0205020097 - ULTRASSONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL                     | 2          | 0        |
| 0205020127 - ULTRASSONOGRAFIA DE TIREOIDE                           | 1          | 0        |
| 0205020160 - ULTRASSONOGRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA)                | 1          | 0        |
| 0205020186 - ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL                          | 12         | 3        |
| 0206020031 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX                    | 1          | 0        |
| 0206030010 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR         | 1          | 0        |
| 0207010048 - RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO-SACRA            | 0          | 1        |
| 0209010029 - COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA)                              | 1          | 0        |
| 0209010037 - ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA                             | 3          | 0        |
| 0211050024 - ELETROENCEFALOGRAFIA EM VIGILIA C/ OU S/ FOTO-ESTIMULO | 1          | 0        |
| 0211070041 - AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR (VIA AEREA / OSSEA)           | 1          | 0        |

FILTROS: Período: 01/02/2026 a 28/02/2026 | Equipe: 0000333212 - ESF - DR. JOSE F. VANDERLEI | Profissional: [708108599353739] - Willian Cesar Pena Soares da Silva | CBO: 225142 - MÉDICO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA | Filtros personalizados: Nenhum

**Outros exames solicitados e avaliados (código do SIGTAP)**

| Descrição   | Solicitado | Avaliado |
|---|------------|----------|
| 0211070203 - IMITANCIOMETRIA  | 1          | 0        |
| 0214010058 - TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE ANTICORPOS ANTI-HIV PARAPOPLAÇÃO GERAL (EXCETO GESTANTE, PARCEIRO OU PARCERIA) | 9          | 1        |
| 0214010074 - TESTE RÁPIDO TREPONÊMICO (SÍFILIS) PARA POPULAÇÃO GERAL(EXCETO GESTANTE, PARCEIRO OU PARCERIA)               | 9          | 0        |
| 0214010090 - TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE HEPATITE C   | 2          | 1        |
| 0214010252 - TESTE RÁPIDO TREPONÊMICO (SÍFILIS) EM GESTANTE   | 1          | 1        |
| 0214010279 - TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE ANTICORPOS ANTI-HIV EM GESTANTE  | 1          | 2        |
| Total:  | 476        | 204      |

**Ofertas de Cuidados Integrados - OCI (código do SIGTAP)**

| Descrição | Solicitado |
|-----------|------------|
| Total:    | 0          |



## Emitir comprovantes (versão antiga)

G3371715411520911  
17/03/2026 16:11:3117/03/2026 - BANCO DO BRASIL - 15:57:05  
315603156 SEGUNDA VIA 0002COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTECLIENTE: IRMANDADE S C M IPUA  
AGENCIA: 3156-9 CONTA: 1.012.026-2

=====

DATA DA TRANSFERENCIA 17/03/2026

NR. DOCUMENTO 553.156.000.002.029

VALOR TOTAL 15.954,50

\*\*\*\*\* TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: W. C PENA SOARES SILVA

AGENCIA: 3156-9 CONTA: 2.029-X

NR. DOCUMENTO 553.156.001.012.026

=====

NR.AUTENTICACAO 6.989.B9C.8E9.4F2.4F7

Transação efetuada com sucesso por: JJ549137 ADILSON DIAS CAMPOS.



PM DE IPUÁ - SP

PREF. MUNIC. DE IPUÁ - SP

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e



Número da NFS-e

53

Código de Verificação de Autenticidade  
2DKPVK70A

Data e Hora de Emissão da NFS-e

13/03/2026 às 15:44:32

Chave de Acesso

87378950J0CC41DF4NYJ3NNHNY089P4

Para certificação da autenticidade acesse  
<http://187.32.255.145:1982/issweb>, menu  
consultas e informe os dados desta NFS-e.

## Informações Fiscais

|                               |                    |  |                    |
|-------------------------------|--------------------|--|--------------------|
| Exigibilidade do ISS Exigível | Número do Processo | Município de Incidência do ISS   | Local da Prestação |
|                               |                    | IPUA-SP  | IPUA - SP          |
| Número da DPS                 | Série da DPS       | Data da DPS  | Competência        |
|                               |                    |  | 13/03/2026         |
| Optante Simples Nacional      | Incentivo Fiscal   | Regime Especial Tributação   | Tipo ISS           |
| 1 - Sim                       | 1 - Sim            | 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          |
| 45.862.649/0001-50     | 52.477.404-3          | 1.129.3994          | 000016007   | RENATA FERREIRA ANTONIASSI |
| Logradouro             |                       |                     | Complemento | Bairro                     |
| RUA MOREIRA CESAR, 441 |                       |                     | CASA        | CENTRO                     |
| CEP                    | Cidade                |                     | Telefone    | E-mail                     |
| 14610-051              | IPUÁ-SP               |                     |             | SAOLUCASIPUA@GMAIL.COM     |

## TOMADOR DE SERVIÇOS

|                            |                       |                     |   |
|----------------------------|-----------------------|---------------------|---|
| CPF/CNPJ/Documento         | RG/Inscrição Estadual | Inscrição Municipal | Nome/Razão Social                               |
| 45.708.765/0001-19         |                       |                     | IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA |
| Logradouro                 |                       |                     | Complemento                                     |
| RUA FERDINANDO FRATIN, 335 |                       |                     |   |
| CEP/Cod.Postal             | Cidade/País           |                     | Cod. IBGE                                       |
| 14610-029                  | IPUA - SP             |                     | 16 38321222                                     |
|                            |                       |                     | Telefone  |
|                            |                       |                     | 3521309   |
|                            |                       |                     | E-mail  |
|                            |                       |                     | faturamento@santacasaipua.com.br                |

## Discriminação dos Serviços

| Qtde. | Un. Medida | Descrição  | Vir. Unitário | Total        |
|-------|------------|--|---------------|--------------|
| 1,00  | UN         | REFERENTE A 144 HORAS DE PSICOTERAPIA NO VALOR UNITÁRIO DE R\$ 28,00 NO MÊS JANEIRO DE 2026.<br>TERMO DE COLABORAÇÃO: 01/2025 - ATENÇÃO BÁSICA E ESTRATEGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.<br>VALOR BRUTO: R\$ 4.032,00<br>VALOR LÍQUIDO: R\$ 4.032,00<br>agencia 3158-9<br>conta corrente:20538-9 | 4.032,00      | R\$ 4.032,00 |

## Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS

|                          |                         |                       |                 |                  |                       |
|--------------------------|-------------------------|-----------------------|-----------------|------------------|-----------------------|
| LC 116/2003: 041501      | Aliquota                | Atividade Município   | Código CNAE     | Construção Civil |                       |
| Psicanálise.             | 2,01%                   | 0000041500001         |                 | Código da Obra   | Código ART            |
| Valor Total dos Serviços | Desconto Incondicionado | Deduções Base Cálculo | Base de Cálculo | Total do ISS     | ISS Retido            |
| R\$ 4.032,00             | R\$ 0,00                | R\$ 0,00              | R\$ 4.032,00    | R\$ 81,04        | 2 - Não               |
|                          |                         |                       |                 |                  | Desconto Condicionado |
|                          |                         |                       |                 |                  | R\$ 0,00              |

## Retenções de Impostos

|          |          |          |          |          |                  |
|----------|----------|----------|----------|----------|------------------|
| PIS      | COFINS   | CP       | 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\$ 4.032,00

Val. Aprox. Tributos:

## Informações Complementares

RECEBI(MOS) DE RENATA FERREIRA ANTONIASSI O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO 53 E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO 2DKPVK70A.

Data

CPF/RG

Assinatura

conta 101-2026-2

Ipuã - SP, 13 de Março de 2026.

A

**IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUÃ**

Rua Ferdinando Fratin nº 335

14.610-000 – Centro – Ipuã-SP.

**REF.: CONFERÊNCIA DE DOCUMENTO FISCAL E COMUNICAÇÃO DE INCORREÇÃO.**

SUA NFSe N° \_\_\_\_\_ SÉRIE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_

MINHA NFSe N° 53 SÉRIE DE \_\_\_\_\_

Em face do que determina a legislação fiscal vigente, venho pela presente comunicar-lhe(s) que a NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA em referência contém a irregularidade que abaixo aponto, cuja retificação solicito seja considerada.

| <b>INCORREÇÃO E RETIFICAÇÃO A SER CONSIDERADA</b> |   |
|---|---|
| <b>CAMPO DISCRIMINAÇÃO DE SERVIÇOS</b>            |   |
| <b>Onde Constou</b>                               | REFERENTE A 144 HORAS DE PSICOTERAPIA NO VALOR UNITÁRIO DE R\$ 28,00 NO MÊS DE JANEIRO DE 2026.<br>TERMO DE COLABORAÇÃO: 01/2025 - ATENÇÃO BÁSICA E ESTRATEGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.   |
| <b>Considerar</b>                                 | REFERENTE A 144 HORAS DE PSICOTERAPIA NO VALOR UNITÁRIO DE R\$ 28,00 NO MÊS DE FEVEREIRO DE 2026.<br>TERMO DE COLABORAÇÃO: 01/2025 - ATENÇÃO BÁSICA E ESTRATEGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA. |

Para evitar-se qualquer sanção fiscal, solicito acusarem o recebimento desta, na cópia que a acompanha, devendo esta via de V.S.as. ficar arquivada juntamente com a NOTA FISCAL em questão.

Sem outro motivo para o momento, subscrevo-me.

Atenciosamente,

\_\_\_\_\_  
RENATA FERREIRA ANTONIASSI

**RENATA FERREIRA ANTONIASSI**  
CNPJ. 45.862.649/0001-19  
I.E.-  
I.M. – 1.129.3994  
N.Cadastro - 000016007  
Rua Moreira Cesar, 441  
Centro – Ipuã-SP.  
14.610-051

**IMPOSTO E CONTRIBUIÇÃO SOBRE BENS E SERVIÇOS (IBS E CBS)**

CPF/CNPJ/NIF do fornecedor

Identificador:

Número da Nota

Código de Verificação

53

**DESTINATÁRIO**

CPF/CNPJ: Nome/Razão Social:  
 Endereço: Nº: Complemento:  
 Bairro: E-mail:  
 Município: CEP: **INFORMAÇÕES DE ENDEREÇO NACIONAL**

**ADQUIRENTE**

CPF/CNPJ: 45708765000119 Nome/Razão Social: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA  
 Endereço: RUA FERDINANDO FRATIN Nº: 335 Complemento: -  
 Bairro: CENTRO E-mail: faturamento@santacasaipua.com.br  
 Município: IPUA CEP: 14610029 **INFORMAÇÕES DE ENDEREÇO NACIONAL**

**SERVIÇO PRESTADO**

Local de Incidência: IPUA SP Código Indicador da Operação: 030101  
 Tipo de Operação: Operação de Uso:  
 Situação Tributária: 200 - Alíquota reduzida Classificação Tributária: 200029 - Fornecimento dos serviços de saúde

**OUTRAS CLASSIFICAÇÕES**

NBS:

NCM:

**VALORES**

| Valor das Deduções de IBS e CBS:       | R\$ 0,00     | Alíquota do IBS (%): | Redução de Alíquota do IBS (%): | Alíquota Efetiva do IBS (%): | Valor Diferido do IBS: | Valor do IBS:          |
|--|--------------|----------------------|---------------------------------|------------------------------|------------------------|------------------------|
| Base de Cálculo do IBS e CBS:          | R\$ 3.950,96 | Estadual: 0.0        | Estadual: 0.0                   | Estadual: 0.1                | Estadual: R\$ 0,00     | Estadual: R\$ 3,95     |
| Valor dos Serviços Antes dos Tributos: | R\$ 0,00     | Municipal: 0.1       | Municipal: 0.0                  | Municipal: 0.1               | Municipal: R\$ 0,00    | Municipal: R\$ 3,95    |
|  |              |                      |                                 |                              |                        | <b>Total: R\$ 7,90</b> |
| Valor da Multa:                        | R\$ 0,00     | Alíquota da CBS (%): | Redução de Alíquota da CBS (%): | Alíquota Efetiva da CBS (%): | Valor Diferido da CBS: | Valor da CBS:          |
| Valor de Juros:                        | R\$ 0,00     | 0.9                  | 0.0                             | 0.9                          | R\$ 0,00               | R\$ 35,56              |
| <b>VALOR TOTAL COBRADO = R\$ 0,00</b>  |              |                      |                                 |                              |                        |                        |

INFORMAÇÕES ADICIONAIS



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE IPUÃ**

Av. Carlos Fernandes nº 766, Centro - Cx Postal 5-Fone: PABX (16) 3832 0183  
CEP 14610-000 - I P U Ã - Estado de São Paulo E-mail: [saude@ipua.sp.gov.br](mailto:saude@ipua.sp.gov.br)

Ipuã, 02 de março de 2026

**RELATÓRIO DE PRODUÇÃO**

Venho por meio deste, comunicar a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Ipuã, que a empresa **RENATA FERREIRA ANTONIASSI ME - CNPJ 45.862.649/0001-50**, prestou serviços PSICOTERAPICOS, no mês de FEVEREIRO de 2026, no Centro de Especialidades conforme relatório em anexo.

Totalizando: 144 horas.

**TERMO DE COLABORAÇÃO 01/2025 - ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE /ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.**

Responsável pelo Relatório

---

De acordo com o comunicado acima, eu Alexandre Henrique Cruz gestor do **TERMO DE COLABORAÇÃO 01/2025 - ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE /ESTRATEGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**, declaro ciência do relatório em anexo.

Alexandre Henrique Cruz

Gestor do convênio

---

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

Priscila Honrato de Oliveira



## Emitir comprovantes (versão antiga)

G3371715411520911  
17/03/2026 16:22:3517/03/2026 - BANCO DO BRASIL - 15:57:07  
315603156 SEGUNDA VIA 0001COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTECLIENTE: IRMANDADE S C M IPUA  
AGENCIA: 3156-9 CONTA: 1.012.026-2

=====

DATA DA TRANSFERENCIA 17/03/2026

NR. DOCUMENTO 553.156.000.020.538

VALOR TOTAL 4.032,00

\*\*\*\*\* TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RENATA F ANTONIASSI  
AGENCIA: 3156-9 CONTA: 20.538-9

NR. DOCUMENTO 553.156.001.012.026

=====

NR.AUTENTICACAO 5.F7A.634.858.B06.19F

Transação efetuada com sucesso por: JJ549137 ADILSON DIAS CAMPOS.



**PM DE IPUÃ - SP**  
**PREF. MUNIC. DE IPUÃ - SP**  
**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e**



**Número da NFS-e**  
**169**  
**Código de Verificação de Autenticidade**  
**96QXD3A7U**  
**Data e Hora de Emissão da NFS-e**  
**13/03/2026 às 15:51:06**  
**Chave de Acesso**  
**87383IHANAFWGYEEAZ90MEOK90R63K1C**

**Informações Fiscais**

|  |                                    |   |  |
|--|------------------------------------|---|--|
| Exigibilidade do ISS Exigível              | Número do Processo                 | Município de Incidência do ISS<br><b>IPUA-SP</b>  | Local da Prestação<br><b>IPUA - SP</b> |
| Número da DPS                              | Série da DPS                       | Data da DPS   | Competência<br><b>13/03/2026</b>       |
| Optante Simples Nacional<br><b>1 - Sim</b> | Incentivo Fiscal<br><b>2 - Não</b> | Regime Especial Tributação<br><b>Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP) 03 - Sobre Faturamento</b> | Tipo ISS                               |

Para certificação da autenticidade acesse  
<http://187.32.255.145:1982/issweb>, menu  
 consultas e informe os dados desta NFS-e.

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

|   |   |                                    |                               |  |
|---|---|------------------------------------|-------------------------------|--|
| CPF/CNPJ<br><b>17.245.717/0001-04</b>     | RG/Inscrição Estadual<br><b>301142506</b> | Inscrição Municipal<br><b>2976</b> | Cadastro<br><b>000011292</b>  | Nome/Razão Social<br><b>ROSELI MEIRE DE SENA</b> |
| Logradouro<br><b>R. CAMPOS SALES, 383</b> | CEP<br><b>14610-000</b>                   | Cidade<br><b>IPUÃ-SP</b>           | Telefone<br><b>0038322630</b> | Complemento<br><b></b>                           |
|   |   |                                    |                               | Bairro<br><b>CENTRO</b>                          |
|   |   |                                    |                               | E-mail<br><b>roselisenafisio@gmail.com</b>       |

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

|   |                                    |                                 |   |
|---|------------------------------------|---------------------------------|---|
| CPF/CNPJ/Documento<br><b>45.708.765/0001-19</b> | RG/Inscrição Estadual              | Inscrição Municipal             | Nome/Razão Social<br><b>IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA</b> |
| Logradouro<br><b>RUA FERDINANDO FRATIN, 335</b> | CEP/Cod.Postal<br><b>14610-029</b> | Cidade/País<br><b>IPUA - SP</b> | Cod. IBGE<br><b>3521309</b>   |
|   |                                    |                                 | Telefone<br><b>16 38321222</b>  |
|   |                                    |                                 | E-mail<br><b>faturamento@santacasaihua.com.br</b>                           |

**Discriminação dos Serviços**

| Qtde. | Un. Medida | Descrição   | Vir. Unitário | Total        |
|-------|------------|---|---------------|--------------|
| 1,00  | UN         | REFERENTE A 105 HORAS PRESTADAS COMO FISIOTERAPEUTA NO VALOR UNITÁRIO DE R\$ 28,00 NO MÊS DE FEVEREIRO DE 2026.<br>TERMO DE COLABORAÇÃO: 01/2025 - ATENÇÃO BÁSICA E ESTRATEGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.<br><br>Conta Corrente: 20810-8<br>Agência: 3156-9 | 2.940,00      | R\$ 2.940,00 |

**Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS**

|                            |                          |   |             |                |            |
|----------------------------|--------------------------|---|-------------|----------------|------------|
| LC 116/2003: <b>040801</b> | Alíquota<br><b>2,01%</b> | Atividade Município<br><b>0000040800001</b> | Código CNAE | Código da Obra | Código ART |
|----------------------------|--------------------------|---|-------------|----------------|------------|

**Construção Civil**

|   |  |  |  |                                  |                              |  |
|---|--|--|--|----------------------------------|------------------------------|--|
| Valor Total dos Serviços<br><b>R\$ 2.940,00</b> | Desconto Incondicionado<br><b>R\$ 0,00</b> | Deduções Base Cálculo<br><b>R\$ 0,00</b> | Base de Cálculo<br><b>R\$ 2.940,00</b> | Total do ISS<br><b>R\$ 59,09</b> | ISS Retido<br><b>2 - Não</b> | Desconto Condicionado<br><b>R\$ 0,00</b> |
|---|--|--|--|----------------------------------|------------------------------|--|

**Retenções de Impostos**

|                        |                           |                       |                         |                         |                                     |
|------------------------|---------------------------|-----------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------------------|
| PIS<br><b>R\$ 0,00</b> | COFINS<br><b>R\$ 0,00</b> | CP<br><b>R\$ 0,00</b> | IRRF<br><b>R\$ 0,00</b> | CSLL<br><b>R\$ 0,00</b> | Outras Retenções<br><b>R\$ 0,00</b> |
|------------------------|---------------------------|-----------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------------------|

Valor Líquido da NFS-e: R\$ 2.940,00

Val. Aprox. Tributos:

**Informações Complementares**

RECEBI(EMOS) DE **ROSELI MEIRE DE SENA** O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO **169** E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO **96QXD3A7U**.

Data

CPF/RG

Assinatura

conta: 201.2026-2





**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE IPUÃ**

Av. Carlos Fernandes nº 766, Centro – Cx Postal 5-Fone: PABX (16) 3832 0183  
CEP 14610-000 - I P U Ã – Estado de São Paulo E-mail: [saude@ipua.sp.gov.br](mailto:saude@ipua.sp.gov.br)

Ipuã, 04 de Março de 2026.

**RELATÓRIO DE PRODUÇÃO**

Venho através deste, comunicar a Irmandade Santa Casa de Misericórdia que a empresa **Roséli Meire de Sena**; CNPJ: 17.245.717/0001-04, prestou 105 horas de serviços de no mês de fevereiro de 2026 na Atenção Básica e Estratégia de Saúde da Família no Município de Ipuã - SP, conforme relatório em anexo.

**Totalizando:** horas

**TERMO DE COLABORAÇÃO 01/2025 - ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE / ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.**

Responsável pelo Relatório

De acordo com o comunicado acima, eu **Alexandre Henrique da Cruz** gestor do **TERMO DE COLABORAÇÃO 01/2025 – ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE / ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**, declaro ciência do relatório em anexo.

**Alexandre Henrique da Cruz**

**Gestor do Convênio**

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

**Priscila Honorato de Oliveira**

**Secretária Municipal de Saúde**



## Emitir comprovantes (versão antiga)

G3371715411520911  
17/03/2026 16:22:57

17/03/2026 - BANCO DO BRASIL - 15:57:07  
315603156 SEGUNDA VIA 0002  
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: IRMANDADE S C M IPUA  
AGENCIA: 3156-9 CONTA: 1.012.026-2  
=====

|                       |                     |
|-----------------------|---------------------|
| DATA DA TRANSFERENCIA | 17/03/2026          |
| NR. DOCUMENTO         | 553.156.000.020.810 |
| VALOR TOTAL           | 2.940,00            |

\*\*\*\*\* TRANSFERIDO PARA:  
CLIENTE: ROSELI MEIRE DE SENA  
AGENCIA: 3156-9 CONTA: 20.810-8  
NR. DOCUMENTO 553.156.001.012.026  
=====

|                  |                       |
|------------------|-----------------------|
| NR. AUTENTICACAO | 1.9A0.4B9.856.645.7AE |
|------------------|-----------------------|

Transação efetuada com sucesso por: JJ549137 ADILSON DIAS CAMPOS.



PM DE IPUÃ - SP

PREF. MUNIC. DE IPUÃ - SP

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e



Número da NFS-e

43

Código de Verificação de Autenticidade

001NCQDA4

Data e Hora de Emissão da NFS-e

13/03/2026 às 15:47:53

Chave de Acesso

87381BPSMSR7SQSCIL9GMJ4A508BOZ25

Criada em substituição à NFS-e 42

Para certificação da autenticidade acesse  
<http://187.32.255.145:1982/Issweb>, menu  
 consultas e informe os dados desta NFS-e.

## Informações Fiscais

|                                     |                             |   |                                    |
|-------------------------------------|-----------------------------|---|------------------------------------|
| Exigibilidade do ISS Exigível       | Número do Processo          | Município de Incidência do ISS IPUA-SP  | Local da Prestação IPUA - SP       |
| Número da DPS                       | Série da DPS                | Data da DPS   | Competência<br>13/03/2026          |
| Optante Simples Nacional<br>1 - Sim | Incentivo Fiscal<br>1 - Sim | Regime Especial Tributação<br>Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP) | Tipo ISS<br>03 - Sobre Faturamento |

## PRESTADOR DE SERVIÇOS

|   |                                     |                                  |  |                   |
|---|-------------------------------------|----------------------------------|--|-------------------|
| CPF/CNPJ<br>49.612.533/0001-13              | RG/Inscrição Estadual<br>2.172.4099 | Inscrição Municipal<br>000002181 | Cadastro<br>DEVANIL MOREIRA DOS SANTOS FILHO | Nome/Razão Social |
| Logradouro<br>AVENIDA ALBERTO CONRADO, 1720 | Complemento<br>CASA                 | Bairro<br>OLHOS D AGUA           | CEP<br>14610-096                             | Cidade<br>IPUÃ-SP |
| Telefone<br>0000000000                      | E-mail                              |                                  |  |                   |

## TOMADOR DE SERVIÇOS

|  |                          |                         |  |
|--|--------------------------|-------------------------|--|
| CPF/CNPJ/Documento<br>45.708.765/0001-19 | RG/Inscrição Estadual    | Inscrição Municipal     | Nome/Razão Social<br>IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA |
| Logradouro<br>RUA FERDINANDO FRATIN, 335 | Complemento              | Bairro<br>CENTRO        | Cod. IBGE<br>3521309   |
| CEP/Cod.Postal<br>14610-029              | Cidade/País<br>IPUA - SP | Telefone<br>16 38321222 | E-mail<br>faturamento@santacasaipua.com.br                           |

## Discriminação dos Serviços

| Qtde. | Un. Medida | Descrição   | Vlr. Unitário | Total        |
|-------|------------|---|---------------|--------------|
| 1,00  | UN         | Ginastica, dança, esportes, natação, artes marciais e demais atividades físicas | 4.480,00      | R\$ 4.480,00 |

## Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS

|  |                         |                       |                 | Construção Civil |            |                       |
|--|-------------------------|-----------------------|-----------------|------------------|------------|-----------------------|
| LC 116/2003: 060401  | Alíquota                | Atividade Município   | Código CNAE     | Código da Obra   | Código ART |                       |
| Ginástica, dança, esportes, natação, artes marciais e demais atividades físicas. | 2,01%                   | 0000060400001         |                 |                  |            |                       |
| Valor Total dos Serviços   | Desconto Incondicionado | Deduções Base Cálculo | Base de Cálculo | Total do ISS     | ISS Retido | Desconto Condicionado |
| R\$ 4.480,00   | R\$ 0,00                | R\$ 0,00              | R\$ 4.480,00    | R\$ 90,05        | 2 - Não    | R\$ 0,00              |

## Retenções de Impostos

|          |          |          |          |          |                  |
|----------|----------|----------|----------|----------|------------------|
| PIS      | COFINS   | CP       | 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\$ 4.480,00

Val. Aprox. Tributos:

## Informações Complementares

REFERENTE A 160 HORAS PRESTADAS COMO EDUCADOR FISICO NO VALOR UNITÁRIO DE R\$ 28,00 NO MÊS DE FEVEREIRO DE 2026.  
 TERMO DE COLABORAÇÃO: 01/2025 - ATENÇÃO BÁSICA E ESTRATEGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.

VALOR BRUTO: R\$ 4.480,00  
 VALOR LÍQUIDO: R\$ 4.480,00

RECEBI(EMOS) DE DEVANIL MOREIRA DOS SANTOS FILHO O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO 43 E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO 001NCQDA4.

Data

CPF/RG

Assinatura

Conta: 101.2026-2

## IMPOSTO E CONTRIBUIÇÃO SOBRE BENS E SERVIÇOS (IBS E CBS)

CPF/CNPJ/NIF do fornecedor

Identificador:  
Número da Nota

Código de Verificação

43

### DESTINATÁRIO

|            |                    |                                  |  |
|------------|--------------------|----------------------------------|--|
| CPF/CNPJ:  | Nome/Razão Social: |                                  |  |
| Endereço:  | Nº:                | Complemento:                     |  |
| Bairro:    | E-mail:            |                                  |  |
| Município: | CEP:               | INFORMAÇÕES DE ENDEREÇO NACIONAL |  |

### ADQUIRENTE

|                                 |  |                                  |  |
|---------------------------------|--|----------------------------------|--|
| CPF/CNPJ: 45708765000119        | Nome/Razão Social: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA |                                  |  |
| Endereço: RUA FERDINANDO FRATIN | Nº: 335  | Complemento: -                   |  |
| Bairro: CENTRO                  | E-mail: faturamento@santacasaipua.com.br                           |                                  |  |
| Município: IPUA                 | CEP: 14610029  | INFORMAÇÕES DE ENDEREÇO NACIONAL |  |

### SERVIÇO PRESTADO

|  |  |
|--|--|
| Local de Incidência: IPUA SP                   | Código Indicador da Operação: 030101                                       |
| Tipo de Operação:                              | Operação de Uso:   |
| Situação Tributária: 000 - Tributação integral | Classificação Tributária: 000001 - Situações tributadas integralmente pelo |

### OUTRAS CLASSIFICAÇÕES

NBS:  
NCM:

### VALORES

|  |              |                      |                                 |                              |                        |                     |
|--|--------------|----------------------|---------------------------------|------------------------------|------------------------|---------------------|
| Valor das Deduções de IBS e CBS:       | R\$ 0,00     | Alíquota do IBS (%): | Redução de Alíquota do IBS (%): | Alíquota Efetiva do IBS (%): | Valor Diferido do IBS: | Valor do IBS:       |
| Base de Cálculo do IBS e CBS:          | R\$ 4.389,95 | Estadual: 0.0        | Estadual: 0.0                   | Estadual: 0.1                | Estadual: R\$ 0,00     | Estadual: R\$ 4,39  |
| Valor dos Serviços Antes dos Tributos: | R\$ 0,00     | Municipal: 0.1       | Municipal: 0.0                  | Municipal: 0.1               | Municipal: R\$ 0,00    | Municipal: R\$ 4,39 |
|  |              |                      |                                 |                              |                        | Total: R\$ 6,78     |
| Valor da Multa:                        | R\$ 0,00     | Alíquota da CBS (%): | Redução de Alíquota da CBS (%): | Alíquota Efetiva da CBS (%): | Valor Diferido da CBS: | Valor da CBS:       |
| Valor do Juros:                        | R\$ 0,00     | 0.9                  | 0.0                             | 0.9                          | R\$ 0,00               | R\$ 39,51           |
| <b>VALOR TOTAL COBRADO = R\$ 0,00</b>  |              |                      |                                 |                              |                        |                     |

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE IPUÃ

Av. Carlos Fernandes nº 766, Centro – Cx Postal 5-Fone: PABX (16) 3832 0183  
CEP 14610-000 - I P U Ã – Estado de São Paulo E-mail: [saude@ipua.sp.gov.br](mailto:saude@ipua.sp.gov.br)



Ipuã, 05 de Março 2026.

**RELATÓRIO DE PRODUÇÃO**

Venho através deste, comunicar a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Ipuã - SP que a empresa **DEVANIL MOREIRA DOS SANTOS FILHO LTDA - CNPJ: 49.612.533/0001-13**, prestou serviços como Educador Físico no mês de Fevereiro de 2026, na Atenção Básica e Estratégia de Saúde da Família no Município de Ipuã, conforme relatório em anexo.

Totalizando 160 horas.

**TERMO DE COLABORAÇÃO 01/2025 - ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE / ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.**



Responsável pelo Relatório

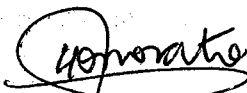
De acordo com o comunicado acima, eu Alexandre Henrique da Cruz gestor do **TERMO DE COLABORAÇÃO 01/2025 - ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE / ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**, declaro ciência do relatório em anexo.



Alexandre Henrique da Cruz

Gestor do Convênio

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



Priscila Honorato de Oliveira

Secretária Municipal de Saúde

FILTROS: Período: 01/02/2026 a 28/02/2026 | Equipe: 0001478303 - EMULTI - IPUA | Profissional: [704008824317062] - Devanil Moreira dos Santos Filho | CBO: 224140 - PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA NA SAÚDE | Filtros personalizados: Nenhum

### Relatório de atividade coletiva

#### Resumo de produção

| Descrição          | Quantidade |
|--------------------|------------|
| Total de registros | 106        |

#### Número de participantes

| Descrição                   | Quantidade |
|-----------------------------|------------|
| Participantes identificados | 220        |
| Total de participantes      | 429        |

#### Turno

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Manhã         | 49         |
| Tarde         | 57         |
| Noite         | 0          |
| Não informado | 0          |
| <b>Total:</b> | <b>106</b> |

#### Programa saúde na escola

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Educação      | 0          |
| Saúde         | 0          |
| <b>Total:</b> | <b>0</b>   |

#### Atividade

| Descrição   | Quantidade |
|---|------------|
| Reunião de equipe   | 2          |
| Reunião com outras equipes de saúde                               | 4          |
| Reunião intersetorial / Conselho local de saúde / Controle social | 1          |
| Educação em saúde   | 5          |
| Atendimento em grupo  | 94         |
| Avaliação / Procedimento coletivo                                 | 0          |
| Mobilização social  | 0          |
| Não informado   | 0          |
| <b>Total:</b>   | <b>106</b> |

#### Público alvo

| Descrição                                   | Quantidade |
|---|------------|
| Comunidade em geral                         | 0          |
| Criança 0 a 3 anos                          | 0          |
| Criança 4 a 5 anos                          | 0          |
| Criança 6 a 11 anos                         | 0          |
| Adolescente                                 | 4          |
| Mulher                                      | 76         |
| Gestante                                    | 0          |
| Homem                                       | 27         |
| Familiares                                  | 2          |
| Pessoa idosa                                | 77         |
| Pessoas com doenças crônicas                | 20         |
| Usuário de tabaco                           | 0          |
| Usuário de álcool                           | 0          |
| Usuário de outras drogas                    | 0          |
| Pessoas com sofrimento ou transtorno mental | 2          |
| Profissional de educação                    | 0          |
| Outros                                      | 10         |
| Não informado                               | 0          |
| <b>Total:</b>                               | <b>218</b> |

#### Temas para saúde

| Descrição   | Quantidade |
|---|------------|
| Ações de combate ao Aedes aegypti                   | 0          |
| Agravos e doenças negligenciadas                    | 0          |
| Alimentação saudável                                | 0          |
| Autocuidado de pessoas com doenças crônicas         | 22         |
| Cidadania e direitos humanos                        | 0          |
| Prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas  | 0          |
| Envelhecimento (climatério, andropausa, etc)        | 0          |
| Plantas medicinais / Fitoterapia                    | 0          |
| Prevenção da violência e promoção da cultura da paz | 0          |
| Saúde ambiental                                     | 0          |
| Saúde bucal   | 0          |

FILTROS: Período: 01/02/2026 a 28/02/2026 | Equipe: 0001478303 - EMULTI - IPUA | Profissional: [704008824317062] - Devanil Moreira dos Santos Filho | CBO: 224140 - PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA NA SAÚDE | Filtros personalizados: Nenhum

### Temas para saúde

| Descrição                         | Quantidade |
|-----------------------------------|------------|
| Saúde do trabalhador              | 0          |
| Saúde mental                      | 2          |
| Saúde sexual e reprodutiva        | 0          |
| Semana saúde na escola            | 0          |
| Amamentação                       | 0          |
| Alimentação complementar saudável | 0          |
| Outros                            | 96         |
| Não informado                     | 7          |
| <b>Total:</b>                     | <b>127</b> |

### Temas para reunião

| Descrição   | Quantidade |
|---|------------|
| Questões administrativas / Funcionamento                | 1          |
| Processo de trabalho                                    | 5          |
| Diagnóstico do território / Monitoramento do território | 0          |
| Planejamento / Monitoramento das ações da equipe        | 4          |
| Discussão de caso / Projeto terapêutico singular        | 2          |
| Educação permanente                                     | 2          |
| Outros  | 0          |
| Não informado   | 0          |
| <b>Total:</b>   | <b>14</b>  |

### Práticas em saúde

| Descrição                             | Quantidade |
|---------------------------------------|------------|
| Antropometria                         | 0          |
| Aplicação tópica de flúor             | 0          |
| Desenvolvimento da linguagem          | 0          |
| Escovação dental supervisionada       | 0          |
| Práticas corporais e atividade física | 94         |
| PNCT sessão 1                         | 0          |
| PNCT sessão 2                         | 0          |
| PNCT sessão 3                         | 0          |
| PNCT sessão 4                         | 0          |
| Saúde auditiva                        | 0          |
| Saúde ocular                          | 0          |
| Verificação da situação vacinal       | 0          |
| Outras                                | 0          |
| Outro procedimento coletivo           | 0          |
| Não informado                         | 5          |
| <b>Total:</b>                         | <b>99</b>  |

### Práticas em saúde - Outros procedimentos coletivos

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| <b>Total:</b> | <b>0</b>   |



## Emitir comprovantes (versão antiga)

G3371715411520911  
17/03/2026 16:18:5717/03/2026 - BANCO DO BRASIL - 15:57:06  
315603156 SEGUNDA VIA 0001COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTECLIENTE: IRMANDADE S C M IPUA  
AGENCIA: 3156-9 CONTA: 1.012.026-2

=====

DATA DA TRANSFERENCIA 17/03/2026

NR. DOCUMENTO 553.156.000.021.468

VALOR TOTAL 4.480,00

\*\*\*\*\* TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DEVANIL M S FH LTDA

AGENCIA: 3156-9 CONTA: 21.468-X

NR. DOCUMENTO 553.156.001.012.026

=====

NR.AUTENTICACAO B.8AC.1BD.DA5.A37.FA1

Transação efetuada com sucesso por: JJ549137 ADILSON DIAS CAMPOS.



**PM DE IPUÃ - SP**  
**PREF. MUNIC. DE IPUÃ - SP**  
**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e**



**Número da NFS-e**  
**55**  
**Código de Verificação de Autenticidade**  
**MORRCZ0GC**  
**Data e Hora de Emissão da NFS-e**  
**13/03/2026 às 16:25:05**  
**Chave de Acesso**  
**873886Z00PGQXITDDCF AE09G766WSVYM**

**Informações Fiscais**

|  |                                    |  |   |
|--|------------------------------------|--|---|
| Exigibilidade do ISS<br><b>Exigível</b>    | Número do Processo                 | Município de Incidência do ISS<br><b>IPUA-SP</b>   | Local da Prestação<br><b>IPUA - SP</b>    |
| Número da DPS                              | Série da DPS                       | Data da DPS  | Competência<br><b>13/03/2026</b>          |
| Optante Simples Nacional<br><b>1 - Sim</b> | Incentivo Fiscal<br><b>2 - Não</b> | Regime Especial Tributação<br><b>Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP)</b> | Tipo ISS<br><b>03 - Sobre Faturamento</b> |

Para certificação da autenticidade acesse  
<http://187.32.255.145:1982/issweb>, menu  
 consultas e informe os dados desta NFS-e.

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

|   |  |  |                              |  |
|---|--|--|------------------------------|--|
| CPF/CNPJ<br><b>51.467.639/0001-12</b>             | RG/Inscrição Estadual<br><b>39.453.424-4</b> | Inscrição Municipal<br><b>1.125.4171</b> | Cadastro<br><b>000017183</b> | Nome/Razão Social<br><b>GIOVANNA PARONITTI GALERA - ME</b> |
| Logradouro<br><b>RUA AMERICO BRASILIENSE, 401</b> | CEP<br><b>14610-043</b>                      | Cidade<br><b>IPUÃ-SP</b>                 | Complemento                  | Bairro<br><b>CENTRO</b>                                    |
|   |  |  | Telefone                     | E-mail<br><b>SAOLUCASIPUA@GMAIL.COM</b>                    |

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

|   |                                    |                                 |   |
|---|------------------------------------|---------------------------------|---|
| CPF/CNPJ/Documento<br><b>45.708.765/0001-19</b> | RG/Inscrição Estadual              | Inscrição Municipal             | Nome/Razão Social<br><b>IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA</b> |
| Logradouro<br><b>RUA FERDINANDO FRATIN, 335</b> | CEP/Cod.Postal<br><b>14610-029</b> | Cidade/País<br><b>IPUA - SP</b> | Complemento   |
|   |                                    |                                 | Bairro<br><b>CENTRO</b>   |
|   |                                    |                                 | Cod. IBGE   |
|   |                                    |                                 | Telefone<br><b>16 38321222</b>  |
|   |                                    |                                 | E-mail<br><b>faturamento@santacasaipua.com.br</b>                           |

**Discriminação dos Serviços**

| Qtde. | Un. Medida | Descrição   | Vir. Unitário | Total        |
|-------|------------|---|---------------|--------------|
| 1,00  | UN         | REFERENTE A SERVIÇOS PRESTADOS COMO DENTISTA MÊS DE FEVEREIRO DE 2026.<br>TERMO DE COLABORAÇÃO: 01/2025 - ATENÇÃO BÁSICA E ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.<br>VALOR BRUTO: R\$ 4.800,00<br>VALOR LÍQUIDO: R\$ 4.800,00<br>CONTA BANCÁRIA: BANCO DO BRASIL<br>AGÊNCIA: 3156-9<br>CONTA CORRENTE: 21824-3 | 4.800,00      | R\$ 4.800,00 |

**Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS**

|   |  |  |  |   |                              |  |            |
|---|--|--|--|---|------------------------------|--|------------|
| LC 116/2003: 041201                             |  |  |  |   | <b>Construção Civil</b>      |  |            |
| Odontologia.                                    |  |  | Alíquota<br><b>2,01%</b>               | Atividade Município<br><b>0000041200001</b> | Código CNAE                  | Código da Obra                           | Código ART |
| Valor Total dos Serviços<br><b>R\$ 4.800,00</b> | Desconto Incondicionado<br><b>R\$ 0,00</b> | Deduções Base Cálculo<br><b>R\$ 0,00</b> | Base de Cálculo<br><b>R\$ 4.800,00</b> | Total do ISS<br><b>R\$ 96,48</b>            | ISS Retido<br><b>2 - Não</b> | Desconto Condicionado<br><b>R\$ 0,00</b> |            |

**Retenções de Impostos**

|                        |                           |                       |                         |                         |                                     |
|------------------------|---------------------------|-----------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------------------|
| PIS<br><b>R\$ 0,00</b> | COFINS<br><b>R\$ 0,00</b> | CP<br><b>R\$ 0,00</b> | IRRF<br><b>R\$ 0,00</b> | CSLL<br><b>R\$ 0,00</b> | Outras Retenções<br><b>R\$ 0,00</b> |
|------------------------|---------------------------|-----------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------------------|

Valor Líquido da NFS-e: R\$ 4.800,00

**Informações Complementares**

Val. Aprox. Tributos:

RECEBI(EMOS) DE GIOVANNA PARONITTI GALERA - ME O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO 55 E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO MORRCZ0GC.

Data

CPF/RG

Assinatura

conta: 203-2026-2

**IMPOSTO E CONTRIBUIÇÃO SOBRE BENS E SERVIÇOS (IBS E CBS)**

Identificador:

CPF/CNPJ/NIF do fornecedor

Número da Nota

Código de Verificação

55

**DESTINATÁRIO**

CPF/CNPJ: Nome/Razão Social:  
 Endereço: Nº: Complemento:  
 Bairro: E-mail:  
 Município: CEP: INFORMAÇÕES DE ENDEREÇO NACIONAL

**ADQUIRENTE**

CPF/CNPJ: 45708765000119 Nome/Razão Social: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA  
 Endereço: RUA FERDINANDO FRATIN Nº: 335 Complemento: -  
 Bairro: CENTRO E-mail: faturamento@santacasaihua.com.br  
 Município: IPUA CEP: 14610029 INFORMAÇÕES DE ENDEREÇO NACIONAL

**SERVIÇO PRESTADO**

Local de Incidência: IPUA SP Código Indicador da Operação: 030101  
 Tipo de Operação: Operação de Uso:  
 Situação Tributária: 200 - Alíquota reduzida Classificação Tributária: 200029 - Fornecimento dos serviços de saúde

**OUTRAS CLASSIFICAÇÕES**

NBS:

NCM:

**VALORES**

| Valor das Deduções de IBS e CBS:       | R\$ 0,00     | Alíquota do IBS (%): | Redução de Alíquota do IBS (%): | Alíquota Efetiva do IBS (%): | Valor Diferido do IBS: | Valor do IBS:       |
|--|--------------|----------------------|---------------------------------|------------------------------|------------------------|---------------------|
| Base de Cálculo do IBS e CBS:          | R\$ 4.703,52 | Estadual: 0.0        | Estadual: 0.0                   | Estadual: 0.1                | Estadual: R\$ 0,00     | Estadual: R\$ 4,70  |
| Valor dos Serviços Antes dos Tributos: | R\$ 0,00     | Municipal: 0.1       | Municipal: 0.0                  | Municipal: 0.1               | Municipal: R\$ 0,00    | Municipal: R\$ 4,70 |
|  |              |                      |                                 |                              |                        | Total: R\$ 9,41     |
| Valor da Multa:                        | R\$ 0,00     | Alíquota da CBS (%): | Redução de Alíquota da CBS (%): | Alíquota Efetiva da CBS (%): | Valor Diferido da CBS: | Valor da CBS:       |
| Valor do Juros:                        | R\$ 0,00     | 0.9                  | 0.0                             | 0.9                          | R\$ 0,00               | R\$ 42,33           |
| <b>VALOR TOTAL COBRADO = R\$ 0,00</b>  |              |                      |                                 |                              |                        |                     |

INFORMAÇÕES ADICIONAIS



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE IPUÃ**

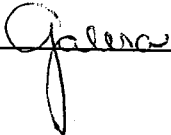
Av. Carlos Fernandes nº 766, Centro – Cx Postal 5-Fone: PABX (16) 3832 0183  
CEP 14610-000 - I P U Ã – Estado de São Paulo E-mail: [saud@ipua.sp.gov.br](mailto:saude@ipua.sp.gov.br)

Ipuã, 04 de Março de 2026

**RELATÓRIO DE PRODUÇÃO**

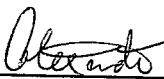
Venho por este, comunicar a Irmandade Santa Casa de Misericórdia que a empresa, **Giovanna Paronitti Galera CNPJ 51.467.639/0001-12**, prestou serviços ODONTOLÓGICOS no mês de Fevereiro de 2026, na atenção básica e estratégia de saúde da família no município de Ipuã, conforme relatório em anexo.

**TERMO DE COLABORAÇÃO 01/2025 - ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE /ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.**

  
\_\_\_\_\_

Responsável pelo Relatório

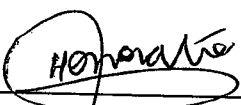
De acordo com o comunicado acima, eu Alexandre Henrique da Cruz, gestor do **TERMO DE COLABORAÇÃO 01/2025 - ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE /ESTRATEGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**, declaro ciência do relatório em anexo.

  
\_\_\_\_\_

Alexandre Henrique da Cruz

Gestor do convênio

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

  
\_\_\_\_\_

Priscila Honorato de Oliveira  
Secretária Municipal de Saúde

FILTROS: Período: 01/02/2026 a 28/02/2026 | Equipe: 0001846787 - ESB - DALMACIO | Profissional: [706501341097691] - Giovanna Paronitti Galera | CBO: 223293 - CIRURGIÃO-DENTISTA DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA | Filtros personalizados: Nenhum

### Relatório de atendimento odontológico

#### Resumo de produção

| Descrição                   | Quantidade |
|-----------------------------|------------|
| Registros identificados     | 79         |
| Registros não identificados | 0          |
| <b>Total:</b>               | <b>79</b>  |

#### Dados gerais

| Descrição                           | Quantidade |
|-------------------------------------|------------|
| Gestante                            | 9          |
| Paciente com necessidades especiais | 0          |

#### Turno

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Manhã         | 33         |
| Tarde         | 46         |
| Noite         | 0          |
| Não informado | 0          |
| <b>Total:</b> | <b>79</b>  |

#### Faixa etária

| Descrição       | Masc. | Fem. | Indet. | N. Inf. | Total |
|-----------------|-------|------|--------|---------|-------|
| Menos de 01 ano | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |
| 01 ano          | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |
| 02 anos         | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |
| 03 anos         | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |
| 04 anos         | 0     | 1    | 0      | 0       | 1     |
| 05 a 09 anos    | 2     | 2    | 0      | 0       | 4     |
| 10 a 14 anos    | 1     | 1    | 0      | 0       | 2     |
| 15 a 19 anos    | 0     | 3    | 0      | 0       | 3     |
| 20 a 24 anos    | 1     | 2    | 0      | 0       | 3     |
| 25 a 29 anos    | 0     | 10   | 0      | 0       | 10    |
| 30 a 34 anos    | 2     | 5    | 0      | 0       | 7     |
| 35 a 39 anos    | 4     | 4    | 0      | 0       | 8     |
| 40 a 44 anos    | 0     | 11   | 0      | 0       | 11    |
| 45 a 49 anos    | 0     | 3    | 0      | 0       | 3     |
| 50 a 54 anos    | 5     | 3    | 0      | 0       | 8     |
| 55 a 59 anos    | 4     | 1    | 0      | 0       | 5     |

#### Faixa etária

| Descrição       | Masc.     | Fem.      | Indet.   | N. Inf.  | Total     |
|-----------------|-----------|-----------|----------|----------|-----------|
| 60 a 64 anos    | 3         | 2         | 0        | 0        | 5         |
| 65 a 69 anos    | 3         | 1         | 0        | 0        | 4         |
| 70 a 74 anos    | 2         | 2         | 0        | 0        | 4         |
| 75 a 79 anos    | 0         | 1         | 0        | 0        | 1         |
| 80 anos ou mais | 0         | 0         | 0        | 0        | 0         |
| Não informado   | 0         | 0         | 0        | 0        | 0         |
| <b>Total:</b>   | <b>27</b> | <b>52</b> | <b>0</b> | <b>0</b> | <b>79</b> |

#### Sexo

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Masculino     | 27         |
| Feminino      | 52         |
| Indeterminado | 0          |
| Não informado | 0          |
| <b>Total:</b> | <b>79</b>  |

#### Local de atendimento

| Descrição                       | Quantidade |
|---------------------------------|------------|
| Domicílio                       | 10         |
| Escola / Creche                 | 0          |
| Instituição / Abrigo            | 0          |
| Polo (Academia da saúde)        | 0          |
| Rua                             | 0          |
| UBS                             | 69         |
| Unidade móvel                   | 0          |
| Unidade prisional ou congêneres | 0          |
| Unidade socioeducativa          | 0          |
| Outros                          | 0          |
| Não informado                   | 0          |
| <b>Total:</b>                   | <b>79</b>  |

FILTROS: Período: 01/02/2026 a 28/02/2026 | Equipe: 0001846787 - ESB - DALMACIO | Profissional: [706501341097691] - Giovanna Paronitti Galera | CBO: 223293 - CIRURGIÃO-DENTISTA DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA | Filtros personalizados: Nenhum

### Tipo de atendimento

| Descrição                   | Quantidade |
|-----------------------------|------------|
| Consulta agendada           | 37         |
| Escuta inicial / Orientação | 0          |
| Consulta no dia             | 39         |
| Atendimento de urgência     | 3          |
| Não informado               | 0          |
| <b>Total:</b>               | <b>79</b>  |

### Tipo de consulta

| Descrição                                   | Quantidade |
|---|------------|
| Primeira consulta odontológica programática | 78         |
| Consulta de retorno em odontologia          | 1          |
| Consulta de manutenção em odontologia       | 0          |
| Não informado                               | 0          |
| <b>Total:</b>                               | <b>79</b>  |

### Vigilância em saúde bucal

| Descrição                            | Quantidade |
|--------------------------------------|------------|
| Abscesso dentoalveolar               | 0          |
| Alteração em tecidos moles           | 0          |
| Dor de dente                         | 0          |
| Fendas ou fissuras labiopalatais     | 0          |
| Fluorose dentária moderada ou severa | 0          |
| Traumatismo dentoalveolar            | 0          |
| Não identificado                     | 79         |
| Não informado                        | 0          |
| <b>Total:</b>                        | <b>79</b>  |

### Procedimentos

| Descrição   | Quantidade |
|---|------------|
| Acesso à polpa dentária e medicação (por dente)   | 0          |
| Adaptação de prótese dentária                     | 0          |
| Aplicação de carióstático (por dente)             | 0          |
| Aplicação de selante (por dente)                  | 0          |
| Aplicação tópica de flúor (individual por sessão) | 0          |
| Capeamento pulpar                                 | 4          |
| Cimentação de prótese dentária                    | 0          |

### Procedimentos

| Descrição   | Quantidade |
|---|------------|
| Curativo de demora com ou sem preparo biomecânico             | 0          |
| Drenagem de abscesso  | 0          |
| Evidenciação de placa bacteriana                              | 0          |
| Exodontia de dente decíduo                                    | 1          |
| Exodontia de dente permanente                                 | 0          |
| Instalação de prótese dentária                                | 0          |
| Moldagem dentogengival para construção de prótese dentária    | 0          |
| Orientação de higiene bucal                                   | 79         |
| Profilaxia / Remoção da placa bacteriana                      | 0          |
| Pulpotomia dentária   | 0          |
| Radiografia interproximal (bite wing)                         | 0          |
| Radiografia periapical  | 0          |
| Raspagem alisamento e polimento supragengivais (por sextante) | 87         |
| Raspagem alisamento subgengivais (por sextante)               | 75         |
| Restauração de dente permanente anterior com resina composta  | 7          |
| Restauração de dente permanente posterior com resina composta | 9          |
| Retirada de pontos de cirurgias básicas (por paciente)        | 6          |
| Selamento provisório de cavidade dentária                     | 1          |
| Tratamento de alveolite                                       | 0          |
| Ulotomia / Ulectomia  | 0          |
| <b>Total:</b>   | <b>269</b> |

### Outros procedimentos (SIGTAP)

| Descrição  | Quantidade |
|--|------------|
| 0101020120 - ORIENTAÇÃO DE HIGIENIZAÇÃO DE PRÓTESES DENTÁRIAS                                | 4          |
| 0301010030 - CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA (EXCETO MÉDICO) | 1          |
| 0301010137 - CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR   | 9          |
| 0301010153 - PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA                                     | 78         |

FILTROS: Período: 01/02/2026 a 28/02/2026 | Equipe: 0001846787 - ESB - DALMACIO | Profissional: [706501341097691] - Giovanna Paronitti Galera | CBO: 223293 - CIRURGIÃO-DENTISTA DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA | Filtros personalizados: Nenhum

### Outros procedimentos (SIGTAP)

| Descrição   | Quantidade |
|---|------------|
| 0307010074 - TRATAMENTO RESTAURADOR ATRAUMÁTICO (TRA/ART) | 18         |
| 0307040151 - AJUSTE OCLUSAL                               | 1          |
| <b>Total:</b>   | <b>111</b> |

### Fornecimento

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Escova dental | 0          |
| Creme dental  | 0          |
| Fio dental    | 0          |
| Não informado | 79         |
| <b>Total:</b> | <b>79</b>  |

### Conduta / Desfecho

| Descrição                                | Quantidade |
|--|------------|
| Retorno para consulta agendada           | 16         |
| Agendamento para outros profissionais AB | 7          |
| Agendamento para NASF                    | 0          |
| Agendamento para eMulti                  | 0          |
| Agendamento para grupos                  | 0          |
| Alta do episódio                         | 0          |
| Tratamento concluído                     | 61         |
| <b>Total:</b>                            | <b>84</b>  |

### Encaminhamento

| Descrição  | Quantidade |
|--|------------|
| Atendimento a pacientes com necessidades especiais | 0          |
| Cirurgia BMF                                       | 5          |
| Endodontia   | 1          |
| Estomatologia                                      | 0          |
| Implantodontia                                     | 0          |
| Odontopediatria                                    | 0          |
| Ortodontia / Ortopedia                             | 0          |
| Periodontia  | 0          |
| Prótese dentária                                   | 5          |
| Radiologia   | 3          |

### Encaminhamento

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Outros        | 0          |
| Não informado | 68         |
| <b>Total:</b> | <b>82</b>  |

### Problemas / Condições avaliadas - CIAP2

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| <b>Total:</b> | <b>0</b>   |

### Problemas / Condições avaliadas - CID10

| Descrição             | Quantidade |
|-----------------------|------------|
| Z012 - EXAME DENTÁRIO | 79         |
| <b>Total:</b>         | <b>79</b>  |

### Ofertas de Cuidados Integrados - OCI (código do SIGTAP)

| Descrição     | Solicitado |
|---------------|------------|
| <b>Total:</b> | <b>0</b>   |

FILTROS: Período: 01/02/2026 a 28/02/2026 | Equipe: 0001846787 - ESB - DALMACIO | Profissional: [706501341097691] - Giovanna Paronitti Galera | CBO: 223293 - CIRURGIÃO-DENTISTA DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA | Filtros personalizados: Nenhum

### Relatório de atividade coletiva

#### Resumo de produção

| Descrição          | Quantidade |
|--------------------|------------|
| Total de registros | 3          |

#### Número de participantes

| Descrição                   | Quantidade |
|-----------------------------|------------|
| Participantes identificados | 48         |
| Total de participantes      | 48         |

#### Turno

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Manhã         | 3          |
| Tarde         | 0          |
| Noite         | 0          |
| Não informado | 0          |
| <b>Total:</b> | <b>3</b>   |

#### Programa saúde na escola

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Educação      | 3          |
| Saúde         | 3          |
| <b>Total:</b> | <b>6</b>   |

#### Atividade

| Descrição   | Quantidade |
|---|------------|
| Reunião de equipe   | 0          |
| Reunião com outras equipes de saúde                               | 0          |
| Reunião intersetorial / Conselho local de saúde / Controle social | 0          |
| Educação em saúde   | 0          |
| Atendimento em grupo  | 0          |
| Avaliação / Procedimento coletivo                                 | 3          |
| Mobilização social  | 0          |
| Não informado   | 0          |
| <b>Total:</b>   | <b>3</b>   |

#### Público alvo

| Descrição                                   | Quantidade |
|---|------------|
| Comunidade em geral                         | 0          |
| Criança 0 a 3 anos                          | 0          |
| Criança 4 a 5 anos                          | 3          |
| Criança 6 a 11 anos                         | 0          |
| Adolescente                                 | 0          |
| Mulher                                      | 0          |
| Gestante                                    | 0          |
| Homem                                       | 0          |
| Familiares                                  | 0          |
| Pessoa idosa                                | 0          |
| Pessoas com doenças crônicas                | 0          |
| Usuário de tabaco                           | 0          |
| Usuário de álcool                           | 0          |
| Usuário de outras drogas                    | 0          |
| Pessoas com sofrimento ou transtorno mental | 0          |
| Profissional de educação                    | 0          |
| Outros                                      | 0          |
| Não informado                               | 0          |
| <b>Total:</b>                               | <b>3</b>   |

#### Temas para saúde

| Descrição   | Quantidade |
|---|------------|
| Ações de combate ao Aedes aegypti                   | 0          |
| Agravos e doenças negligenciadas                    | 0          |
| Alimentação saudável                                | 0          |
| Autocuidado de pessoas com doenças crônicas         | 0          |
| Cidadania e direitos humanos                        | 0          |
| Prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas  | 0          |
| Envelhecimento (climatério, andropausa, etc)        | 0          |
| Plantas medicinais / Fitoterapia                    | 0          |
| Prevenção da violência e promoção da cultura da paz | 0          |
| Saúde ambiental                                     | 0          |
| Saúde bucal   | 3          |
| Saúde do trabalhador                                | 0          |

FILTROS: Período: 01/02/2026 a 28/02/2026 | Equipe: 0001846787 - ESB - DALMACIO | Profissional: [706501341097691] - Giovanna Paronitti Galera | CBO: 223293 - CIRURGIÃO-DENTISTA DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA | Filtros personalizados: Nenhum

### Temas para saúde

| Descrição                         | Quantidade |
|-----------------------------------|------------|
| Saúde mental                      | 0          |
| Saúde sexual e reprodutiva        | 0          |
| Semana saúde na escola            | 0          |
| Amamentação                       | 0          |
| Alimentação complementar saudável | 0          |
| Outros                            | 2          |
| Não informado                     | 0          |
| <b>Total:</b>                     | <b>5</b>   |

### Práticas em saúde

| Descrição                             | Quantidade |
|---------------------------------------|------------|
| Antropometria                         | 0          |
| Aplicação tópica de flúor             | 3          |
| Desenvolvimento da linguagem          | 0          |
| Escovação dental supervisionada       | 3          |
| Práticas corporais e atividade física | 0          |
| PNCT sessão 1                         | 0          |
| PNCT sessão 2                         | 0          |
| PNCT sessão 3                         | 0          |
| PNCT sessão 4                         | 0          |
| Saúde auditiva                        | 0          |
| Saúde ocular                          | 0          |
| Verificação da situação vacinal       | 0          |
| Outras                                | 1          |
| Outro procedimento coletivo           | 2          |
| Não informado                         | 0          |
| <b>Total:</b>                         | <b>9</b>   |

### Práticas em saúde - Outros procedimentos coletivos

| Descrição  | Quantidade |
|--|------------|
| 0101010010 - ATIVIDADE EDUCATIVA / ORIENTAÇÃO EM GRUPO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA | 2          |
| <b>Total:</b>  | <b>2</b>   |

### Temas para reunião

| Descrição   | Quantidade |
|---|------------|
| Questões administrativas / Funcionamento                | 0          |
| Processo de trabalho                                    | 0          |
| Diagnóstico do território / Monitoramento do território | 0          |
| Planejamento / Monitoramento das ações da equipe        | 0          |
| Discussão de caso / Projeto terapêutico singular        | 0          |
| Educação permanente                                     | 0          |
| Outros  | 0          |
| Não informado   | 0          |
| <b>Total:</b>   | <b>0</b>   |



## Emitir comprovantes (versão antiga)

G3371715411520911  
17/03/2026 16:17:5917/03/2026 - BANCO DO BRASIL - 15:57:06  
315603156 SEGUNDA VIA 0003COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTECLIENTE: IRMANDADE S C M IPUA  
AGENCIA: 3156-9 CONTA: 1.012.026-2

=====

DATA DA TRANSFERENCIA 17/03/2026

NR. DOCUMENTO 553.156.000.021.824

VALOR TOTAL 4.800,00

\*\*\*\*\* TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GIOVANNA P GALERA

AGENCIA: 3156-9 CONTA: 21.824-3

NR. DOCUMENTO 553.156.001.012.026

=====

NR. AUTENTICACAO 3.609.281.908.114.2BA

Transação efetuada com sucesso por: JJ549137 ADILSON DIAS CAMPOS.



**PM DE IPUÃ - SP**  
**PREF. MUNIC. DE IPUÃ - SP**  
**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e**



**Número da NFS-e**  
**34**  
 Código de Verificação de Autenticidade  
**G7NZHCSIG**  
 Data e Hora de Emissão da NFS-e  
**13/03/2026 às 16:48:25**  
 Chave de Acesso  
 87389XNWPFW8YVC5UHPZT47QYRB21Z9

Para certificação da autenticidade acesse  
<http://187.32.255.145:1982/issweb>, menu  
 consultas e informe os dados desta NFS-e.

| Informações Fiscais           |                    |   |                        |
|-------------------------------|--------------------|---|------------------------|
| Exigibilidade do ISS Exigível | Número do Processo | Município de Incidência do ISS                      | Local da Prestação     |
| 1 - Sim                       |                    | IPUA-SP   | IPUA - SP              |
| Número da DPS                 | Série da DPS       | Data da DPS   | Competência            |
|                               |                    |   | 13/03/2026             |
| Optante Simples Nacional      | Incentivo Fiscal   | Regime Especial Tributação                          | Tipo ISS               |
| 1 - Sim                       | 1 - Sim            | 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          |  |
| 49.122.813/0001-43            | 56.680.712-9          | 1.125.4094          | 000016705 | ALICIA SIMÕES BURANELO     |  |
| Logradouro                    | Complemento           |                     | Bairro    |                            |  |
| AVENIDA CARLOS FERNANDES, 791 | CASA                  |                     | CENTRO    |                            |  |
| CEP                           | Cidade                | Telefone            |           | E-mail                     |  |
| 14610-015                     | IPUA-SP               |                     |           | ALICIABURANELO@HOTMAIL.COM |  |

| TOMADOR DE SERVIÇOS        |                       |                     |   |                                  |  |
|----------------------------|-----------------------|---------------------|---|----------------------------------|--|
| CPF/CNPJ/Documento         | RG/Inscrição Estadual | Inscrição Municipal | Nome/Razão Social                               |                                  |  |
| 45.708.765/0001-19         |                       |                     | IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA |                                  |  |
| Logradouro                 | Complemento           |                     | Bairro  |                                  |  |
| RUA FERDINANDO FRATIN, 335 |                       |                     | CENTRO  |                                  |  |
| CEP/Cod.Postal             | Cidade/Pais           | Cod. IBGE           | Telefone  | E-mail                           |  |
| 14610-029                  | IPUA - SP             | 3521309             | 16 38321222                                     | faturamento@santacasaipua.com.br |  |

| Discriminação dos Serviços |            |  |               |              |
|----------------------------|------------|--|---------------|--------------|
| Qtde.                      | Un. Medida | Descrição  | Vlr. Unitário | Total        |
| 1,00                       | UN         | REFERENTE A SERVICOS PRESTADOS COMO DENTISTA MÊS DE FEVEREIRO DE 2026.           | 4.800,00      | R\$ 4.800,00 |
|                            |            | TERMO DE COLABORAÇÃO: 01/2025 - ATENÇÃO BÁSICA E ESTRATEGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA. |               |              |
|                            |            | VALOR BRUTO: R\$ 4.800,00  |               |              |
|                            |            | VALOR LÍQUIDO: R\$ 4.800,00  |               |              |

| Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS |                         |                       |                 | Construção Civil |            |                       |
|---|-------------------------|-----------------------|-----------------|------------------|------------|-----------------------|
| LC 116/2003: 041201                               | Alíquota                | Atividade Município   | Código CNAE     | Código da Obra   | Código ART |                       |
| Odontologia.                                      | 2,01%                   | 0000041200001         |                 |                  |            |                       |
| Valor Total dos Serviços                          | Desconto Incondicionado | Deduções Base Cálculo | Base de Cálculo | Total do ISS     | ISS Retido | Desconto Condicionado |
| R\$ 4.800,00                                      | R\$ 0,00                | R\$ 0,00              | R\$ 4.800,00    | R\$ 96,48        | 2 - Não    | R\$ 0,00              |

| Retenções de Impostos |          |          |          |          |                  |
|-----------------------|----------|----------|----------|----------|------------------|
| PIS                   | COFINS   | CP       | 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\$ 4.800,00

Val. Aprox. Tributos:

**Informações Complementares**

DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP, EMPRESA OPTANTE DO SIMPLES NACIONAL.

Dados Bancários de titularidade da empresa Alicia Simões Buranelo.  
 Banco do Brasil. Agência: 3156-9  
 Conta Corrente: 21843-0

RECEBI(EMOS) DE ALICIA SIMÕES BURANELO O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO 34 E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO G7NZHCSIG.

Data

CPF/RG

Assinatura

conta: 503-2026-2

**IMPOSTO E CONTRIBUIÇÃO SOBRE BENS E SERVIÇOS (IBS E CBS)**

CPF/CNPJ/NIF do fornecedor

Identificador:  
Número da Nota

Código de Verificação

34

**DESTINATÁRIO**

|            |  |
|------------|--|
| CPF/CNPJ:  | Nome/Razão Social:                           |
| Endereço:  | Nº: Complemento:                             |
| Bairro:    | E-mail:                                      |
| Município: | CEP: <b>INFORMAÇÕES DE ENDEREÇO NACIONAL</b> |

**ADQUIRENTE**

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| CPF/CNPJ: 45708765000119        | Nome/Razão Social: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA |
| Endereço: RUA FERDINANDO FRATIN | Nº: 335 Complemento: -   |
| Bairro: CENTRO                  | E-mail: faturamento@sanlacasaihua.com.br                           |
| Município: IPUA                 | CEP: 14610029 <b>INFORMAÇÕES DE ENDEREÇO NACIONAL</b>              |

**SERVIÇO PRESTADO**

|  |   |
|--|---|
| Local de Incidência: IPUA SP                 | Código Indicador da Operação: 030104                                  |
| Tipo de Operação:                            | Operação de Uso:  |
| Situação Tributária: 200 - Alíquota reduzida | Classificação Tributária: 200029 - Fornecimento dos serviços de saúde |

**OUTRAS CLASSIFICAÇÕES**

NBS:

NCM:

**VALORES**

|   |                      |                                 |                              |                        |                                       |
|---|----------------------|---------------------------------|------------------------------|------------------------|---------------------------------------|
| Valor das Deduções de IBS e CBS: R\$ 0,00       | Alíquota do IBS (%): | Redução de Alíquota do IBS (%): | Alíquota Efetiva do IBS (%): | Valor Diferido do IBS: | Valor do IBS:                         |
| Base de Cálculo do IBS e CBS: R\$ 4.703,52      | Estadual: 0.0        | Estadual: 0.0                   | Estadual: 0.1                | Estadual: R\$ 0,00     | Estadual: R\$ 4,70                    |
| Valor dos Serviços Antes dos Tributos: R\$ 0,00 | Municipal: 0.1       | Municipal: 0.0                  | Municipal: 0.1               | Municipal: R\$ 0,00    | Municipal: R\$ 4,70                   |
|   |                      |                                 |                              |                        | <b>Total: R\$ 9,41</b>                |
| Valor da Multa: R\$ 0,00                        | Alíquota da CBS (%): | Redução de Alíquota da CBS (%): | Alíquota Efetiva da CBS (%): | Valor Diferido da CBS: | Valor da CBS:                         |
| Valor do Juros: R\$ 0,00                        | 0.9                  | 0.0                             | 0.9                          | R\$ 0,00               | R\$ 42,33                             |
|   |                      |                                 |                              |                        | <b>VALOR TOTAL COBRADO = R\$ 0,00</b> |

INFORMAÇÕES ADICIONAIS



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE IPUÃ**

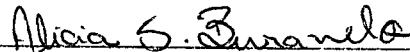
Av. Carlos Fernandes nº 766, Centro – Cx Postal 5-Fone: PABX (16) 3832 0183  
CEP 14610-000 - I P U Ã – Estado de São Paulo E-mail: [saude@ipua.sp.gov.br](mailto:saude@ipua.sp.gov.br)

Ipuã, 02 de Março de 2026.

**RELATÓRIO DE PRODUÇÃO**

Venho através deste, comunicar a Irmandade Santa Casa de Misericórdia que a empresa **Alicia Simões Buranelo - CNPJ 49.122.813/0001-43**, prestou serviços **ODONTOLÓGICOS** no mês de Fevereiro de 2026, na Atenção Básica e Estratégia de Saúde da Família no Município de Ipuã - SP, conforme relatório em anexo.

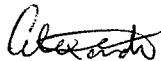
**TERMO DE COLABORAÇÃO 01/2025 - ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE / ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.**



Responsável pelo Relatório

---

De acordo com o comunicado acima, eu **Alexandre Henrique da Cruz**, gestora do **TERMO DE COLABORAÇÃO 01/2025 – ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE / ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**, declaro ciência do relatório em anexo.

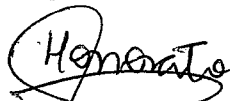


Alexandre Henrique da Cruz.

Gestora do Convênio

---

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



Priscila Honorato de Oliveira  
Secretária Municipal de Saúde



## Emitir comprovantes (versão antiga)

G3371715411520911  
17/03/2026 16:12:3917/03/2026 - BANCO DO BRASIL - 15:57:05  
315603156 SEGUNDA VIA 0001COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTECLIENTE: IRMANDADE S C M IPUA  
AGENCIA: 3156-9 CONTA: 1.012.026-2  
=====DATA DA TRANSFERENCIA 17/03/2026  
NR. DOCUMENTO 553.156.000.021.843  
VALOR TOTAL 4.800,00

\*\*\*\*\* TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALICIA S BURANELO  
AGENCIA: 3156-9 CONTA: 21.843-X  
NR. DOCUMENTO 553.156.001.012.026  
=====

NR.AUTENTICACAO A.BEE.763.AFA.D25.68B

Transação efetuada com sucesso por: JJ549137 ADILSON DIAS CAMPOS.



**PM DE IPUÃ - SP**  
**PREF. MUNIC. DE IPUÃ - SP**  
**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e**



**Número da NFS-e**  
**55**  
**Código de Verificação de Autenticidade**  
**RTRE5VFZQ**

Data e Hora de Emissão da NFS-e  
**13/03/2026 às 15:41:49**

Chave de Acesso  
**87376W4WQZHPKV178VXNXT9XOFBAXOX**  
**0**

Para certificação da autenticidade acesse  
<http://187.32.255.145:1982/issweb>, menu  
 consultas e informe os dados desta NFS-e.

**Informações Fiscais**

|                                     |                             |  |                                 |
|-------------------------------------|-----------------------------|--|---------------------------------|
| Exigibilidade do ISS Exigível       | Número do Processo          | Município de Incidência do ISS<br>IPUA-SP  | Local da Prestação<br>IPUA - SP |
| Número da DPS                       | Série da DPS                | Data da DPS  | Competência<br>13/03/2026       |
| Optante Simples Nacional<br>1 - Sim | Incentivo Fiscal<br>1 - Sim | Regime Especial Tributação<br>Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP) 03 - Sobre Faturamento | Tipo ISS                        |

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

|   |                                       |                                   |                       |  |
|---|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|--|
| CPF/CNPJ<br>53.048.171/0001-57              | RG/Inscrição Estadual<br>455.346.79-3 | Inscrição Municipal<br>1.125.4223 | Cadastro<br>000017572 | Nome/Razão Social<br>GABRIEL FLORES CUSTODIO |
| Logradouro<br>AVENIDA CARLOS FERNANDES, 922 | Complemento<br>CASA                   | Bairro<br>CENTRO                  | CEP<br>14610-015      | Cidade<br>IPUÃ-SP                            |
|   |                                       | Telefone                          |                       | E-mail                                       |

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

|  |                          |                     |  |
|--|--------------------------|---------------------|--|
| CPF/CNPJ/Documento<br>45.708.765/0001-19 | RG/Inscrição Estadual    | Inscrição Municipal | Nome/Razão Social<br>IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA |
| Logradouro<br>RUA FERDINANDO FRATIN, 335 |                          | Complemento         | Bairro<br>CENTRO   |
| CEP/Cod.Postal<br>14610-029              | Cidade/Pais<br>IPUA - SP | Cod. IBGE           | Telefone<br>16 38321222  |
|  |                          |                     | E-mail<br>faturamento@santacasaihua.com.br                           |

**Discriminação dos Serviços**

| Qtde. | Un. Medida | Descrição   | Vir. Unitário | Total        |
|-------|------------|---|---------------|--------------|
| 1,00  | UN         | REFERENTE A SERVIÇOS PRESTADOS COMO CIRURGIÃO DENTISTA COORDENADOR NO MÊS DE FEVEREIRO DE 2026.<br>TERMO DE COLABORAÇÃO: 01/2025 - ATENÇÃO BÁSICA E ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.<br>VALOR BRUTO: R\$ 5.500,00<br>VALOR LÍQUIDO: R\$ 5.500,00<br>Agencia:3156-9 Conta Corrente: 22306-9 | 5.500,00      | R\$ 5.500,00 |

**Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS**

|  |                                     |                                      |                                 |                            |                                   |
|--|-------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-----------------------------------|
| LC 116/2003: 041201                      | Alíquota<br>2,01%                   | Atividade Município<br>0000041200001 | Código CNAE                     | Código da Obra             | Código ART                        |
| Valor Total dos Serviços<br>R\$ 5.500,00 | Desconto Incondicionado<br>R\$ 0,00 | Deduções Base Cálculo<br>R\$ 0,00    | Base de Cálculo<br>R\$ 5.500,00 | Total do ISS<br>R\$ 110,55 | ISS Retido<br>2 - Não             |
|  |                                     |                                      |                                 |                            | Desconto Condicionado<br>R\$ 0,00 |

**Retenções de Impostos**

|                 |                    |                |                  |                  |                              |
|-----------------|--------------------|----------------|------------------|------------------|------------------------------|
| PIS<br>R\$ 0,00 | COFINS<br>R\$ 0,00 | CP<br>R\$ 0,00 | IRRF<br>R\$ 0,00 | CSLL<br>R\$ 0,00 | Outras Retenções<br>R\$ 0,00 |
|-----------------|--------------------|----------------|------------------|------------------|------------------------------|

Valor Líquido da NFS-e: R\$ 5.500,00

Val. Aprox. Tributos:

**Informações Complementares**

RECEBI(EMOS) DE GABRIEL FLORES CUSTODIO O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO 55 E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO RTRE5VFZQ.

Data

CPF/RG

Assinatura

conta: 201 2026 2

## IMPOSTO E CONTRIBUIÇÃO SOBRE BENS E SERVIÇOS (IBS E CBS)

CPF/CNPJ/NIF do fornecedor

Identificador:

Número da Nota

Código de Verificação

55

### DESTINATÁRIO

CPF/CNPJ: \_\_\_\_\_ Nome/Razão Social: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_  
 Bairro: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
 Município: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

INFORMAÇÕES DE ENDEREÇO NACIONAL

### ADQUIRENTE

CPF/CNPJ: 45708765000119 Nome/Razão Social: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA  
 Endereço: RUA FERDINANDO FRATIN Nº: 335 Complemento: -  
 Bairro: CENTRO E-mail: faturamento@santacasaihua.com.br  
 Município: IPUA CEP: 14610029

INFORMAÇÕES DE ENDEREÇO NACIONAL

### SERVIÇO PRESTADO

Local de Incidência: IPUA SP Código Indicador da Operação: 030101  
 Tipo de Operação: \_\_\_\_\_ Operação de Uso: \_\_\_\_\_  
 Situação Tributária: 200 - Alíquota reduzida Classificação Tributária: 200029 - Fornecimento dos serviços de saúde

### OUTRAS CLASSIFICAÇÕES

NBS:

NCM:

### VALORES

|  |              |                      |                                 |                              |                        |                     |
|--|--------------|----------------------|---------------------------------|------------------------------|------------------------|---------------------|
| Valor das Deduções de IBS e CBS:       | R\$ 0,00     | Alíquota do IBS (%): | Redução de Alíquota do IBS (%): | Alíquota Efetiva do IBS (%): | Valor Diferido do IBS: | Valor do IBS:       |
| Base de Cálculo do IBS e CBS:          | R\$ 5.389,45 | Estadual: 0.0        | Estadual: 0.0                   | Estadual: 0.1                | Estadual: R\$ 0,00     | Estadual: R\$ 5,39  |
| Valor dos Serviços Antes dos Tributos: | R\$ 0,00     | Municipal: 0.1       | Municipal: 0.0                  | Municipal: 0.1               | Municipal: R\$ 0,00    | Municipal: R\$ 5,39 |
|  |              |                      |                                 |                              |                        | Total: R\$ 10,78    |
| Valor da Multa:                        | R\$ 0,00     | Alíquota da CBS (%): | Redução de Alíquota da CBS (%): | Alíquota Efetiva da CBS (%): | Valor Diferido da CBS: | Valor da CBS:       |
| Valor do Juros:                        | R\$ 0,00     | 0.9                  | 0.0                             | 0.9                          | R\$ 0,00               | R\$ 48,51           |
| VALOR TOTAL COBRADO = R\$ 0,00         |              |                      |                                 |                              |                        |                     |

INFORMAÇÕES ADICIONAIS



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE IPUÃ**

Av. Carlos Fernandes nº 766, Centro – Cx Postal 5-Fone: PABX (16) 3832 0183  
CEP 14610-000 - I P U Ã – Estado de São Paulo E-mail: [saude@ipua.sp.gov.br](mailto:saude@ipua.sp.gov.br)

Ipuã, 02 de Março de 2026.

**RELATÓRIO DE PRODUÇÃO**

Venho através deste, comunicar a Irmandade Santa Casa de Misericórdia que a empresa **Gabriel Flores Custódio** - CNPJ 53.048.171/0001-57, prestou serviços **ODONTOLÓGICOS** no mês de Fevereiro de 2026, na Atenção Básica e Estratégia de Saúde da Família no Município de Ipuã - SP, conforme relatório em anexo.

**TERMO DE COLABORAÇÃO 01/2025 - ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE / ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.**

*GABRIEL FLORES CUSTÓDIO*

Responsável pelo Relatório

---

De acordo com o comunicado acima, eu **Alexandre Henrique da Cruz**, gestora do **TERMO DE COLABORAÇÃO 01/2025 – ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE / ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**, declaro ciência do relatório em anexo.

*Alexandre*

Alexandre Henrique da Cruz.

Gestora do Convênio

---

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

*Honorato*

Priscila Honorato de Oliveira

Secretária Municipal de Saúde



## Emitir comprovantes (versão antiga)

G3371715411520911  
17/03/2026 16:16:3317/03/2026 - BANCO DO BRASIL - 15:57:06  
315603156 SEGUNDA VIA 0003COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTECLIENTE: IRMANDADE S C M IPUA  
AGENCIA: 3156-9 CONTA: 1.012.026-2

=====

DATA DA TRANSFERENCIA 17/03/2026

NR. DOCUMENTO 553.156.000.022.306

VALOR TOTAL 5.500,00

\*\*\*\*\* TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GABRIEL F CUSTODIO  
AGENCIA: 3156-9 CONTA: 22.306-9

NR. DOCUMENTO 553.156.001.012.026

=====

NR.AUTENTICACAO 3.111.D0B.6B8.1E3.20B

Transação efetuada com sucesso por: JJ549137 ADILSON DIAS CAMPOS.



**PM DE IPUÃ - SP**  
**PREF. MUNIC. DE IPUÃ - SP**  
**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e**



**Número da NFS-e**  
**75**  
**Código de Verificação de Autenticidade**  
**2XEBC0L0C**  
**Data e Hora de Emissão da NFS-e**  
**13/03/2026 às 16:04:48**  
**Chave de Acesso**  
**87385ZNCGXUXTB9T4H1TB7ZMRQ9M70U**

**Para certificação da autenticidade acesse**  
**<http://187.32.255.145:1982/issweb>, menu**  
**consultas e informe os dados desta NFS-e.**

**Informações Fiscais**

|  |                                    |   |  |
|--|------------------------------------|---|--|
| Exigibilidade do ISS<br><b>Exigível</b>    | Número do Processo                 | Município de Incidência do ISS<br><b>IPUA-SP</b>  | Local da Prestação<br><b>IPUA - SP</b> |
| Número da DPS                              | Série da DPS                       | Data da DPS   | Competência<br><b>13/03/2026</b>       |
| Optante Simples Nacional<br><b>1 - Sim</b> | Incentivo Fiscal<br><b>1 - Sim</b> | Regime Especial Tributação<br><b>Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP) 03 - Sobre Faturamento</b> | Tipo ISS                               |

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

|                                       |  |   |                              |   |
|---------------------------------------|--|---|------------------------------|---|
| CPF/CNPJ<br><b>44.917.114/0001-76</b> | RG/Inscrição Estadual<br><b>47.330.556-2</b> | Inscrição Municipal<br><b>000003975</b> | Cadastro<br><b>000015682</b> | Nome/Razão Social<br><b>THAIRYNE OLIVATO - SERVIÇOS DE FISIOTERAPIA</b> |
| Logradouro<br><b>DONA TEREZA, 936</b> | Complemento<br><b>CONSULTÓRIO</b>            | Bairro<br><b>CENTRO</b>                 | CEP<br><b>14610-011</b>      | Cidade<br><b>IPUÃ-SP</b>  |
| Telefone<br><b>(16) 3832-0157</b>     | E-mail                                       |   |                              |   |

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

|   |                                 |                                |   |
|---|---------------------------------|--------------------------------|---|
| CPF/CNPJ/Documento<br><b>45.708.765/0001-19</b> | RG/Inscrição Estadual           | Inscrição Municipal            | Nome/Razão Social<br><b>IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA</b> |
| Logradouro<br><b>RUA FERDINANDO FRATIN, 335</b> | Complemento                     | Bairro<br><b>CENTRO</b>        | Cod. IBGE   |
| CEP/Cod.Postal<br><b>14610-029</b>              | Cidade/País<br><b>IPUA - SP</b> | Telefone<br><b>16 38321222</b> | E-mail<br><b>faturamento@santacasaipua.com.br</b>                           |

**Discriminação dos Serviços**

| Qtde.  | Un. Medida | Descrição   | Vir. Unitário | Total        |
|--------|------------|---|---------------|--------------|
| 132,00 | HORAS      | REFERENTE A 132 HORAS PRESTADAS COMO FISIOTERAPEUTA NO VALOR UNITÁRIO DE R\$ 28,00 NO MÊS DE FEVEREIRO DE 2026.<br><br>TERMO DE COLABORAÇÃO: 01/2025 - ATENÇÃO BÁSICA E ESTRATEGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.<br><br>VALOR BRUTO: R\$ 3.696,00<br><br>VALOR LÍQUIDO: R\$ 3.696,00 | 28,00         | R\$ 3.696,00 |

**Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS****Construção Civil**

|   |  |   |  |                                  |                              |  |
|---|--|---|--|----------------------------------|------------------------------|--|
| LC 116/2003: <b>040801</b>                      | Alíquota<br><b>2,01%</b>                   | Atividade Município<br><b>0000040800001</b> | Código CNAE                            | Código da Obra                   | Código ART                   |  |
| Terapia ocupacional.                            |  |   |  |                                  |                              |  |
| Valor Total dos Serviços<br><b>R\$ 3.696,00</b> | Desconto Incondicionado<br><b>R\$ 0,00</b> | Deduções Base Cálculo<br><b>R\$ 0,00</b>    | Base de Cálculo<br><b>R\$ 3.696,00</b> | Total do ISS<br><b>R\$ 74,29</b> | ISS Retido<br><b>2 - Não</b> | Desconto Condicionado<br><b>R\$ 0,00</b> |

**Retenções de Impostos**

|                        |                           |                       |                         |                         |                                     |
|------------------------|---------------------------|-----------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------------------|
| PIS<br><b>R\$ 0,00</b> | COFINS<br><b>R\$ 0,00</b> | CP<br><b>R\$ 0,00</b> | IRRF<br><b>R\$ 0,00</b> | CSLL<br><b>R\$ 0,00</b> | Outras Retenções<br><b>R\$ 0,00</b> |
|------------------------|---------------------------|-----------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------------------|

Valor Líquido da NFS-e: R\$ 3.696,00

Val. Aprox. Tributos:

**Informações Complementares**

DADOS BANCÁRIOS:  
 Banco do Brasil  
 Ag: 3156-9  
 C.c: 240191-6.

DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP, EMPRESA OPTANTE DO SIMPLES NACIONAL

RECEBI(EMOS) DE **THAIRYNE OLIVATO - SERVIÇOS DE FISIOTERAPIA** O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO **75** E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO **2XEBC0L0C**.

Data

CPF/RG

Assinatura

conta: 303.2026-2

**IMPOSTO E CONTRIBUIÇÃO SOBRE BENS E SERVIÇOS (IBS E CBS)**

Identificador:

CPF/CNPJ/NIF do fornecedor

Número da Nota

Código de Verificação

75

**DESTINATÁRIO**

|            |                    |                                  |  |
|------------|--------------------|----------------------------------|--|
| CPF/CNPJ:  | Nome/Razão Social: |                                  |  |
| Endereço:  | Nº:                | Complemento:                     |  |
| Bairro:    | E-mail:            |                                  |  |
| Município: | CEP:               | INFORMAÇÕES DE ENDEREÇO NACIONAL |  |

**ADQUIRENTE**

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| CPF/CNPJ: 45708765000119        | Nome/Razão Social: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA |
| Endereço: RUA FERDINANDO FRATIN | Nº: 335 Complemento: -   |
| Bairro: CENTRO                  | E-mail: faturamento@sanlacasaipua.com.br                           |
| Município: IPUA                 | CEP: 14610029  |

INFORMAÇÕES DE ENDEREÇO NACIONAL

**SERVIÇO PRESTADO**

|  |   |
|--|---|
| Local de Incidência: IPUA SP                 | Código Indicador da Operação: 030103                                  |
| Tipo de Operação:                            | Operação de Uso:  |
| Situação Tributária: 200 - Alíquota reduzida | Classificação Tributária: 200029 - Fornecimento dos serviços de saúde |

**OUTRAS CLASSIFICAÇÕES**

NBS:  
NCM:

**VALORES**

|   |                      |                                 |                              |                        |                     |
|---|----------------------|---------------------------------|------------------------------|------------------------|---------------------|
| Valor das Deduções de IBS e CBS: R\$ 0,00       | Alíquota do IBS (%): | Redução de Alíquota do IBS (%): | Alíquota Efetiva do IBS (%): | Valor Diferido de IBS: | Valor do IBS:       |
| Base de Cálculo do IBS e CBS: R\$ 3.621,71      | Estadual: 0.0        | Estadual: 0.0                   | Estadual: 0.1                | Estadual: R\$ 0,00     | Estadual: R\$ 3,62  |
| Valor dos Serviços Antes dos Tributos: R\$ 0,00 | Municipal: 0.1       | Municipal: 0.0                  | Municipal: 0.1               | Municipal: R\$ 0,00    | Municipal: R\$ 3,62 |
|   |                      |                                 |                              |                        | Total: R\$ 7,24     |
| Valor da Multa: R\$ 0,00                        | Alíquota da CBS (%): | Redução de Alíquota da CBS (%): | Alíquota Efetiva da CBS (%): | Valor Diferido da CBS: | Valor da CBS:       |
| Valor do Juros: R\$ 0,00                        | 0.9                  | 0.0                             | 0.9                          | R\$ 0,00               | R\$ 32,60           |

**VALOR TOTAL COBRADO = R\$ 0,00**

INFORMAÇÕES ADICIONAIS



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE IPUÃ**

Av. Carlos Fernandes nº 766, Centro – Cx Postal 5-Fone: PABX (16) 3832 0183  
CEP 14610-000 - I P U Ã – Estado de São Paulo E-mail: [saude@ipua.sp.gov.br](mailto:saude@ipua.sp.gov.br)

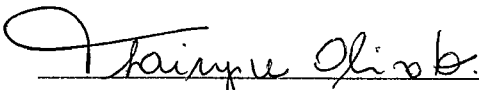
Ipuã, 05 de Março de 2026.

**RELATÓRIO DE PRODUÇÃO**

Venho, através deste, comunicar a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Ipuã - SP que a empresa THAIRYNE OLIVATO CNPJ: 44.917.114/0001-76, prestou serviços em Fisioterapia no mês de fevereiro de 2026 na Atenção Básica e Estratégia de Saúde da Família no Município de Ipuã - SP conforme relatório.


Total: 132 horas

**TERMO DE COLABORAÇÃO 01/025 - ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE / ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA .**

  
\_\_\_\_\_  
Responsável pelo Relatório

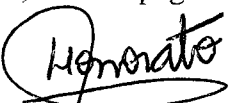
---

De acordo com o comunicado acima, eu Alexandre Henrique Cruz, gestor do **TERMO DE COLABORAÇÃO 01/2025 - ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE / ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**, declaro ciência do relatório em anexo.

  
\_\_\_\_\_  
Alexandre Henrique Cruz  
Gestor do Convênio

---

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

  
\_\_\_\_\_  
Priscila Honorato de Oliveira  
Secretária Municipal de Saúde.

FILTROS: Período: 01/02/2026 a 28/02/2026 | Equipe: 0001478303 - EMULTI - IPUA | Profissional: [702607285574142] - Thairyne Olivato | CBO: 223605 - FISIOTERAPEUTA GERAL | Filtros personalizados: Nenhum

### Relatório de atendimento individual

#### Resumo de produção

| Descrição                   | Quantidade |
|-----------------------------|------------|
| Registros identificados     | 66         |
| Registros não identificados | 0          |
| <b>Total:</b>               | <b>66</b>  |

#### Dados gerais

| Descrição           | Sim | Não | Não Inf. |
|---------------------|-----|-----|----------|
| Ficou em observação | 0   | 66  | 0        |
| Gravidez planejada  | 0   | 0   | 66       |
| Vacinação em dia    | 0   | 0   | 66       |

#### Turno

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Manhã         | 43         |
| Tarde         | 23         |
| Noite         | 0          |
| Não informado | 0          |
| <b>Total:</b> | <b>66</b>  |

#### Sexo

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Masculino     | 25         |
| Feminino      | 41         |
| Indeterminado | 0          |
| Não informado | 0          |
| <b>Total:</b> | <b>66</b>  |

#### Faixa etária

| Descrição       | Masc. | Fem. | Indet. | N. Inf. | Total |
|-----------------|-------|------|--------|---------|-------|
| Menos de 01 ano | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |
| 01 ano          | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |
| 02 anos         | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |
| 03 anos         | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |
| 04 anos         | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |
| 05 a 09 anos    | 5     | 0    | 0      | 0       | 5     |
| 10 a 14 anos    | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |

#### Faixa etária

| Descrição       | Masc.     | Fem.      | Indet.   | N. Inf.  | Total     |
|-----------------|-----------|-----------|----------|----------|-----------|
| 15 a 19 anos    | 0         | 0         | 0        | 0        | 0         |
| 20 a 24 anos    | 0         | 0         | 0        | 0        | 0         |
| 25 a 29 anos    | 1         | 0         | 0        | 0        | 1         |
| 30 a 34 anos    | 0         | 0         | 0        | 0        | 0         |
| 35 a 39 anos    | 0         | 2         | 0        | 0        | 2         |
| 40 a 44 anos    | 0         | 0         | 0        | 0        | 0         |
| 45 a 49 anos    | 0         | 7         | 0        | 0        | 7         |
| 50 a 54 anos    | 0         | 0         | 0        | 0        | 0         |
| 55 a 59 anos    | 6         | 0         | 0        | 0        | 6         |
| 60 a 64 anos    | 0         | 15        | 0        | 0        | 15        |
| 65 a 69 anos    | 8         | 3         | 0        | 0        | 11        |
| 70 a 74 anos    | 0         | 0         | 0        | 0        | 0         |
| 75 a 79 anos    | 0         | 2         | 0        | 0        | 2         |
| 80 anos ou mais | 5         | 12        | 0        | 0        | 17        |
| Não informado   | 0         | 0         | 0        | 0        | 0         |
| <b>Total:</b>   | <b>25</b> | <b>41</b> | <b>0</b> | <b>0</b> | <b>66</b> |

#### Local de atendimento

| Descrição                       | Quantidade |
|---------------------------------|------------|
| Domicílio                       | 43         |
| Escola / Creche                 | 0          |
| Instituição / Abrigo            | 0          |
| Polo (Academia da saúde)        | 0          |
| Rua                             | 0          |
| UBS                             | 5          |
| Unidade móvel                   | 0          |
| Unidade prisional ou congêneres | 0          |
| Unidade socioeducativa          | 0          |
| Outros                          | 18         |
| Não informado                   | 0          |
| <b>Total:</b>                   | <b>66</b>  |

FILTROS: Período: 01/02/2026 a 28/02/2026 | Equipe: 0001478303 - EMULTI - IPUA | Profissional: [702607285574142] - Thairyne Olivato | CBO: 223605 - FISIOTERAPEUTA GERAL | Filtros personalizados: Nenhum

### Tipo de atendimento

| Descrição   | Quantidade |
|---|------------|
| Atendimento de urgência                           | 1          |
| Consulta agendada                                 | 0          |
| Consulta agendada programada / Cuidado continuado | 49         |
| Consulta no dia                                   | 16         |
| Escuta inicial / Orientação                       | 0          |
| Não informado                                     | 0          |
| <b>Total:</b>                                     | <b>66</b>  |

### Atenção domiciliar

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| AD1           | 0          |
| AD2           | 0          |
| AD3           | 0          |
| Não informado | 66         |
| <b>Total:</b> | <b>66</b>  |

### Racionalidade em saúde

| Descrição                     | Quantidade |
|-------------------------------|------------|
| Medicina tradicional chinesa  | 0          |
| Antroposofia aplicada à saúde | 0          |
| Homeopatia                    | 0          |
| Fitoterapia                   | 0          |
| Ayurveda                      | 0          |
| Outra                         | 0          |
| Não informado                 | 66         |
| <b>Total:</b>                 | <b>66</b>  |

### Criança - Aleitamento materno

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Exclusivo     | 0          |
| Predominante  | 0          |
| Complementado | 0          |
| Inexistente   | 0          |
| Não informado | 66         |
| <b>Total:</b> | <b>66</b>  |

### NASF / Polo

A lista apresenta registros do LEDI anteriores à versão 5.5.0.

| Descrição                            | Quantidade |
|--------------------------------------|------------|
| Avaliação / Diagnóstico              | 0          |
| Procedimentos clínicos / Terapêutico | 0          |
| Prescrição terapêutica               | 0          |
| Não informado                        | 0          |
| <b>Total:</b>                        | <b>0</b>   |

### eMulti / Polo

A lista apresenta registros do LEDI versão 5.5.0 ou superior.

| Descrição                            | Quantidade |
|--------------------------------------|------------|
| Avaliação / Diagnóstico              | 0          |
| Procedimentos clínicos / Terapêutico | 0          |
| Prescrição terapêutica               | 0          |
| Não informado                        | 66         |
| <b>Total:</b>                        | <b>66</b>  |

### Conduta / Desfecho

| Descrição                                    | Quantidade |
|--|------------|
| Retorno para consulta agendada               | 65         |
| Retorno para cuidado continuado / programado | 0          |
| Agendamento para grupos                      | 0          |
| Agendamento para NASF                        | 0          |
| Agendamento para eMulti                      | 0          |
| Alta do episódio                             | 1          |
| Não informado                                | 0          |
| <b>Total:</b>                                | <b>66</b>  |

### Encaminhamento

| Descrição   | Quantidade |
|---|------------|
| Encaminhamento interno no dia                     | 0          |
| Encaminhamento para serviço especializado         | 0          |
| Encaminhamento para CAPS                          | 0          |
| Encaminhamento para internação hospitalar         | 0          |
| Encaminhamento para urgência                      | 0          |
| Encaminhamento para serviço de atenção domiciliar | 0          |
| Encaminhamento intersetorial                      | 0          |

FILTROS: Período: 01/02/2026 a 28/02/2026 | Equipe: 0001478303 - EMULTI - IPUA | Profissional: [702607285574142] - Thairyne Olivato | CBO: 223605 - FISIOTERAPEUTA GERAL | Filtros personalizados: Nenhum

### Encaminhamento

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Não informado | 66         |
| <b>Total:</b> | <b>66</b>  |

### Problemas / Condições avaliadas

| Descrição                  | Quantidade |
|----------------------------|------------|
| Asma                       | 0          |
| Cardiopatía                | 0          |
| Catarata                   | 0          |
| Desnutrição                | 0          |
| Diabetes                   | 0          |
| DPOC                       | 0          |
| Hipertensão arterial       | 0          |
| Nefropatia                 | 0          |
| Neoplasia                  | 0          |
| Obesidade                  | 0          |
| Pré-natal                  | 0          |
| Puericultura               | 0          |
| Puerpério (até 42 dias)    | 0          |
| Reabilitação               | 49         |
| Saúde mental               | 0          |
| Saúde sexual e reprodutiva | 0          |
| Tabagismo                  | 0          |
| Usuário de álcool          | 0          |
| Usuário de outras drogas   | 0          |
| <b>Total:</b>              | <b>49</b>  |

### Problemas / Condições avaliadas - Doenças transmissíveis, infecciosas e parasitárias

| Descrição              | Quantidade |
|------------------------|------------|
| Dengue                 | 0          |
| Doença diarréica aguda | 0          |
| Hanseníase             | 0          |
| Hepatites A/B/C        | 0          |
| IST                    | 0          |
| Malária                | 0          |
| Sífilis feminina       | 0          |

### Problemas / Condições avaliadas - Doenças transmissíveis, infecciosas e parasitárias

| Descrição               | Quantidade |
|-------------------------|------------|
| Sífilis masculina       | 0          |
| Síndrome respiratória   | 0          |
| Toxoplasmose / Tungíase | 0          |
| Tracoma                 | 0          |
| Tuberculose             | 0          |
| <b>Total:</b>           | <b>0</b>   |

### Problemas / Condições avaliadas - Rastreamento

| Descrição               | Quantidade |
|-------------------------|------------|
| Câncer do colo do útero | 0          |
| Câncer de mama          | 0          |
| Risco cardiovascular    | 0          |
| <b>Total:</b>           | <b>0</b>   |

### Problemas / Condições avaliadas - Outros CIAP2

| Descrição  | Quantidade |
|--|------------|
| K90 - TROMBOSE/ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL            | 4          |
| L90 - OSTEARTROSE DO JOELHO                          | 1          |
| L96 - LESÃO INTERNA AGUDA DO JOELHO                  | 2          |
| N07 - CONVULSÕES/ATAQUES                             | 2          |
| N28 - LIMITAÇÃO FUNCIONAL/INCAPACIDADE               | 4          |
| N29 - SINAIS/SINTOMAS DO SISTEMA NEUROLÓGICO, OUTROS | 2          |
| N87 - PARKINSONISMO                                  | 1          |
| P70 - DEMÊNCIA                                       | 3          |
| R99 - OUTRAS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS                   | 3          |
| S16 - TRAUMATISMO/CONTUSÃO                           | 1          |
| T82 - OBESIDADE                                      | 2          |
| <b>Total:</b>  | <b>25</b>  |

FILTROS: Período: 01/02/2026 a 28/02/2026 | Equipe: 0001478303 - EMULTI - IPUA | Profissional: [702607285574142] - Thairyne Olivato | CBO: 223605 - FISIOTERAPEUTA GERAL | Filtros personalizados: Nenhum

**Problemas / Condições avaliadas - Outros CID10**

| Descrição | Quantidade |
|-----------|------------|
| Total:    | 0          |

**Exames solicitados e avaliados**

| Descrição                                       | Solicitado | Avaliado |
|---|------------|----------|
| Colesterol total                                | 0          | 0        |
| Creatinina                                      | 0          | 0        |
| EAS / EQU                                       | 0          | 0        |
| Eletrcardiograma                                | 0          | 0        |
| Eletrforese de hemoglobina                      | 0          | 0        |
| Espirometria                                    | 0          | 0        |
| Exame de escarro                                | 0          | 0        |
| Glicemia  | 0          | 0        |
| HDL   | 0          | 0        |
| Hemoglobina glicada                             | 0          | 0        |
| Hemograma                                       | 0          | 0        |
| LDL   | 0          | 0        |
| Retinografia / Fundo de olho com oftalmologista | 0          | 0        |
| Sorologia de Hepatite B                         | 0          | 0        |
| Sorologia de Hepatite C                         | 0          | 0        |
| Sorologia de Hepatite D                         | 0          | 0        |
| Sorologia de sífilis (VDRL)                     | 0          | 0        |
| Sorologia para HIV                              | 0          | 0        |
| Sorologia para dengue                           | 0          | 0        |
| Teste de gravidez                               | 0          | 0        |
| Teste indireto de antiglobulina humana (TIA)    | 0          | 0        |
| Ultrassonografia obstétrica                     | 0          | 0        |
| Urocultura                                      | 0          | 0        |
| Total:  | 0          | 0        |

**Exames - Triagem neonatal**

| Descrição                | Solicitado | Avaliado |
|--------------------------|------------|----------|
| Teste da orelhinha (EOA) | 0          | 0        |
| Teste do olhinho (TRV)   | 0          | 0        |
| Teste do pezinho         | 0          | 0        |
| Total:                   | 0          | 0        |

**Outros exames solicitados e avaliados (código do SIGTAP)**

| Descrição | Solicitado | Avaliado |
|-----------|------------|----------|
| Total:    | 0          | 0        |

**Ofertas de Cuidados Integrados - OCI (código do SIGTAP)**

| Descrição | Solicitado |
|-----------|------------|
| Total:    | 0          |

FILTROS: Período: 01/02/2026 a 28/02/2026 | Equipe: 0001478303 - EMULTI - IPUA | Profissional: [702607285574142] - Thairyne Olivato | CBO: 223605  
FISIOTERAPEUTA GERAL | Filtros personalizados: Nenhum

### Relatório de atividade coletiva

#### Resumo de produção

| Descrição          | Quantidade |
|--------------------|------------|
| Total de registros | 25         |

#### Número de participantes

| Descrição                   | Quantidade |
|-----------------------------|------------|
| Participantes identificados | 46         |
| Total de participantes      | 61         |

#### Turno

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Manhã         | 6          |
| Tarde         | 19         |
| Noite         | 0          |
| Não informado | 0          |
| <b>Total:</b> | <b>25</b>  |

#### Programa saúde na escola

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Educação      | 0          |
| Saúde         | 0          |
| <b>Total:</b> | <b>0</b>   |

#### Atividade

| Descrição   | Quantidade |
|---|------------|
| Reunião de equipe   | 1          |
| Reunião com outras equipes de saúde                               | 4          |
| Reunião intersetorial / Conselho local de saúde / Controle social | 1          |
| Educação em saúde   | 0          |
| Atendimento em grupo  | 19         |
| Avaliação / Procedimento coletivo                                 | 0          |
| Mobilização social  | 0          |
| Não informado   | 0          |
| <b>Total:</b>   | <b>25</b>  |

#### Público alvo

| Descrição                                   | Quantidade |
|---|------------|
| Comunidade em geral                         | 0          |
| Criança 0 a 3 anos                          | 0          |
| Criança 4 a 5 anos                          | 0          |
| Criança 6 a 11 anos                         | 0          |
| Adolescente                                 | 0          |
| Mulher                                      | 18         |
| Gestante                                    | 0          |
| Homem                                       | 12         |
| Familiares                                  | 0          |
| Pessoa idosa                                | 18         |
| Pessoas com doenças crônicas                | 19         |
| Usuário de tabaco                           | 0          |
| Usuário de álcool                           | 0          |
| Usuário de outras drogas                    | 0          |
| Pessoas com sofrimento ou transtorno mental | 0          |
| Profissional de educação                    | 0          |
| Outros                                      | 1          |
| Não informado                               | 0          |
| <b>Total:</b>                               | <b>68</b>  |

#### Temas para saúde

| Descrição   | Quantidade |
|---|------------|
| Ações de combate ao Aedes aegypti                   | 0          |
| Agravos e doenças negligenciadas                    | 0          |
| Alimentação saudável                                | 0          |
| Autocuidado de pessoas com doenças crônicas         | 0          |
| Cidadania e direitos humanos                        | 0          |
| Prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas  | 0          |
| Envelhecimento (climatério, andropausa, etc)        | 0          |
| Plantas medicinais / Fitoterapia                    | 0          |
| Prevenção da violência e promoção da cultura da paz | 0          |
| Saúde ambiental                                     | 0          |
| Saúde bucal   | 0          |

FILTROS: Período: 01/02/2026 a 28/02/2026 | Equipe: 0001478303 - EMULTI - IPUA | Profissional: [702607285574142] - Thairyne Olivato | CBO: 223605 - FISIOTERAPEUTA GERAL | Filtros personalizados: Nenhum

### Temas para saúde

| Descrição                         | Quantidade |
|-----------------------------------|------------|
| Saúde do trabalhador              | 0          |
| Saúde mental                      | 0          |
| Saúde sexual e reprodutiva        | 0          |
| Semana saúde na escola            | 0          |
| Amamentação                       | 0          |
| Alimentação complementar saudável | 0          |
| Outros                            | 19         |
| Não informado                     | 6          |
| <b>Total:</b>                     | <b>25</b>  |

### Temas para reunião

| Descrição   | Quantidade |
|---|------------|
| Questões administrativas / Funcionamento                | 1          |
| Processo de trabalho                                    | 2          |
| Diagnóstico do território / Monitoramento do território | 0          |
| Planejamento / Monitoramento das ações da equipe        | 0          |
| Discussão de caso / Projeto terapêutico singular        | 4          |
| Educação permanente                                     | 0          |
| Outros  | 0          |
| Não informado   | 0          |
| <b>Total:</b>   | <b>7</b>   |

### Práticas em saúde

| Descrição                             | Quantidade |
|---------------------------------------|------------|
| Antropometria                         | 0          |
| Aplicação tópica de flúor             | 0          |
| Desenvolvimento da linguagem          | 0          |
| Escovação dental supervisionada       | 0          |
| Práticas corporais e atividade física | 0          |
| PNCT sessão 1                         | 0          |
| PNCT sessão 2                         | 0          |
| PNCT sessão 3                         | 0          |
| PNCT sessão 4                         | 0          |
| Saúde auditiva                        | 0          |
| Saúde ocular                          | 0          |
| Verificação da situação vacinal       | 0          |
| Outras                                | 19         |
| Outro procedimento coletivo           | 0          |
| Não informado                         | 0          |
| <b>Total:</b>                         | <b>19</b>  |

### Práticas em saúde - Outros procedimentos coletivos

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| <b>Total:</b> | <b>0</b>   |

FILTROS: Período: 01/02/2026 a 28/02/2026 | Equipe: 0001478303 - EMULTI - IPUA | Profissional: [702607285574142] - Thairyne Olivato | CBO: 223605 - FISIOTERAPEUTA GERAL | Filtros personalizados: Nenhum

### Relatório de procedimentos individualizados

#### Resumo de produção

| Descrição                   | Quantidade |
|-----------------------------|------------|
| Registros identificados     | 16         |
| Registros não identificados | 0          |
| <b>Total:</b>               | <b>16</b>  |

#### Faixa etária

| Descrição       | Masc.    | Fem.      | Indet.   | N. Inf.  | Total     |
|-----------------|----------|-----------|----------|----------|-----------|
| 80 anos ou mais | 1        | 4         | 0        | 0        | 5         |
| Não informado   | 0        | 0         | 0        | 0        | 0         |
| <b>Total:</b>   | <b>6</b> | <b>10</b> | <b>0</b> | <b>0</b> | <b>16</b> |

#### Turno

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Manhã         | 10         |
| Tarde         | 6          |
| Noite         | 0          |
| Não informado | 0          |
| <b>Total:</b> | <b>16</b>  |

#### Sexo

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Masculino     | 6          |
| Feminino      | 10         |
| Indeterminado | 0          |
| Não informado | 0          |
| <b>Total:</b> | <b>16</b>  |

#### Faixa etária

| Descrição       | Masc. | Fem. | Indet. | N. Inf. | Total |
|-----------------|-------|------|--------|---------|-------|
| Menos de 01 ano | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |
| 01 ano          | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |
| 02 anos         | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |
| 03 anos         | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |
| 04 anos         | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |
| 05 a 09 anos    | 2     | 0    | 0      | 0       | 2     |
| 10 a 14 anos    | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |
| 15 a 19 anos    | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |
| 20 a 24 anos    | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |
| 25 a 29 anos    | 1     | 0    | 0      | 0       | 1     |
| 30 a 34 anos    | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |
| 35 a 39 anos    | 0     | 2    | 0      | 0       | 2     |
| 40 a 44 anos    | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |
| 45 a 49 anos    | 0     | 1    | 0      | 0       | 1     |
| 50 a 54 anos    | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |
| 55 a 59 anos    | 1     | 0    | 0      | 0       | 1     |
| 60 a 64 anos    | 0     | 1    | 0      | 0       | 1     |
| 65 a 69 anos    | 1     | 1    | 0      | 0       | 2     |
| 70 a 74 anos    | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |
| 75 a 79 anos    | 0     | 1    | 0      | 0       | 1     |

#### Local de atendimento

| Descrição                       | Quantidade |
|---------------------------------|------------|
| Domicílio                       | 11         |
| Escola / Creche                 | 0          |
| Instituição / Abrigo            | 0          |
| Polo (Academia da saúde)        | 0          |
| Rua                             | 0          |
| UBS                             | 5          |
| Unidade móvel                   | 0          |
| Unidade prisional ou congêneres | 0          |
| Unidade socioeducativa          | 0          |
| Outros                          | 0          |
| <b>Total:</b>                   | <b>16</b>  |

#### Dados gerais

| Descrição                   | Quantidade |
|-----------------------------|------------|
| Escuta inicial / Orientação | 0          |

FILTROS: Período: 01/02/2026 a 28/02/2026 | Equipe: 0001478303 - EMULTI - IPUA | Profissional: [702607285574142] - Thairyne Olivato | CBO: 223605 - FISIOTERAPEUTA GERAL | Filtros personalizados: Nenhum

### Procedimentos / Pequenas cirurgias

| Descrição  | Quantidade |
|--|------------|
| Acupuntura com inserção de agulhas                         | 0          |
| Administração de vitamina A                                | 0          |
| Cateterismo vesical de alívio                              | 0          |
| Cauterização química de pequenas lesões                    | 0          |
| Cirurgia de unha (cantoplastia)                            | 0          |
| Coleta de citopatológico de colo uterino                   | 0          |
| Cuidado de estomas   | 0          |
| Curativo especial  | 0          |
| Drenagem de abscesso                                       | 0          |
| Eletrocardiograma  | 0          |
| Exame de fundo de olho (Fundoscopia)                       | 0          |
| Exame do pé diabético                                      | 0          |
| Exérese / Biópsia / Punção de tumores superficiais de pele | 0          |
| Infiltração em cavidade sinovial                           | 0          |
| Remoção de corpo estranho da cavidade auditiva e nasal     | 0          |
| Remoção de corpo estranho subcutâneo                       | 0          |
| Retirada de cerume   | 0          |
| Retirada de pontos de cirurgias básicas (por paciente)     | 0          |
| Sutura simples   | 0          |
| Tamponamento de epistaxe                                   | 0          |
| Teste do olho (TRV)  | 0          |
| Triagem oftalmológica                                      | 0          |
| <b>Total:</b>  | <b>0</b>   |

### Procedimentos - Administração de medicamentos

| Descrição                             | Quantidade |
|---------------------------------------|------------|
| Endovenosa                            | 0          |
| Inalação / Nebulização                | 0          |
| Intramuscular                         | 0          |
| Oral                                  | 0          |
| Penicilina para tratamento de sífilis | 0          |
| Subcutânea (SC)                       | 0          |
| Tópica                                | 0          |
| <b>Total:</b>                         | <b>0</b>   |

### Outros procedimentos (SIGTAP)

| Descrição  | Quantidade |
|--|------------|
| 0301010030 - CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA (EXCETO MÉDICO) | 7          |
| 0301010137 - CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR   | 13         |
| <b>Total:</b>  | <b>20</b>  |

### Procedimentos - Teste rápido

| Descrição              | Quantidade |
|------------------------|------------|
| De gravidez            | 0          |
| Dosagem de proteinúria | 0          |
| Para HIV               | 0          |
| Para hepatite C        | 0          |
| Para sífilis           | 0          |
| <b>Total:</b>          | <b>0</b>   |



## Emitir comprovantes (versão antiga)

G3371715411520911  
17/03/2026 16:24:13

17/03/2026 - BANCO DO BRASIL - 15:57:49  
315603156 SEGUNDA VIA 0001  
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: IRMANDADE S C M IPUA  
AGENCIA: 3156-9 CONTA: 1.012.026-2

=====

|                       |                     |
|-----------------------|---------------------|
| DATA DA TRANSFERENCIA | 17/03/2026          |
| NR. DOCUMENTO         | 553.156.000.240.191 |
| VALOR TOTAL           | 3.696,00            |

\*\*\*\*\* TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: THAIRYNE FISIO  
AGENCIA: 3156-9 CONTA: 240.191-6

NR. DOCUMENTO 553.156.001.012.026

=====

|                  |                       |
|------------------|-----------------------|
| NR. AUTENTICACAO | 7.A23.00E.A4E.326.27F |
|------------------|-----------------------|

Transação efetuada com sucesso por: JJ549137 ADILSON DIAS CAMPOS.



**PM DE SAO JOAQUIM DA BARRA**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAQUIM DA BARRA**  
**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e**



Número da NFS-e  
**1412**  
 Código de Verificação de Autenticidade  
**X309IV7DM**  
 Data e Hora de Emissão da NFS-e  
**17/03/2026 às 09:10:44**  
 Chave de Acesso  
 2568141C5NGD920PMKTYCDJJEPUVFE3R  
 Criada em substituição à NFS-e 1410

**Informações Fiscais**

|  |                                    |  |  |
|--|------------------------------------|--|--|
| Exigibilidade do ISS Exigível              | Número do Processo                 | Município de Incidência do ISS<br><b>SAO JOAQUIM DA BARRA-SP</b> | Local da Prestação<br><b>SAO JOAQUIM DA BARRA-SP</b> |
| Número da DPS                              | Série da DPS                       | Data da DPS  | Competência<br><b>16/03/2026</b>                     |
| Optante Simples Nacional<br><b>2 - Não</b> | Incentivo Fiscal<br><b>2 - Não</b> | Regime Especial Tributação<br><b>Não Possui</b>                  | Tipo ISS<br><b>04 - Fixo</b>                         |

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

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

|  |  |                                      |             |   |
|--|--|--------------------------------------|-------------|---|
| CPF/CNPJ<br><b>07.183.389/0001-05</b>        | RG/Inscrição Estadual<br><b>06443</b>    | Inscrição Municipal<br><b>010780</b> | Cadastro    | Nome/Razão Social<br><b>CASTRO &amp; CASTRO CONSULTÓRIO MÉDICO LTDA</b> |
| Logradouro<br><b>RUA RUA AMAZONAS, 00419</b> | Cidade<br><b>SÃO JOAQUIM DA BARRA-SP</b> |                                      | Complemento | Bairro<br><b>CENTRO</b>   |
| CEP<br><b>14600-053</b>                      | Cidade                                   | Telefone                             | E-mail      |   |

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

|   |                                 |                     |   |                         |   |
|---|---------------------------------|---------------------|---|-------------------------|---|
| CPF/CNPJ/Documento<br><b>45.708.765/0001-19</b> | RG/Inscrição Estadual           | Inscrição Municipal | Nome/Razão Social<br><b>IRMANDADE SANTA CASA MISERICÓRDIA DE IPUÃ</b> |                         |   |
| Logradouro<br><b>RUA FERDINANDO FRATIN, 335</b> | Cidade/Pais<br><b>IPUA - SP</b> |                     | Complemento   | Bairro<br><b>CENTRO</b> | E-mail<br><b>faturamento@santacasaipua.com.br</b> |
| CEP/Cod.Postal<br><b>14610-000</b>              | Cidade/Pais                     | Cod. IBGE           | Telefone<br><b>16 38321222</b>  |                         |   |

**Discriminação dos Serviços**

| Qtde. | Un. Medida | Descrição   | Vlr. Unitário | Total        |
|-------|------------|---|---------------|--------------|
| 1,00  | UN         | REFERENTE A 103 CONSULTAS MÉDICAS DE NEUROLOGIA NO VALOR UNITÁRIO DE R\$ 83,00 DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA NO PERÍODO FEVEREIRO DE 2026.<br><br>TERMO DE COLABORAÇÃO: 01/2025 - ATENÇÃO BÁSICA E ESTRATEGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA. | 8.549,00      | R\$ 8.549,00 |

**Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS**

|   |  |   |  |                                 |  |
|---|--|---|--|---------------------------------|--|
| LC 116/2003: <b>040303</b>                      | Alíquota<br><b>0,00%</b>                   | Atividade Município<br><b>0000040300003</b> | Código CNAE                            | Código da Obra                  | Código ART                               |
| Valor Total dos Serviços<br><b>R\$ 8.549,00</b> | Desconto Incondicionado<br><b>R\$ 0,00</b> | Deduções Base Cálculo<br><b>R\$ 0,00</b>    | Base de Cálculo<br><b>R\$ 8.549,00</b> | Total do ISS<br><b>R\$ 0,00</b> | ISS Retido<br><b>2 - Não</b>             |
|   |  |   |  |                                 | Desconto Condicionado<br><b>R\$ 0,00</b> |

**Retenções de Impostos**

|  |  |                       |  |   |                                     |
|--|--|-----------------------|--|---|-------------------------------------|
| PIS (8.549,00 x 0,65%)<br><b>R\$ 55,57</b> | COFINS (8.549,00 x 3,00%)<br><b>R\$ 256,47</b> | CP<br><b>R\$ 0,00</b> | IRRF (8.549,00 x 1,50%)<br><b>R\$ 128,24</b> | CSLL (8.549,00 x 1,00%)<br><b>R\$ 85,49</b> | Outras Retenções<br><b>R\$ 0,00</b> |
|--|--|-----------------------|--|---|-------------------------------------|

Valor Líquido da NFS-e: **R\$ 8.023,23****Informações Complementares**

Val. Aprox. Tributos:

RECEBI(EMOS) DE **CASTRO & CASTRO CONSULTÓRIO MÉDICO LTDA** O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO **1412** E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO **X309IV7DM**.

Data

CPF/RG

Assinatura

## IMPOSTO E CONTRIBUIÇÃO SOBRE BENS E SERVIÇOS (IBS E CBS)

CPF/CNPJ/NIF do fornecedor

Identificador:  
Número da Nota  
1412

Código de Verificação

### DESTINATÁRIO

|            |                    |                                  |  |
|------------|--------------------|----------------------------------|--|
| CPF/CNPJ:  | Nome/Razão Social: |                                  |  |
| Endereço:  | Nº:                | Complemento:                     |  |
| Bairro:    | E-mail:            |                                  |  |
| Município: | CEP:               | INFORMAÇÕES DE ENDEREÇO NACIONAL |  |

### ADQUIRENTE

|                                 |  |                                  |  |
|---------------------------------|--|----------------------------------|--|
| CPF/CNPJ: 45708765000119        | Nome/Razão Social: IRMANDADE SANTA CASA MISERICÓRDIA DE IPUA |                                  |  |
| Endereço: RUA FERDINANDO FRATIN | Nº: 335  | Complemento: -                   |  |
| Bairro: CENTRO                  | E-mail: faturamento@santacasaipua.com.br                     |                                  |  |
| Município: IPUA                 | CEP: 14610000  | INFORMAÇÕES DE ENDEREÇO NACIONAL |  |

### SERVIÇO PRESTADO

|  |                               |
|--|-------------------------------|
| Local de Incidência: SAO JOAQUIM DA BARRA SP | Código Indicador da Operação: |
| Tipo de Operação:                            | Operação de Uso:              |
| Situação Tributária: null                    | Classificação Tributária:     |

### OUTRAS CLASSIFICAÇÕES

|      |  |
|------|--|
| NBS: |  |
| NCM: |  |

### VALORES

|  |              |                      |                                 |                              |                        |                     |
|--|--------------|----------------------|---------------------------------|------------------------------|------------------------|---------------------|
| Valor das Deduções de IBS e CBS:       | R\$ 0,00     | Alíquota do IBS (%): | Redução de Alíquota do IBS (%): | Alíquota Efetiva do IBS (%): | Valor Diferido do IBS: | Valor do IBS:       |
| Base de Cálculo do IBS e CBS:          | R\$ 8.236,96 | Estadual: 0.0        | Estadual: 0.0                   | Estadual: 0.1                | Estadual: R\$ 0,00     | Estadual: R\$ 8,24  |
| Valor dos Serviços Antes dos Tributos: | R\$ 0,00     | Municipal: 0.1       | Municipal: 0.0                  | Municipal: 0.1               | Municipal: R\$ 0,00    | Municipal: R\$ 8,24 |
|  |              |                      |                                 |                              |                        | Total: R\$ 16,47    |
| Valor da Multa:                        | R\$ 0,00     | Alíquota da CBS (%): | Redução de Alíquota da CBS (%): | Alíquota Efetiva da CBS (%): | Valor Diferido da CBS: | Valor da CBS:       |
| Valor de Juros:                        | R\$ 0,00     | 0.9                  | 0.0                             | 0.9                          | R\$ 0,00               | R\$ 74,13           |
| <b>VALOR TOTAL COBRADO = R\$ 0,00</b>  |              |                      |                                 |                              |                        |                     |

INFORMAÇÕES ADICIONAIS



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE IPUÃ**

Av. Carlos Fernandes nº 766, Centro – Cx Postal 5-Fone: PABX (16) 3832 0183  
CEP 14610-000 - I P U Ã – Estado de São Paulo E-mail: [saude@ipua.sp.gov.br](mailto:saude@ipua.sp.gov.br)

Ipuã, 02 de Março de 2026

**Do Centro de Especialidades Dr Nilson Ferreira II**

**RELATÓRIO DE PRODUÇÃO**

Venho por meio deste, comunicar a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Ipuã, que a empresa CASTRO E CASTRO CONSULTÓRIO MÉDICO LTDA – CNPJ 07.183.389/0001-05, prestou serviço de atendimento MÉDICO em NEUROLOGIA, no mês de Fevereiro de 2026, no Centro de Especialidades conforme relatório em anexo.

Totalizando 103 consultas.

**TERMO DE COLABORAÇÃO 01/2025 - ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE / ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Rosemeire A. L. Teixeira

Enfermeira – COREN: 264.985

De acordo com o comunicado da enfermeira responsável Rosemeire A. L. Teixeira, e Alexandre Henrique da Cruz, gestora do **TERMO DE COLABORAÇÃO 01/2025 – ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE / ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**, declaro ciência do relatório em anexo.

Alexandre Henrique da Cruz

Gestora do Convênio

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

Priscila Honorato de Oliveira  
Secretária Municipal de Saúde



## Emitir comprovantes (versão antiga)

G3371715411520911  
17/03/2026 16:10:31

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
17/03/2026 - AUTOATENDIMENTO - 16.10.31  
3156903156 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL  
CLIENTE: IRMANDADE S C M IPUA  
AGENCIA: 3156-9 CONTA: 1.012.026-2

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA  
REMETENTE : IRMANDADE S C M IPUA  
BANCO: 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL  
AGENCIA: 0782-X - SAO JOAQUIM DA BARRA  
CONTA: 3.000.089-0

FAVORECIDO: CASTRO E CASTRO CONSULTORIO MEDICO  
CPF/CNPJ: 07.183.389/0001-05  
VALOR: R\$ 8.023,23  
DEBITO EM: 17/03/2026

=====

DOCUMENTO: 031701  
AUTENTICACAO SISBB: 5.AD2.387.E11.6D4.DD9

Transação efetuada com sucesso por: JJ549137 ADILSON DIAS CAMPOS.

LOGOMARCA

Dados do Contribuinte

Nome/Razão Social  
**CHAEBUB OFTALMOLOGIA LTDA**  
 Inscrição Municipal 16215  
 Inscrição Estadual/RG  
 Endereço  
**RUA BENJAMIN CONSTANT, 364**  
 Cidade/UF  
**ITUVERAVA / SP**

CPF/CNPJ  
**57.102.516/0001-64**

E-mail  
**rodrigochaibub@hotmail.com**

Complemento Bairro  
**SALA 3 CENTRO**

CEP DDD/Fone  
**14500-000**



**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA (NFS-e)**

Data/Hora Emissão 16/03/2026 08:14 Competência 03/2026 No. Controle 00997049 No. NF 00000052 Página 1 de 1 Chave de Segurança 7XPA-5Z6A-5E3C-0B9R-0F9S

Dados do Tomador **Chave de Acesso NFS-e Portal Nacional: 3524105125710251600016400000000005226037063109017**

Nome/Razão Social **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA** CPF/CNPJ **45.708.765/0001-19**

Inscrição Municipal **ISENTA** Inscrição Estadual/RG **ISENTA** E-mail

Endereço **AV.FERDINANDO FRATIM, 335** Complemento Bairro **CENTRO**

Cidade/UF **IPUA / SP** CEP **14610-000** DDD/Fone **0**

| Fatura N/ | Vencimento | Valor | Fatura N/ | Vencimento | Valor | Fatura N/ | Vencimento | Valor | Fatura N/ | Vencimento | Valor |
|-----------|------------|-------|-----------|------------|-------|-----------|------------|-------|-----------|------------|-------|
|           |            | 0,00  |           |            | 0,00  |           |            | 0,00  |           |            | 0,00  |
|           |            | 0,00  |           |            | 0,00  |           |            | 0,00  |           |            | 0,00  |
|           |            | 0,00  |           |            | 0,00  |           |            | 0,00  |           |            | 0,00  |

Descrição do Serviço  
 REFERENTE A 70 CONSULTAS MEDICA DE OFTALMOLOGIA, NO VALOR UNITARIO DE R\$ 83,00 NO MES DE FEVEREIRO DE 2026.  
 TERMO DE COLABORACAO: 01/2025 - ATENCAO BASICA E ESTRATEGIA DE SAUDE DA FAMILIA

Chave Pix: CNPJ: 57.102.516/0001-64 - CHAEBUB OFTALMOLOGIA LTDA  
 Ag 0001  
 c/c: 564992692-3  
 Banco Nubank  
 Empresa optante pelo simples nacional, Lei 123(2006)

Base de Cálculo das Retenções

|                 |     |        |        |                    |    |        |        |                        |    |          |
|-----------------|-----|--------|--------|--------------------|----|--------|--------|------------------------|----|----------|
| 0,65 % (PIS)    | R\$ | 37,77  | Retido | 0,00 % (INSS)      | RS | 0,00   | Retido | ISSQN Retido           | RS | 0,00     |
| 3,00 % (COFINS) | R\$ | 174,30 | Retido | 1,50 % (IRRF)      | RS | 87,15  | Retido | Desconto Incondicional | RS | 0,00 (-) |
| 1,00 % (CSLL)   | R\$ | 58,10  | Retido | Total Ret.Federais | RS | 357,32 |        | Desconto Condicional   | RS | 0,00 (-) |
|                 |     |        |        |                    |    |        |        | Outros Descontos       | RS | 0,00 (-) |
|                 |     |        |        |                    |    |        |        | Valor do Serviço       | RS | 5.810,00 |

conta: 501.2026-2

|         |      |           |      |           |          |       |        |                   |          |
|---------|------|-----------|------|-----------|----------|-------|--------|-------------------|----------|
| Dedução | 0,00 | Benefício | 0,00 | B.Cálculo | 5.810,00 | ISSQN | 116,20 | Vlr Líquido NFS-e | 5.452,68 |
|---------|------|-----------|------|-----------|----------|-------|--------|-------------------|----------|

|          |                         |          |           |
|----------|-------------------------|----------|-----------|
| Ativ.    | Descrição da Atividade  | Aliq.(%) | B.Cálculo |
| 04.03.01 | Hospitais e congêneres. | 2,0000   | 5.810,00  |

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Local de execução dos serviços: ITUVERAVA / SP - Município de Incidência: ITUVERAVA / SP - NBS: 123012200  
 FORMULÁRIO FISCAL PADRONIZADO REGULAMENTADO ATRAVÉS DO DECRETO 4.294, DE 20 JANEIRO DE 2009.

\*Para verificação da autenticidade desta NFS-e acesse: [www.primaxonline.com.br/issqn/nfea/](http://www.primaxonline.com.br/issqn/nfea/)



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITUVERAVA  
 Secretaria Municipal da Fazenda  
 Central Tributária - ISSQN  
 RUA JOAO JOSE DE PAULA, 776. JD. UNIVERSITARIO - ITUVERAVA/SP (16) 3830.7000

Recebi(emos) de: CHAEBUB OFTALMOLOGIA LTDA  
 OS SERVIÇOS CONSTANTES NESTA NOTA FISCAL ELETRÔNICA.

NOTA FISCAL ELETRÔNICA  
 N/00000052

Data

Assinatura do Recebedor

Chave de Segurança  
 7XPA-5Z6A-5E3C-0B9R-0F9S



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE IPUÃ**

Av. Carlos Fernandes nº 766, Centro – Cx Postal 5-Fone: PABX (16) 3832 0183  
CEP 14610-000 - I P U Ã – Estado de São Paulo E-mail: [saude@ipua.sp.gov.br](mailto:saude@ipua.sp.gov.br)

Ipuã, 02 de Março de 2026

**Do Centro de Especialidades Dr Nilson Ferreira II**

**RELATÓRIO DE PRODUÇÃO**

Venho por meio deste, comunicar a Irmandade Santa Casa de Misericórdia que a empresa CHAEBUD OFTALMOLOGIA LTDA CNPJ: 57.102.516/0001-64 , prestou serviço de atendimento MÉDICO em OFTALMOLOGIA, no mês de Fevereiro de 2026, no Centro de Especialidades conforme relatório em anexo.

Totalizando 70 consultas.

**TERMO DE COLABORAÇÃO 01/2025 - ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE / ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Rosemeire A. L. Teixeira

Enfermeira – COREN: 264.985

De acordo com o comunicado da enfermeira responsável Rosemeire A. L. Teixeira, eu Alexandre Henrique da Cruz, gestora do **TERMO DE COLABORAÇÃO 01/2025 – ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE / ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**, declaro ciência do relatório em anexo.

Alexandre Henrique da Cruz

Gestora do Convênio

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

Priscila Honorato de Oliveira  
Secretária Municipal de Saúde

**Emitir comprovantes (versão antiga)**G3371715411520911  
17/03/2026 16:11:09

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
17/03/2026 - AUTOATENDIMENTO - 16.11.09  
3156903156 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: IRMANDADE S C M IPUA

AGENCIA: 3156-9 CONTA: 1.012.026-2

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA  
REMETENTE : IRMANDADE S C M IPUA  
BANCO: 260 - NU PAGAMENTOS - IP  
AGENCIA: 0001-9  
CONTA: 564.992.692-3

FAVORECIDO: CHAEBUB OFTALMOLOGIA LTDA  
CPF/CNPJ: 57.102.516/0001-64  
VALOR: R\$ 5.452,68  
DEBITO EM: 17/03/2026

=====

DOCUMENTO: 031702  
AUTENTICACAO SISBB: D.D10.863.957.662.0BB

Transação efetuada com sucesso por: JJ549137 ADILSON DIAS CAMPOS.



**PM DE IPUÃ - SP**  
**PREF. MUNIC. DE IPUÃ - SP**  
**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e**



**Número da NFS-e**  
**136**  
**Código de Verificação de Autenticidade**  
**AH9GSBJEA**  
**Data e Hora de Emissão da NFS-e**  
**16/03/2026 às 10:47:30**  
**Chave de Acesso**  
**87405N5269Z4C7GJ6TDJ8FZWMQ3U980**

Para certificação da autenticidade acesse  
<http://187.32.255.145:1982/issweb>, menu  
 consultas e informe os dados desta NFS-e.

**Informações Fiscais**

|  |                                    |   |  |
|--|------------------------------------|---|--|
| Exigibilidade do ISS<br><b>Exigível</b>    | Número do Processo                 | Município de Incidência do ISS<br><b>IPUA-SP</b>  | Local da Prestação<br><b>IPUA - SP</b> |
| Número da DPS                              | Série da DPS                       | Data da DPS   | Competência<br><b>16/03/2026</b>       |
| Optante Simples Nacional<br><b>2 - Não</b> | Incentivo Fiscal<br><b>2 - Não</b> | Regime Especial Tributação<br><b>Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP) 03 - Sobre Faturamento</b> | Tipo ISS                               |

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

|   |   |  |                              |   |
|---|---|--|------------------------------|---|
| CPF/CNPJ<br><b>50.165.640/0001-20</b>               | RG/Inscrição Estadual<br><b>361.026.759.110</b> | Inscrição Municipal<br><b>1.116.4176</b> | Cadastro<br><b>000017239</b> | Nome/Razão Social<br><b>MC CHIQUINI SERVIÇOS MEDICOS LTDA</b> |
| Logradouro<br><b>AVENIDA CARLOS FERNANDES, 1130</b> | Complemento<br><b>CLINICA</b>                   | Bairro<br><b>CENTRO</b>                  | CEP<br><b>14610-015</b>      | Cidade<br><b>IPUÃ-SP</b>                                      |
| Telefone<br><b>14610-015</b>                        | E-mail<br><b>MCDERMATOLOGIAIPUA@GMAIL.COM</b>   |  |                              |   |

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

|   |                             |                                |   |
|---|-----------------------------|--------------------------------|---|
| CPF/CNPJ/Documento<br><b>45.708.765/0001-19</b> | RG/Inscrição Estadual       | Inscrição Municipal            | Nome/Razão Social<br><b>IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA</b> |
| Logradouro<br><b>RUA FERDINANDO FRATIN, 335</b> | Complemento                 | Bairro<br><b>CENTRO</b>        | CEP/Cod.Postal<br><b>14610-029</b>  |
| Cidade/País<br><b>IPUA - SP</b>                 | Cod. IBGE<br><b>3521309</b> | Telefone<br><b>16 38321222</b> | E-mail<br><b>faturamento@santacasaipua.com.br</b>                           |

**Discriminação dos Serviços**

| Qtde. | Un. Medida | Descrição  | Vir. Unitário | Total        |
|-------|------------|--|---------------|--------------|
| 1,00  | UN         | REFERENTE A 60 CONSULTAS MÉDICA DE DERMATOLOGIA NO VALOR UNITÁRIO DE R\$ 83,00 NO MÊS DE FEVEREIRO DE 2026.<br>TERMO DE COLABORAÇÃO: 01/2025 - ATENÇÃO BÁSICA E ESTRATEGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.<br><br>DADOS BANCÁRIOS:<br>MC CHIQUINI SERVIÇOS MEDICOS LTDA<br>CNPJ: 50.165.640/0001-20<br>BANCO SANTANDER<br>AGÊNCIA: 0182<br>CONTA CORRENTE: 13004566-8 | 4.980,00      | R\$ 4.980,00 |

**Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS**

|   |  |  |  |                                   |                              |  |
|---|--|--|--|-----------------------------------|------------------------------|--|
| LC 116/2003: <b>040301</b>                      | Alíquota                                   | Atividade Município                      | Código CNAE                            | Código da Obra                    | Código ART                   |  |
| <b>Hospitais e congêneres.</b>                  | <b>5,00%</b>                               | <b>0000040300001</b>                     |  |                                   |                              |  |
| Valor Total dos Serviços<br><b>R\$ 4.980,00</b> | Desconto Incondicionado<br><b>R\$ 0,00</b> | Deduções Base Cálculo<br><b>R\$ 0,00</b> | Base de Cálculo<br><b>R\$ 4.980,00</b> | Total do ISS<br><b>R\$ 249,00</b> | ISS Retido<br><b>2 - Não</b> | Desconto Condicionado<br><b>R\$ 0,00</b> |

**Retenções de Impostos**

|  |  |                       |   |   |                                     |
|--|--|-----------------------|---|---|-------------------------------------|
| PIS (4.980,00 x 0,65%)<br><b>R\$ 32,37</b> | COFINS (4.980,00 x 3,00%)<br><b>R\$ 149,40</b> | CP<br><b>R\$ 0,00</b> | IRRF (4.980,00 x 1,50%)<br><b>R\$ 74,70</b> | CSLL (4.980,00 x 1,00%)<br><b>R\$ 49,80</b> | Outras Retenções<br><b>R\$ 0,00</b> |
|--|--|-----------------------|---|---|-------------------------------------|

Valor Líquido da NFS-e: R\$ 4.673,73

Val. Aprox. Tributos:

**Informações Complementares**

RECEBI(EMOS) DE **MC CHIQUINI SERVIÇOS MEDICOS LTDA** O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO **136** E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO **AH9GSBJEA**.

Data

CPF/RG

Assinatura

Conta: 103-2026-2

**IMPOSTO E CONTRIBUIÇÃO SOBRE BENS E SERVIÇOS (IBS E CBS)**

Identificador:

CPF/CNPJ/NIF do fornecedor

Número da Nota

Código de Verificação

136

**DESTINATÁRIO**

|            |   |              |
|------------|---|--------------|
| CPF/CNPJ:  | Nome/Razão Social:                      |              |
| Endereço:  | Nº:                                     | Complemento: |
| Bairro:    | E-mail:                                 |              |
|            | <b>INFORMAÇÕES DE ENDEREÇO NACIONAL</b> |              |
| Município: | CEP:                                    |              |

**ADQUIRENTE**

|                                 |  |  |
|---------------------------------|--|--|
| CPF/CNPJ: 45709765000119        | Nome/Razão Social: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA |  |
| Endereço: RUA FERDINANDO FRATIN | Nº: 335 Complemento: -   |  |
| Bairro: CENTRO                  | E-mail: faturamento@santacasaipua.com.br                           |  |
|                                 | <b>INFORMAÇÕES DE ENDEREÇO NACIONAL</b>                            |  |
| Município: IPUA                 | CEP: 14610029  |  |

**SERVIÇO PRESTADO**

|  |   |
|--|---|
| Local de Incidência: IPUA SP                                       | Código Indicador da Operação: 030102                                  |
| Tipo de Operação: 2 - Recebimento do pagamento com fornecimento já | Operação de Uso:  |
| Situação Tributária: 200 - Alíquota reduzida                       | Classificação Tributária: 200029 - Fornecimento dos serviços de saúde |

**OUTRAS CLASSIFICAÇÕES**

NBS:  
NCM:

**VALORES**

|   |                                       |                                 |                              |                        |                     |
|---|---------------------------------------|---------------------------------|------------------------------|------------------------|---------------------|
| Valor das Deduções de IBS e CBS: R\$ 0,00       | Alíquota do IBS (%):                  | Redução de Alíquota do IBS (%): | Alíquota Efetiva do IBS (%): | Valor Diferido do IBS: | Valor do IBS:       |
| Base de Cálculo do IBS e CBS: R\$ 4.549,23      | Estadual: 0.0                         | Estadual: 0.0                   | Estadual: 0.1                | Estadual: R\$ 0,00     | Estadual: R\$ 4,55  |
| Valor dos Serviços Antes dos Tributos: R\$ 0,00 | Municipal: 0.1                        | Municipal: 0.0                  | Municipal: 0.1               | Municipal: R\$ 0,00    | Municipal: R\$ 4,55 |
|   |                                       |                                 |                              |                        | Total: R\$ 9,10     |
| Valor da Multa: R\$ 0,00                        | Alíquota da CBS (%):                  | Redução de Alíquota da CBS (%): | Alíquota Efetiva da CBS (%): | Valor Diferido da CBS: | Valor da CBS:       |
| Valor do Juros: R\$ 0,00                        | 0.9                                   | 0.0                             | 0.9                          | R\$ 0,00               | R\$ 40,94           |
|   | <b>VALOR TOTAL COBRADO = R\$ 0,00</b> |                                 |                              |                        |                     |

INFORMAÇÕES ADICIONAIS



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE IPUÃ**

Av. Carlos Fernandes nº 766, Centro – Cx Postal 5-Fone: PABX (16) 3832 0183  
CEP 14610-000 - I P U Ã – Estado de São Paulo E-mail: [saude@ipua.sp.gov.br](mailto:saude@ipua.sp.gov.br)

Ipuã, 02 de Março de 2025

**Do Centro de Especialidades Dr Nilson Ferreira II**

**RELATÓRIO DE PRODUÇÃO**

Venho por meio deste, comunicar a Irmandade Santa Casa de Misericórdia que a empresa MC DERMATOLOGIA LTDA – CNPJ 50.165.640/0001-20, prestou serviço de atendimento MÉDICO em DERMATOLOGIA, no mês de Fevereiro de 2026, no Centro de Especialidades conforme relatório em anexo.

Totalizando 60 consultas.

**TERMO DE COLABORAÇÃO 01/2025 - ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE / ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

**Rosemeire A. L. Teixeira**

**Enfermeira – COREN: 264.985**

De acordo com o comunicado da enfermeira responsável Rosemeire A. L. Teixeira, eu Alexandre Henrique da Cruz, gestora do **TERMO DE COLABORAÇÃO 01/2025 – ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE / ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**, declaro ciência do relatório em anexo.

**Alexandre Henrique da Cruz**

**Gestora do Convênio**

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

**Priscila Honorato de Oliveira**  
**Secretária Municipal de Saúde**



## Emitir comprovantes (versão antiga)

G3371715411520911  
17/03/2026 16:11:46

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
17/03/2026 - AUTOATENDIMENTO - 16.11.46  
3156903156 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: IRMANDADE S C M IPUA

AGENCIA: 3156-9 CONTA: 1.012.026-2

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : IRMANDADE S C M IPUA

BANCO: 033 - BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

AGENCIA: 0182-1 - GUAIRA

CONTA: 13.004.566-8

FAVORECIDO: MC CHIQUINI SERVICOS MEDICOS LTDA

CPF/CNPJ: 50.165.640/0001-20

VALOR: R\$ 4.673,73



DEBITO EM: 17/03/2026

=====

DOCUMENTO: 031703

AUTENTICACAO SISBB: 0.168.A94.F0D.9D7.1FD

Transação efetuada com sucesso por: JJ549137 ADILSON DIAS CAMPOS.

|  |                                  |  |  |                        |
|--|----------------------------------|--|--|------------------------|
|    | <b>PM DE IPUÃ - SP</b>           |  |  | <b>Número da NFS-e</b> |
|  | <b>PREF. MUNIC. DE IPUÃ - SP</b> |  |  | <b>8</b>               |
| <b>NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e</b>  |                                  |  | Código de Verificação de Autenticidade<br><b>VJ8GHPUAX</b>                         |                        |
|  |                                  |  | Data e Hora de Emissão da NFS-e<br><b>13/03/2026 às 15:50:49</b>                   |                        |
|  |                                  |  | Chave de Acesso<br><b>87382WITXMA2Z5Y9D5FK82CYK4QDPRO3</b>                         |                        |
| Para certificação da autenticidade acesse<br><a href="http://187.32.255.145:1982/issweb">http://187.32.255.145:1982/issweb</a> , menu<br>consultas e informe os dados desta NFS-e. |                                  |  |  |                        |

**Informações Fiscais**

|                               |                    |   |                        |
|-------------------------------|--------------------|---|------------------------|
| Exigibilidade do ISS Exigível | Número do Processo | Município de Incidência do ISS                      | Local da Prestação     |
| 1 - Sim                       | 2 - Não            | IPUA-SP   | IPUA - SP              |
| Número da DPS                 | Série da DPS       | Data da DPS   | Competência            |
|                               |                    |   | <b>13/03/2026</b>      |
| 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                    |
| <b>62.009.877/0001-09</b>    |                       | <b>1.125.4363</b>   | <b>000018852</b>      | <b>ANA CECÍLIA CEZAR MENDES</b>      |
| Logradouro                   |                       |                     | Complemento           | Bairro                               |
| <b>RUA PEDRO SARAN, 1922</b> |                       |                     | <b>CASA</b>           | <b>PAMPUA</b>                        |
| CEP                          | Cidade                |                     | Telefone              | E-mail                               |
| <b>14610-068</b>             | <b>IPUÃ-SP</b>        |                     | <b>(16) 3832-0100</b> | <b>draanacecillamendes@gmail.com</b> |

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

|                                   |                       |                     |  |
|-----------------------------------|-----------------------|---------------------|--|
| CPF/CNPJ/Documento                | RG/Inscrição Estadual | Inscrição Municipal | Nome/Razão Social                                      |
| <b>45.708.765/0001-19</b>         |                       |                     | <b>IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA</b> |
| Logradouro                        |                       |                     | Complemento  |
| <b>RUA FERDINANDO FRATIN, 335</b> |                       |                     |  |
| CEP/Cod.Postal                    | Cidade/Pais           |                     | Cod. IBGE  |
| <b>14610-029</b>                  | <b>IPUA - SP</b>      |                     | <b>3521309</b>   |
|                                   |                       |                     | Telefone   |
|                                   |                       |                     | <b>16 38321222</b>                                     |
|                                   |                       |                     | E-mail   |
|                                   |                       |                     | <b>faturamento@santacasaihua.com.br</b>                |

**Discriminação dos Serviços**

| Qtde. | Un. Medida | Descrição   | Vir. Unitário | Total        |
|-------|------------|---|---------------|--------------|
| 1,00  | UN         | REFERENTE A SERVICOS PRESTADOS COMO DENTISTA MÊS DE FEVEREIRO DE 2026<br>TERMO DE COLABORAÇÃO: 01/2025 - ATENÇÃO BÁSICA E ESTRATEGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA. | 4.800,00      | R\$ 4.800,00 |

**Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS**

|                          |                         |                       |                     |                      |                |                       |
|--------------------------|-------------------------|-----------------------|---------------------|----------------------|----------------|-----------------------|
| LC 116/2003: 041201      |                         |                       |                     |                      |                |                       |
| Odontologia.             |                         |                       | Alíquota            | Atividade Município  | Código CNAE    | Código da Obra        |
|                          |                         |                       | <b>2,01%</b>        | <b>0000041200001</b> |                |                       |
| Valor Total dos Serviços | Desconto Incondicionado | Deduções Base Cálculo | Base de Cálculo     | Total do ISS         | ISS Retido     | Desconto Condicionado |
| <b>R\$ 4.800,00</b>      | <b>R\$ 0,00</b>         | <b>R\$ 0,00</b>       | <b>R\$ 4.800,00</b> | <b>R\$ 96,48</b>     | <b>2 - Não</b> | <b>R\$ 0,00</b>       |

**Retenções de Impostos**

|                 |                 |                 |                 |                 |                  |
|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|------------------|
| PIS             | COFINS          | CP              | IRRF            | CSLL            | Outras Retenções |
| <b>R\$ 0,00</b> | <b>R\$ 0,00</b> | <b>R\$ 0,00</b> | <b>R\$ 0,00</b> | <b>R\$ 0,00</b> | <b>R\$ 0,00</b>  |

Valor Líquido da NFS-e: R\$ 4.800,00

Val. Aprox. Tributos:

**Informações Complementares**

BANCO INTER - 077  
 AGENCIA: 001  
 NUMERO DA CONTA: 48704949-7  
 CHAVE PIX - 62.009.877/0001-09

RECEBI(EMOS) DE ANA CECÍLIA CEZAR MENDES O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO 8 E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO VJ8GHPUAX.

Data

CPF/RG

Assinatura

conta: 203-2026-2

**IMPOSTO E CONTRIBUIÇÃO SOBRE BENS E SERVIÇOS (IBS E CBS)**

Identificador:

CPF/CNPJ/NIF do fornecedor

Número da Nota

Código de Verificação

8

**DESTINATÁRIO**

CPF/CNPJ: Nome/Razão Social:  
 Endereço: Nº: Complemento:  
 Bairro: E-mail:  
 Município: CEP: **INFORMAÇÕES DE ENDEREÇO NACIONAL**

**ADQUIRENTE**

CPF/CNPJ: 45708765000119 Nome/Razão Social: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA  
 Endereço: RUA FERDINANDO FRATIN Nº: 335 Complemento: -  
 Bairro: CENTRO E-mail: faturamento@santacasaipua.com.br  
 Município: IPUA CEP: 14610029 **INFORMAÇÕES DE ENDEREÇO NACIONAL**

**SERVIÇO PRESTADO**

Local de Incidência: IPUA SP Código Indicador da Operação: 030102  
 Tipo de Operação: Operação de Uso:  
 Situação Tributária: 200 - Alíquota reduzida Classificação Tributária: 200029 - Fornecimento dos serviços de saúde

**OUTRAS CLASSIFICAÇÕES**

NBS:

NCM:

**VALORES**

|  |              |                      |                                 |                              |                        |                     |
|--|--------------|----------------------|---------------------------------|------------------------------|------------------------|---------------------|
| Valor das Deduções de IBS e CBS:       | R\$ 0,00     | Alíquota do IBS (%): | Redução de Alíquota do IBS (%): | Alíquota Efetiva do IBS (%): | Valor Diferido do IBS: | Valor do IBS:       |
| Base de Cálculo do IBS e CBS:          | R\$ 4.703,52 | Estadual: 0.0        | Estadual: 0.0                   | Estadual: 0.1                | Estadual: R\$ 0,00     | Estadual: R\$ 4,70  |
| Valor dos Serviços Antes dos Tributos: | R\$ 0,00     | Municipal: 0.1       | Municipal: 0.0                  | Municipal: 0.1               | Municipal: R\$ 0,00    | Municipal: R\$ 4,70 |
|  |              |                      |                                 |                              |                        | Total: R\$ 9,41     |
| Valor da Multa:                        | R\$ 0,00     | Alíquota da CBS (%): | Redução de Alíquota da CBS (%): | Alíquota Efetiva da CBS (%): | Valor Diferido da CBS: | Valor da CBS:       |
| Valor do Juros:                        | R\$ 0,00     | 0.9                  | 0.0                             | 0.9                          | R\$ 0,00               | R\$ 42,33           |
| <b>VALOR TOTAL COBRADO = R\$ 0,00</b>  |              |                      |                                 |                              |                        |                     |

INFORMAÇÕES ADICIONAIS



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE IPUÃ**


Av. Carlos Fernandes nº 766, Centro - Cx Postal 5-Fone: PABX (16) 3832 0183  
CEP 14610-000 - I P U Ã - Estado de São Paulo E-mail: [saude@ipua.sp.gov.br](mailto:saude@ipua.sp.gov.br)

Ipuã, 02 de Março 2026.

**RELATÓRIO DE PRODUÇÃO**

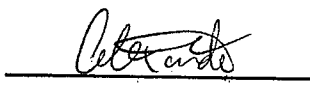
Venho através deste, comunicar a Irmandade Santa Casa de Misericórdia que a empresa **Ana Cecília Cezar Mendes - CNPJ 62.009.877/0001-09**, prestou serviços **ODONTOLÓGICOS** no mês de Fevereiro de 2026, na Atenção Básica e Estratégia de Saúde da Família no Município de Ipuã - SP, conforme relatório em anexo.

**TERMO DE COLABORAÇÃO 01/2025 - ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE / ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.**

  
Responsável pelo Relatório

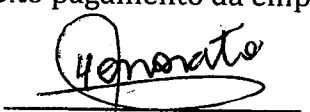
---

De acordo com o comunicado acima, eu Alexandre Henrique Cruz, gestor do **TERMO DE COLABORAÇÃO 01/2025 - ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE / ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**, declaro ciência do relatório em anexo.

  
**Alexandre Henrique Cruz**  
Gestor do Convênio

---

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

  
**Priscila Honorato de Oliveira**  
Secretária Municipal de Saúde

FILTROS: Período: 01/02/2026 a 28/02/2026 | Equipe: 0001819852 - ESB - CAPELINHA | Profissional: [704303540484196] - Ana Cecilia Cezar Mendes | CBO: 223293 - CIRURGIÃO-DENTISTA DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA | Filtros personalizados: Nenhum

### Relatório de atendimento odontológico

#### Resumo de produção

| Descrição                   | Quantidade |
|-----------------------------|------------|
| Registros identificados     | 67         |
| Registros não identificados | 1          |
| <b>Total:</b>               | <b>68</b>  |

#### Dados gerais

| Descrição                           | Quantidade |
|-------------------------------------|------------|
| Gestante                            | 2          |
| Paciente com necessidades especiais | 0          |

#### Turno

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Manhã         | 33         |
| Tarde         | 35         |
| Noite         | 0          |
| Não informado | 0          |
| <b>Total:</b> | <b>68</b>  |

#### Faixa etária

| Descrição       | Masc. | Fem. | Indet. | N. Inf. | Total |
|-----------------|-------|------|--------|---------|-------|
| Menos de 01 ano | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |
| 01 ano          | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |
| 02 anos         | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |
| 03 anos         | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |
| 04 anos         | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |
| 05 a 09 anos    | 7     | 6    | 0      | 0       | 13    |
| 10 a 14 anos    | 3     | 3    | 0      | 0       | 6     |
| 15 a 19 anos    | 0     | 1    | 0      | 0       | 1     |
| 20 a 24 anos    | 1     | 3    | 0      | 0       | 4     |
| 25 a 29 anos    | 2     | 1    | 0      | 0       | 3     |
| 30 a 34 anos    | 2     | 7    | 0      | 0       | 9     |
| 35 a 39 anos    | 2     | 6    | 0      | 0       | 8     |
| 40 a 44 anos    | 4     | 0    | 0      | 0       | 4     |
| 45 a 49 anos    | 3     | 1    | 0      | 0       | 4     |
| 50 a 54 anos    | 3     | 2    | 0      | 0       | 5     |
| 55 a 59 anos    | 0     | 5    | 0      | 0       | 5     |

#### Faixa etária

| Descrição       | Masc.     | Fem.      | Indet.   | N. Inf.  | Total     |
|-----------------|-----------|-----------|----------|----------|-----------|
| 60 a 64 anos    | 5         | 0         | 0        | 0        | 5         |
| 65 a 69 anos    | 0         | 0         | 0        | 0        | 0         |
| 70 a 74 anos    | 0         | 0         | 0        | 0        | 0         |
| 75 a 79 anos    | 0         | 0         | 0        | 0        | 0         |
| 80 anos ou mais | 1         | 0         | 0        | 0        | 1         |
| Não informado   | 0         | 0         | 0        | 0        | 0         |
| <b>Total:</b>   | <b>33</b> | <b>35</b> | <b>0</b> | <b>0</b> | <b>68</b> |

#### Sexo

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Masculino     | 33         |
| Feminino      | 35         |
| Indeterminado | 0          |
| Não informado | 0          |
| <b>Total:</b> | <b>68</b>  |

#### Local de atendimento

| Descrição                       | Quantidade |
|---------------------------------|------------|
| Domicílio                       | 0          |
| Escola / Creche                 | 0          |
| Instituição / Abrigo            | 0          |
| Polo (Academia da saúde)        | 0          |
| Rua                             | 0          |
| UBS                             | 68         |
| Unidade móvel                   | 0          |
| Unidade prisional ou congêneres | 0          |
| Unidade socioeducativa          | 0          |
| Outros                          | 0          |
| Não informado                   | 0          |
| <b>Total:</b>                   | <b>68</b>  |

FILTROS: Período: 01/02/2026 a 28/02/2026 | Equipe: 0001819852 - ESB - CAPELINHA | Profissional: [704303540484196] - Ana Cecilia Cezar Mendes | CBO: 223293 - CIRURGIÃO-DENTISTA DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA | Filtros personalizados: Nenhum

### Tipo de atendimento

| Descrição                   | Quantidade |
|-----------------------------|------------|
| Consulta agendada           | 55         |
| Escuta inicial / Orientação | 0          |
| Consulta no dia             | 9          |
| Atendimento de urgência     | 4          |
| Não informado               | 0          |
| <b>Total:</b>               | <b>68</b>  |

### Tipo de consulta

| Descrição                                   | Quantidade |
|---|------------|
| Primeira consulta odontológica programática | 38         |
| Consulta de retorno em odontologia          | 22         |
| Consulta de manutenção em odontologia       | 8          |
| Não informado                               | 0          |
| <b>Total:</b>                               | <b>68</b>  |

### Vigilância em saúde bucal

| Descrição                            | Quantidade |
|--------------------------------------|------------|
| Abscesso dentoalveolar               | 0          |
| Alteração em tecidos moles           | 0          |
| Dor de dente                         | 4          |
| Fendas ou fissuras labiopalatais     | 0          |
| Fluorose dentária moderada ou severa | 0          |
| Traumatismo dentoalveolar            | 0          |
| Não identificado                     | 64         |
| Não informado                        | 0          |
| <b>Total:</b>                        | <b>68</b>  |

### Procedimentos

| Descrição   | Quantidade |
|---|------------|
| Curativo de demora com ou sem preparo biomecânico             | 0          |
| Drenagem de abscesso  | 0          |
| Evidenciação de placa bacteriana                              | 1          |
| Exodontia de dente decíduo                                    | 1          |
| Exodontia de dente permanente                                 | 1          |
| Instalação de prótese dentária                                | 0          |
| Moldagem dentogengival para construção de prótese dentária    | 0          |
| Orientação de higiene bucal                                   | 8          |
| Profilaxia / Remoção da placa bacteriana                      | 18         |
| Pulpotomia dentária   | 0          |
| Radiografia interproximal (bite wing)                         | 0          |
| Radiografia periapical  | 0          |
| Raspagem alisamento e polimento supragengivais (por sextante) | 45         |
| Raspagem alisamento subgengivais (por sextante)               | 27         |
| Restauração de dente permanente anterior com resina composta  | 20         |
| Restauração de dente permanente posterior com resina composta | 28         |
| Retirada de pontos de cirurgias básicas (por paciente)        | 0          |
| Selamento provisório de cavidade dentária                     | 1          |
| Tratamento de alveolite                                       | 0          |
| Ulotomia / Ulectomia  | 0          |
| <b>Total:</b>   | <b>157</b> |

### Outros procedimentos (SIGTAP)

| Descrição  | Quantidade |
|--|------------|
| 0301010030 - CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA (EXCETO MÉDICO) | 30         |
| 0301010153 - PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLOGICA PROGRAMÁTICA                                     | 38         |
| 0307010074 - TRATAMENTO RESTAURADOR ATRAUMÁTICO (TRA/ART)                                    | 12         |
| 0307010082 - RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO POSTERIOR COM RESINA COMPOSTA                      | 3          |

FILTROS: Período: 01/02/2026 a 28/02/2026 | Equipe: 0001819852 - ESB - CAPELINHA | Profissional: [704303540484196] - Ana Cecilia Cezar Mendes | CBO: 223293 - CIRURGIÃO-DENTISTA DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA | Filtros personalizados: Nenhum

### Outros procedimentos (SIGTAP)

| Descrição   | Quantidade |
|---|------------|
| 0307010104 - RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO POSTERIOR COM IONÔMERO DE VIDRO | 3          |
| 0307030032 - RASPAGEM CORONO-RADICULAR (POR SEXTANTE)                     | 27         |
| 0307040151 - AJUSTE OCLUSAL   | 11         |
| <b>Total:</b>   | <b>124</b> |

### Fornecimento

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Escova dental | 0          |
| Creme dental  | 0          |
| Fio dental    | 0          |
| Não informado | 68         |
| <b>Total:</b> | <b>68</b>  |

### Conduta / Desfecho

| Descrição                                | Quantidade |
|--|------------|
| Retorno para consulta agendada           | 28         |
| Agendamento para outros profissionais AB | 4          |
| Agendamento para NASF                    | 0          |
| Agendamento para eMulti                  | 0          |
| Agendamento para grupos                  | 0          |
| Alta do episódio                         | 8          |
| Tratamento concluído                     | 32         |
| <b>Total:</b>                            | <b>72</b>  |

### Encaminhamento

| Descrição  | Quantidade |
|--|------------|
| Atendimento a pacientes com necessidades especiais | 0          |
| Cirurgia BMF                                       | 2          |
| Endodontia   | 0          |
| Estomatologia                                      | 0          |
| Implantodontia                                     | 0          |
| Odontopediatria                                    | 0          |
| Ortodontia / Ortopedia                             | 0          |
| Periodontia  | 0          |

### Encaminhamento

| Descrição        | Quantidade |
|------------------|------------|
| Prótese dentária | 2          |
| Radiologia       | 1          |
| Outros           | 0          |
| Não informado    | 64         |
| <b>Total:</b>    | <b>69</b>  |

### Problemas / Condições avaliadas - CIAP2

| Descrição                        | Quantidade |
|----------------------------------|------------|
| A97 - SEM DOENÇA                 | 8          |
| D82 - DOENÇA DOS DENTES/GENGIVAS | 33         |
| <b>Total:</b>                    | <b>41</b>  |

### Problemas / Condições avaliadas - CID10

| Descrição   | Quantidade |
|---|------------|
| K006 - DISTÚRBIOS DA ERUPÇÃO DENTÁRIA                                   | 1          |
| K02 - CÁRIE DENTÁRIA  | 20         |
| K032 - EROSÃO DENTÁRIA  | 6          |
| K05 - GENGIVITE E DOENÇAS PERIODONTAIS                                  | 1          |
| K052 - PERIODONTITE AGUDA   | 2          |
| K08 - OUTROS TRANSTORNOS DOS DENTES E DE SUAS ESTRUTURAS DE SUSTENTAÇÃO | 1          |
| S025 - FRATURA DE DENTES  | 6          |
| Z012 - EXAME DENTÁRIO   | 22         |
| <b>Total:</b>   | <b>59</b>  |

### Ofertas de Cuidados Integrados - OCI (código do SIGTAP)

| Descrição     | Solicitado |
|---------------|------------|
| <b>Total:</b> | <b>0</b>   |



## Emitir comprovantes (versão antiga)

G3371715411520911  
17/03/2026 16:12:26

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
17/03/2026 - AUTOATENDIMENTO - 16.12.26  
3156903156 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: IRMANDADE S C M IPUA

AGENCIA: 3156-9 CONTA: 1.012.026-2

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA  
REMETENTE : IRMANDADE S C M IPUA  
BANCO: 077 - BANCO INTER  
AGENCIA: 0001-9 - MATRIZ  
CONTA: 48.704.949-7

FAVORECIDO: ANA CECILIA CEZAR MENDES

CPF/CNPJ: 62.009.877/0001-09

VALOR: R\$ 4.800,00

DEBITO EM: 17/03/2026

=====

DOCUMENTO: 031704

AUTENTICACAO SISBB: 1.8E5.68C.6BD.0D9.E85

Transação efetuada com sucesso por: JJ549137 ADILSON DIAS CAMPOS.

| PM DE IPUÃ - SP   |                         |  |  | Número da NFS-e  |                  |                       |            |
|---|-------------------------|--|--|--|------------------|-----------------------|------------|
| PREF. MUNIC. DE IPUÃ - SP   |                         |  |  | 10   |                  |                       |            |
| NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e  |                         |  |  | Código de Verificação de Autenticidade<br><b>JNCB3Z6QZ</b>   |                  |                       |            |
|   |                         |  |  | Data e Hora de Emissão da NFS-e<br><b>13/03/2026 às 15:33:00</b>   |                  |                       |            |
|   |                         |  |  | Chave de Acesso<br>87374QNGD8O9TVUBLT91NQUFZ63F9TON  |                  |                       |            |
| <b>Informações Fiscais</b>  |                         |  |  |  |                  |                       |            |
| Exigibilidade do ISS Exigível   | Número do Processo      | Município de Incidência do ISS   | Local da Prestação                                     |  |                  |                       |            |
|   |                         | <b>IPUA-SP</b>   | <b>IPUA - SP</b>                                       |  |                  |                       |            |
| Número da DPS   | Série da DPS            | Data da DPS  | Competência  |  |                  |                       |            |
|   |                         |  | <b>13/03/2026</b>                                      |  |                  |                       |            |
| Optante Simples Nacional  | Incentivo Fiscal        | Regime Especial Tributação   | Tipo ISS   |  |                  |                       |            |
| <b>1 - Sim</b>  | <b>1 - Sim</b>          | <b>Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP) 03 - Sobre Faturamento</b>  |  | Para certificação da autenticidade acesse <a href="http://187.32.255.145:1982/issweb">http://187.32.255.145:1982/issweb</a> , menu consultas e informe os dados desta NFS-e. |                  |                       |            |
| <b>PRESTADOR DE SERVIÇOS</b>  |                         |  |  |  |                  |                       |            |
| CPF/CNPJ  | RG/Inscrição Estadual   | Inscrição Municipal  | Cadastro   | Nome/Razão Social  |                  |                       |            |
| <b>50.704.945/0001-62</b>   | <b>18.231.998</b>       | <b>1.116.4140</b>  | <b>000016957</b>                                       | <b>CAGNANI BONORA SERVIÇOS MEDICOS LTDA</b>  |                  |                       |            |
| Logradouro  | Complemento             |  | Bairro   |  |                  |                       |            |
| <b>RUA CLEY NASCIMENTO HONORIO, 1131</b>  |                         |  | <b>PAMPUA</b>  |  |                  |                       |            |
| CEP   | Cidade                  | Telefone   |  | E-mail   |                  |                       |            |
| <b>14611-064</b>  | <b>IPUÃ-SP</b>          |  |  | <b>DAYANE.MSCONTABIL@POCOS-NET.COM.BR</b>  |                  |                       |            |
| <b>TOMADOR DE SERVIÇOS</b>  |                         |  |  |  |                  |                       |            |
| CPF/CNPJ/Documento  | RG/Inscrição Estadual   | Inscrição Municipal  | Nome/Razão Social                                      |  |                  |                       |            |
| <b>45.708.765/0001-19</b>   |                         |  | <b>IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA</b> |  |                  |                       |            |
| Logradouro  | Complemento             |  | Bairro   |  |                  |                       |            |
| <b>RUA FERDINANDO FRATIN, 335</b>   |                         |  | <b>CENTRO</b>  |  |                  |                       |            |
| CEP/Cod.Postal  | Cidade/País             | Cod. IBGE  | Telefone   | E-mail   |                  |                       |            |
| <b>14610-029</b>  | <b>IPUA - SP</b>        | <b>3521309</b>   | <b>16 38321222</b>                                     | <b>faturamento@santacasaipua.com.br</b>  |                  |                       |            |
| <b>Discriminação dos Serviços</b>   |                         |  |  |  |                  |                       |            |
| Qtde.   | Un. Medida              | Descrição  | Vir. Unitário  | Total  |                  |                       |            |
| 1,00  | UN                      | Referente a serviços medicos prestado no mes de Fevereiro de 2026.<br>TERMO DE COLABORAÇÃO: 01/2025 - ATENÇÃO BÁSICA E ESTRATEGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.<br>Valor Bruto:R\$17.000,00<br>Valor Líquido:R\$17.000,00<br>Agencia:0001<br>Conta:47558448-2<br>Banco:0260 | 17.000,00  | R\$ 17.000,00  |                  |                       |            |
| <b>Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS</b>  |                         |  |  |  |                  |                       |            |
| LC 116/2003: 040101   |                         |  | Alíquota   | Atividade Município  | Código CNAE      | Código da Obra        | Código ART |
| Medicina.   |                         |  | <b>2,01%</b>   | <b>0000040100001</b>   |                  |                       |            |
| Valor Total dos Serviços  | Desconto Incondicionado | Deduções Base Cálculo  | Base de Cálculo  | Total do ISS   | ISS Retido       | Desconto Condicionado |            |
| <b>R\$ 17.000,00</b>  | <b>R\$ 0,00</b>         | <b>R\$ 0,00</b>  | <b>R\$ 17.000,00</b>                                   | <b>R\$ 341,70</b>  | <b>2 - Não</b>   | <b>R\$ 0,00</b>       |            |
| <b>Retenções de Impostos</b>  |                         |  |  |  |                  |                       |            |
| PIS   | COFINS                  | CP   | IRRF   | CSLL   | Outras Retenções |                       |            |
| <b>R\$ 0,00</b>   | <b>R\$ 0,00</b>         | <b>R\$ 0,00</b>  | <b>R\$ 0,00</b>  | <b>R\$ 0,00</b>  | <b>R\$ 0,00</b>  |                       |            |
| Valor Líquido da NFS-e: R\$ 17.000,00   |                         |  |  |  |                  | Val. Aprox. Tributos: |            |
| <b>Informações Complementares</b>   |                         |  |  |  |                  |                       |            |
| RECEBI(EMOS) DE <b>CAGNANI BONORA SERVIÇOS MEDICOS LTDA</b> O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO <b>10</b> E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO <b>JNCB3Z6QZ</b> |                         |  |  |  |                  |                       |            |
| Data  | CPF/RG                  |  | Assinatura   |  |                  |                       |            |
|   |                         |  |  |  |                  |                       |            |

certif: 10.3.2026-2

**IMPOSTO E CONTRIBUIÇÃO SOBRE BENS E SERVIÇOS (IBS E CBS)**

Identificador:

CPF/CNPJ/NIF do fornecedor

Número da Nota

Código de Verificação

10

**DESTINATÁRIO**

|            |                    |                                  |
|------------|--------------------|----------------------------------|
| CPF/CNPJ:  | Nome/Razão Social: |                                  |
| Endereço:  | Nº:                | Complemento:                     |
| Bairro:    | E-mail:            |                                  |
| Município: | CEP:               | INFORMAÇÕES DE ENDEREÇO NACIONAL |

**ADQUIRENTE**

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| CPF/CNPJ: 45708765000119        | Nome/Razão Social: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA |
| Endereço: RUA FERDINANDO FRATIN | Nº: 335 Complemento: -   |
| Bairro: CENTRO                  | E-mail: faturamento@santacasaipua.com.br                           |
| Município: IPUA                 | CEP: 14610029  |

INFORMAÇÕES DE ENDEREÇO NACIONAL

**SERVIÇO PRESTADO**

|  |   |
|--|---|
| Local de Incidência: IPUA SP                 | Código Indicador da Operação: 030101                                  |
| Tipo de Operação:                            | Operação de Uso:  |
| Situação Tributária: 200 - Alíquota reduzida | Classificação Tributária: 200029 - Fornecimento dos serviços de saúde |

**OUTRAS CLASSIFICAÇÕES**

NBS:  
NCM:

**VALORES**

|   |                      |                                 |                              |                        |                                |
|---|----------------------|---------------------------------|------------------------------|------------------------|--------------------------------|
| Valor das Deduções de IBS e CBS: R\$ 0,00       | Alíquota do IBS (%): | Redução de Alíquota do IBS (%): | Alíquota Efetiva do IBS (%): | Valor Diferido do IBS: | Valor do IBS:                  |
| Base de Cálculo do IBS e CBS: R\$ 16.668,30     | Estadual: 0.0        | Estadual: 0.0                   | Estadual: 0.1                | Estadual: R\$ 0,00     | Estadual: R\$ 16,66            |
| Valor dos Serviços Antes dos Tributos: R\$ 0,00 | Municipal: 0.1       | Municipal: 0.0                  | Municipal: 0.1               | Municipal: R\$ 0,00    | Municipal: R\$ 16,66           |
|   |                      |                                 |                              |                        | Total: R\$ 33,32               |
| Valor da Multa: R\$ 0,00                        | Alíquota da CBS (%): | Redução de Alíquota da CBS (%): | Alíquota Efetiva da CBS (%): | Valor Diferido da CBS: | Valor da CBS:                  |
| Valor do Juros: R\$ 0,00                        | 0.9                  | 0.0                             | 0.9                          | R\$ 0,00               | R\$ 149,92                     |
|   |                      |                                 |                              |                        | VALOR TOTAL COBRADO = R\$ 0,00 |

INFORMAÇÕES ADICIONAIS



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE IPUÃ

Av. Carlos Fernandes nº 766, Centro – Cx Postal 5-Fone: PABX (16) 3832 0183  
CEP 14610-000 - I P U Ã – Estado de São Paulo E-mail: [saude@ipua.sp.gov.br](mailto:saude@ipua.sp.gov.br)

Ipuã, 05 de março de 2026.

**RELATÓRIO DE PRODUÇÃO**

Venho através deste, comunicar a Irmandade Santa Casa de Misericórdia que a empresa **CAGNANI BONORA SERVICOS MEDICOS LTDA** com número de **CNPJ:50.704.945/0001-62** prestou serviços ODONTOLÓGICOS no mês de Fevereiro de 2026 na Atenção Básica e Estratégia de Saúde da Família no Município de Ipuã - SP, conforme relatório em anexo

**TERMO DE COLABORAÇÃO 01/2025 - ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE / ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.**

Responsável pelo Relatório

---

De acordo com o comunicado acima, eu Alexandre Henrique Cruz, gestor do **TERMO DE COLABORAÇÃO 01/2025 – ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE / ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**, declaro ciência do relatório em anexo.

Alexandre Henrique Cruz

Gestor do Convênio

---

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

Priscila Honorato de Oliveira

FILTROS: Período: 01/02/2026 a 28/02/2026 | Equipe: 0001588400 - ESF - JOSE BURANELO NETO | Profissional: [703107801821260] - Amanda Cagnani  
Bonora Moreti | CBO: 225142 - MÉDICO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

### Relatório de resumo de produção

| Cadastros                         |                   | Novos cadastros | Atualizações | Recusas |
|-----------------------------------|-------------------|-----------------|--------------|---------|
| Descrição                         |                   | 0               | 0            | 0       |
| Cadastro domiciliar e territorial |                   | 0               | 0            | 0       |
| Cadastro individual               |                   | 0               | 0            | -       |
|                                   | <b>Total</b>      | 0               | 0            | -       |
|                                   | Identificados     | 0               | 0            | -       |
|                                   | Não Identificados | 0               | 0            | -       |

| Produção                                     |  | Total | Identificados | Não identificados |
|--|--|-------|---------------|-------------------|
| Descrição                                    |  | 0     | 0             | 0                 |
| Atendimento domiciliar                       |  | 303   | 303           | 0                 |
| Atendimento individual                       |  | 0     | 0             | 0                 |
| Atendimento odontológico individual          |  | 0     | -             | -                 |
| Atividade coletiva                           |  | 0     | 0             | -                 |
| Avaliação de elegibilidade e admissão        |  | 0     | 0             | 0                 |
| Marcadores de consumo alimentar              |  | 303   | 303           | 0                 |
| Procedimentos individualizados               |  | 0     | 0             | -                 |
| Síndrome neurológica por Zika / Microcefalia |  | 0     | 0             | 0                 |
| Vacinação                                    |  | 0     | 0             | 0                 |
| Visita domiciliar e territorial              |  |       |               |                   |



## Emitir comprovantes (versão antiga)

G3371715411520911  
17/03/2026 16:15:20

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
17/03/2026 - AUTOATENDIMENTO - 16.15.20  
3156903156 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: IRMANDADE S C M IPUA

AGENCIA: 3156-9 CONTA: 1.012.026-2

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : IRMANDADE S C M IPUA

BANCO: 260 - NU PAGAMENTOS - IP

AGENCIA: 0001-9

CONTA: 47.558.448-2

FAVORECIDO: CAGNANI BONORA SERVICOS MEDICOS LTD

CPF/CNPJ: 50.704.945/0001-62

VALOR: R\$ 17.000,00

DEBITO EM: 17/03/2026

=====

DOCUMENTO: 031705

AUTENTICACAO SISBB: 1.F33.098.77B.E6C.557

Transação efetuada com sucesso por: JJ549137 ADILSON DIAS CAMPOS.



Chave de Acesso da NFS-e  
3537008223617872700010000000000001126033904881607

Número da NFS-e  
11

Competência da NFS-e  
28/02/2026

Data e Hora da emissão da NFS-e  
13/03/2026 17:19:28

Número da DPS  
9

Série da DPS  
70000

Data e Hora da emissão da DPS  
13/03/2026 17:19:28



A autenticidade desta NFS-e pode ser verificada pela leitura deste código QR ou pela consulta da chave de acesso no portal nacional da NFS-e

|   |   |  |                         |
|---|---|--|-------------------------|
| <b>EMITENTE DA NFS-e</b><br>Prestador do Serviço  | <b>CNPJ / CPF / NIF</b><br>36.178.727/0001-00 | <b>Inscrição Municipal</b><br>-  | <b>Telefone</b><br>-    |
| <b>Nome / Nome Empresarial</b><br>DUODOCTOR SERVICOS MEDICOS LTDA   |   | <b>E-mail</b><br>-   |                         |
| <b>Endereço</b><br>R RODOLFO DE ALMEIDA, 135, BELA VISTA  |   | <b>Município</b><br>Pedregulho - SP  | <b>CEP</b><br>14471-040 |
| <b>Simplex Nacional na Data de Competência</b><br>Optante - Microempresa ou Empresa de Pequeno Porte (ME/EPP) |   | <b>Regime de Apuração Tributária pelo SN</b><br>Regime de apuração dos tributos federais e municipal pelo Simplex Nacional |                         |

|   |   |   |                                   |
|---|---|---|-----------------------------------|
| <b>TOMADOR DO SERVIÇO</b>   | <b>CNPJ / CPF / NIF</b><br>45.708.765/0001-19 | <b>Inscrição Municipal</b><br>-                   | <b>Telefone</b><br>(16) 3832-1222 |
| <b>Nome / Nome Empresarial</b><br>IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA |   | <b>E-mail</b><br>faturamento@santacasaipua.com.br |                                   |
| <b>Endereço</b><br>R FERDINANDO FRATIN, 335, CENTRO                               |   | <b>Município</b><br>Ipuã - SP                     | <b>CEP</b><br>14610-029           |

INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO NÃO IDENTIFICADO NA NFS-e

|  |  |  |  |                               |
|--|--|--|--|-------------------------------|
| <b>SERVIÇO PRESTADO</b>  | <b>Código de Tributação Nacional</b><br>04.03.01 - Hospitais e congêneres. | <b>Código de Tributação Municipal</b><br>- | <b>Local da Prestação</b><br>Ipuã - SP | <b>País da Prestação</b><br>- |
| <b>Descrição do Serviço</b><br>REFERENTE A SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADO NO MÊS DE FEVEREIRO DE 2026. TERMO DE COLABORAÇÃO: 01/2025 - ATENÇÃO BÁSICA E ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA. |  |  |  |                               |

|  |   |  |  |  |
|--|---|--|--|--|
| <b>TRIBUTAÇÃO MUNICIPAL</b>              | <b>Tributação do ISSQN</b><br>Operação Tributável | <b>País Resultado da Prestação do Serviço</b><br>- | <b>Município de Incidência do ISSQN</b><br>Pedregulho - SP | <b>Regime Especial de Tributação</b><br>Nenhum |
| <b>Tipo de Imunidade</b><br>-            | <b>Suspensão da Exigibilidade do ISSQN</b><br>Não | <b>Número Processo Suspensão</b><br>-              | <b>Benefício Municipal</b><br>-                            |  |
| <b>Valor do Serviço</b><br>R\$ 17.000,00 | <b>Desconto Incondicionado</b><br>-               | <b>Total Deduções/Reduções</b><br>-                | <b>Cálculo do BM</b><br>-                                  |  |
| <b>BC ISSQN</b><br>-                     | <b>Alíquota Aplicada</b><br>-                     | <b>Retenção do ISSQN</b><br>Não Retido             | <b>ISSQN Apurado</b><br>-                                  |  |

|   |  |  |   |  |
|---|--|--|---|--|
| <b>TRIBUTAÇÃO FEDERAL</b>                 | <b>IRRF</b><br>-                             | <b>Contribuição Previdenciária - Retida</b><br>- | <b>Contribuições Sociais - Retidas</b><br>- | <b>Descrição Contrib. Sociais - Retidas</b><br>0 - PIS/COFINS/CSLL Não Retidos |
| <b>PIS - Débito Apuração Própria</b><br>- | <b>COFINS - Débito Apuração Própria</b><br>- |  |   |  |

|  |   |                                   |                                     |  |
|--|---|-----------------------------------|-------------------------------------|--|
| <b>VALOR TOTAL DA NFS-E</b>              | <b>Valor do Serviço</b><br>R\$ 17.000,00      | <b>Desconto Condicionado</b><br>- | <b>Desconto Incondicionado</b><br>- | <b>ISSQN Retido</b><br>-                       |
| <b>Total das Retenções Federais</b><br>- | <b>PIS/COFINS - Débito Apur. Própria</b><br>- |                                   |                                     | <b>Valor Líquido da NFS-e</b><br>R\$ 17.000,00 |

|  |                      |                       |                        |
|--|----------------------|-----------------------|------------------------|
| <b>TOTAIS APROXIMADOS DOS TRIBUTOS</b> | <b>Federais</b><br>- | <b>Estaduais</b><br>- | <b>Municipais</b><br>- |
|--|----------------------|-----------------------|------------------------|

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Inf Cont: Dados Bancários: Banco: Sicoob Credicitrus - Agência: 3188 - Conta: 371.416-0 | NBS: 123011900



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE IPUÃ**

Av. Carlos Fernandes nº 766, Centro – Cx Postal 5-Fone: PABX (16) 3832 0183  
CEP 14610-000 - I P U Ã – Estado de São Paulo E-mail: [saude@ipua.sp.gov.br](mailto:saude@ipua.sp.gov.br)

Ipuã, 06 de Março 2026.

**RELATÓRIO DE PRODUÇÃO**

Venho através deste, comunicar a Irmandade Santa Casa de Misericórdia que a empresa DUODOCTOR SERVIÇOS MÉDICOS LTDA, CNPJ 36.178.727/0001-00 prestou serviços MÉDICOS no mês de Fevereiro de 2026, na Atenção Básica e Estratégia de Saúde da Família no Município de Ipuã - SP, conforme relatório em anexo.

**TERMO DE COLABORAÇÃO 01/2025 - ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE / ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.**

*Dr. Eduardo A. S. Araújo*  
Médico  
CRM/SP 192888  
Responsável pelo Relatório

---

De acordo com o comunicado acima, eu Alexandre Henrique Cruz, gestor do **TERMO DE COLABORAÇÃO 01/2025 – ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE / ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**, declaro ciência do relatório em anexo.

*Alexandre Cruz*  
Alexandre Henrique Cruz  
Gestor do Convênio

---

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

*Honorato*  
Priscila Honorato de Oliveira  
Secretária Municipal de Saúde

FILTROS: Período: 01/02/2026 a 28/02/2026 | Equipe: 0001604325 - ESF - CENTRAL | Profissional: [702801187385666] - Eduardo Cesar Silva Araujo | CBO: 225142 - MÉDICO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA | Filtros personalizados: Nenhum

### Relatório de procedimentos individualizados

#### Resumo de produção

| Descrição                   | Quantidade |
|-----------------------------|------------|
| Registros identificados     | 376        |
| Registros não identificados | 0          |
| <b>Total:</b>               | <b>376</b> |

#### Turno

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Manhã         | 258        |
| Tarde         | 118        |
| Noite         | 0          |
| Não informado | 0          |
| <b>Total:</b> | <b>376</b> |

#### Faixa etária

| Descrição       | Masc. | Fem. | Indet. | N. Inf. | Total |
|-----------------|-------|------|--------|---------|-------|
| Menos de 01 ano | 1     | 1    | 0      | 0       | 2     |
| 01 ano          | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |
| 02 anos         | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |
| 03 anos         | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |
| 04 anos         | 3     | 0    | 0      | 0       | 3     |
| 05 a 09 anos    | 1     | 1    | 0      | 0       | 2     |
| 10 a 14 anos    | 0     | 1    | 0      | 0       | 1     |
| 15 a 19 anos    | 2     | 6    | 0      | 0       | 8     |
| 20 a 24 anos    | 1     | 3    | 0      | 0       | 4     |
| 25 a 29 anos    | 6     | 8    | 0      | 0       | 14    |
| 30 a 34 anos    | 4     | 3    | 0      | 0       | 7     |
| 35 a 39 anos    | 1     | 8    | 0      | 0       | 9     |
| 40 a 44 anos    | 4     | 16   | 0      | 0       | 20    |
| 45 a 49 anos    | 5     | 16   | 0      | 0       | 21    |
| 50 a 54 anos    | 12    | 23   | 0      | 0       | 35    |
| 55 a 59 anos    | 9     | 26   | 0      | 0       | 35    |
| 60 a 64 anos    | 17    | 35   | 0      | 0       | 52    |
| 65 a 69 anos    | 11    | 27   | 0      | 0       | 38    |
| 70 a 74 anos    | 14    | 23   | 0      | 0       | 37    |
| 75 a 79 anos    | 19    | 21   | 0      | 0       | 40    |
| 80 anos ou mais | 13    | 35   | 0      | 0       | 48    |

#### Faixa etária

| Descrição     | Masc.      | Fem.       | Indet.   | N. Inf.  | Total      |
|---------------|------------|------------|----------|----------|------------|
| Não informado | 0          | 0          | 0        | 0        | 0          |
| <b>Total:</b> | <b>123</b> | <b>253</b> | <b>0</b> | <b>0</b> | <b>376</b> |

#### Sexo

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Masculino     | 123        |
| Feminino      | 253        |
| Indeterminado | 0          |
| Não informado | 0          |
| <b>Total:</b> | <b>376</b> |

#### Local de atendimento

| Descrição                       | Quantidade |
|---------------------------------|------------|
| Domicílio                       | 6          |
| Escola / Creche                 | 0          |
| Instituição / Abrigo            | 0          |
| Polo (Academia da saúde)        | 0          |
| Rua                             | 0          |
| UBS                             | 370        |
| Unidade móvel                   | 0          |
| Unidade prisional ou congêneres | 0          |
| Unidade socioeducativa          | 0          |
| Outros                          | 0          |
| <b>Total:</b>                   | <b>376</b> |

#### Dados gerais

| Descrição                   | Quantidade |
|-----------------------------|------------|
| Escuta inicial / Orientação | 0          |

#### Procedimentos / Pequenas cirurgias

| Descrição                               | Quantidade |
|---|------------|
| Acupuntura com inserção de agulhas      | 0          |
| Administração de vitamina A             | 0          |
| Cateterismo vesical de alívio           | 0          |
| Cauterização química de pequenas lesões | 0          |

FILTROS: Período: 01/02/2026 a 28/02/2026 | Equipe: 0001604325 - ESF - CENTRAL | Profissional: [702801187385666] - Eduardo Cesar Silva Araujo | CBO: 225142 - MÉDICO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA | Filtros personalizados: Nenhum

**Procedimentos / Pequenas cirurgias**

| Descrição  | Quantidade |
|--|------------|
| Cirurgia de unha (cantoplastia)                            | 0          |
| Coleta de citopatológico de colo uterino                   | 1          |
| Cuidado de estomas   | 0          |
| Curativo especial  | 0          |
| Drenagem de abscesso                                       | 0          |
| Eletrocardiograma  | 0          |
| Exame de fundo de olho (Fundoscopia)                       | 0          |
| Exame do pé diabético                                      | 11         |
| Exérese / Biópsia / Punção de tumores superficiais de pele | 1          |
| Infiltração em cavidade sinovial                           | 0          |
| Remoção de corpo estranho da cavidade auditiva e nasal     | 0          |
| Remoção de corpo estranho subcutâneo                       | 0          |
| Retirada de cerume   | 0          |
| Retirada de pontos de cirurgias básicas (por paciente)     | 0          |
| Sutura simples   | 0          |
| Tamponamento de epistaxe                                   | 0          |
| Teste do olhinho (TRV)                                     | 0          |
| Triagem oftalmológica                                      | 0          |
| <b>Total:</b>  | <b>13</b>  |

**Procedimentos - Teste rápido**

| Descrição              | Quantidade |
|------------------------|------------|
| De gravidez            | 0          |
| Dosagem de proteinúria | 0          |
| Para HIV               | 0          |
| Para hepatite C        | 0          |
| Para sífilis           | 0          |
| <b>Total:</b>          | <b>0</b>   |

**Procedimentos - Administração de medicamentos**

| Descrição                             | Quantidade |
|---------------------------------------|------------|
| Endovenosa                            | 0          |
| Inalação / Nebulização                | 0          |
| Intramuscular                         | 0          |
| Oral                                  | 0          |
| Penicilina para tratamento de sífilis | 0          |
| Subcutânea (SC)                       | 0          |
| Tópica                                | 0          |
| <b>Total:</b>                         | <b>0</b>   |

**Outros procedimentos (SIGTAP)**

| Descrição  | Quantidade |
|--|------------|
| 0101040024 - AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA                                | 119        |
| 0214010015 - GLICEMIA CAPILAR  | 6          |
| 0301010064 - CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA                     | 364        |
| 0301010110 - CONSULTA PRÉ-NATAL                                      | 4          |
| 0301010137 - CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR                         | 6          |
| 0301010250 - TELECONSULTA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA                        | 6          |
| 0301010269 - AVALIAÇÃO DO CRESCIMENTO NA PUERICULTURA                | 1          |
| 0301010277 - AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA NA PUERICULTURA | 1          |
| 0301100039 - AFERIÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL                            | 117        |
| <b>Total:</b>  | <b>624</b> |



## Emitir comprovantes (versão antiga)

G3371715411520911  
17/03/2026 16:13:16

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
17/03/2026 - AUTOATENDIMENTO - 16.13.16  
3156903156 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL  
CLIENTE: IRMANDADE S C M IPUA  
AGENCIA: 3156-9 CONTA: 1.012.026-2

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA  
REMETENTE : IRMANDADE S C M IPUA  
BANCO: 756 - BANCO SICCOOB S.A.  
AGENCIA: 3188-7 - CREDICITRUS  
CONTA: 371.416-0

FAVORECIDO: DUODOCTOR SERVICOS MEDICOS LTDA  
CPF/CNPJ: 36.178.727/0001-00  
VALOR: R\$ 17.000,00  
DEBITO EM: 17/03/2026

=====

DOCUMENTO: 031706  
AUTENTICACAO SISBB: 3.403.511.D70.1CE.507

Transação efetuada com sucesso por: JJ549137 ADILSON DIAS CAMPOS.



**PM DE IPUÃ - SP**  
**PREF. MUNIC. DE IPUÃ - SP**  
**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e**



**Número da NFS-e**  
**146**  
**Código de Verificação de Autenticidade**  
**ID7RE1TJ**  
**Data e Hora de Emissão da NFS-e**  
**16/03/2026 às 09:03:24**  
**Chave de Acesso**  
**87402HGF2U9UYRVP9W44YOIIBMF6PXA8**

**Informações Fiscais**

|  |                                    |  |   |
|--|------------------------------------|--|---|
| Exigibilidade do ISS<br><b>Exigível</b>    | Número do Processo                 | Município de Incidência do ISS<br><b>IPUA-SP</b>   | Local da Prestação<br><b>IPUA - SP</b>    |
| Número da DPS                              | Série da DPS                       | Data da DPS  | Competência<br><b>16/03/2026</b>          |
| Optante Simples Nacional<br><b>1 - Sim</b> | Incentivo Fiscal<br><b>2 - Não</b> | Regime Especial Tributação<br><b>Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP)</b> | Tipo ISS<br><b>03 - Sobre Faturamento</b> |

Para certificação da autenticidade acesse  
<http://187.32.255.145:1982/issweb>, menu  
 consultas e informe os dados desta NFS-e.

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

|  |   |  |                              |  |
|--|---|--|------------------------------|--|
| CPF/CNPJ<br><b>51.977.656/0001-08</b>        | RG/Inscrição Estadual<br><b>41964057</b>      | Inscrição Municipal<br><b>1.116.4187</b> | Cadastro<br><b>000017338</b> | Nome/Razão Social<br><b>G R VAZ LTDA</b> |
| Logradouro<br><b>RUA JOAQUIM NABUCO, 536</b> | Complemento<br><b>CONSULTÓRIO</b>             | Bairro<br><b>CENTRO</b>                  | CEP<br><b>14610-039</b>      | Cidade<br><b>IPUÃ-SP</b>                 |
| Telefone<br><b>(16) 3832-0100</b>            | E-mail<br><b>gabrielavaz_2009@hotmail.com</b> |  |                              |  |

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

|   |                             |                                |   |
|---|-----------------------------|--------------------------------|---|
| CPF/CNPJ/Documento<br><b>45.708.765/0001-19</b> | RG/Inscrição Estadual       | Inscrição Municipal            | Nome/Razão Social<br><b>IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA</b> |
| Logradouro<br><b>RUA FERDINANDO FRATIN, 335</b> | Complemento                 | Bairro<br><b>CENTRO</b>        | CEP/Cod.Postal<br><b>14610-029</b>  |
| Cidade/Pais<br><b>IPUA - SP</b>                 | Cod. IBGE<br><b>3521309</b> | Telefone<br><b>16 38321222</b> | E-mail<br><b>faturamento@santacasaipua.com.br</b>                           |

**Discriminação dos Serviços**

| Qtde. | Un. Medida | Descrição  | Vlr. Unitário | Total        |
|-------|------------|--|---------------|--------------|
| 1,00  | UN         | EMPRESA: G R VAZ LTDA<br>PROFISSIONAL: GABRIELA RICARDO VAZ<br><br>REFERENTE A 23 CONSULTAS MÉDICA DE PEDIATRIA, NO VALOR UNITÁRIO DE R\$ 83,00 NO MÊS DE FEVEREIRO DE 2026.<br>TERMO DE COLABORAÇÃO: 01/2025 - ATENÇÃO BÁSICA E ESTRATEGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.<br><br>VALOR BRUTO: R\$ 1.909,00<br>VALOR LÍQUIDO: R\$ 1.909,00<br><br>DADOS BANCÁRIOS:<br>CNPJ: 51.977.656/0001-08<br>Banco Sicoob: 756<br>Agência/Cooperativa: 3206<br>Conta: 3.215.630-8<br>Tipo: Conta corrente | 1.909,00      | R\$ 1.909,00 |

**Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS**

| LC 116/2003: 040101      | Aliquota                | Atividade Município   | Código CNAE             | Código da Obra   | Código ART                               |
|--------------------------|-------------------------|-----------------------|-------------------------|------------------|--|
| <b>Medicina.</b>         | <b>2,5268%</b>          | <b>0000040100001</b>  | <b>Construção Civil</b> |                  |  |
| Valor Total dos Serviços | Desconto Incondicionado | Deduções Base Cálculo | Base de Cálculo         | Total do ISS     | ISS Retido                               |
| <b>R\$ 1.909,00</b>      | <b>R\$ 0,00</b>         | <b>R\$ 0,00</b>       | <b>R\$ 1.909,00</b>     | <b>R\$ 48,24</b> | <b>2 - Não</b>                           |
|                          |                         |                       |                         |                  | Desconto Condicionado<br><b>R\$ 0,00</b> |

**Retenções de Impostos**

|                 |                 |                 |                 |                 |                  |
|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|------------------|
| PIS             | COFINS          | CP              | IRRF            | CSLL            | Outras Retenções |
| <b>R\$ 0,00</b> | <b>R\$ 0,00</b> | <b>R\$ 0,00</b> | <b>R\$ 0,00</b> | <b>R\$ 0,00</b> | <b>R\$ 0,00</b>  |

Valor Líquido da NFS-e: R\$ 1.909,00

Val. Aprox. Tributos:

**Informações Complementares**

RECEBI(EMOS) DE **G R VAZ LTDA** O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO **146** E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO **ID7RE1TJ**.

Data

CPF/RG

Assinatura

conta: 301.2026-2

**IMPOSTO E CONTRIBUIÇÃO SOBRE BENS E SERVIÇOS (IBS E CBS)**

Identificador:

CPF/CNPJ/NIF do fornecedor

Número da Nota

Código de Verificação

146

**DESTINATÁRIO**

CPF/CNPJ: Nome/Razão Social:  
 Endereço: Nº: Complemento:  
 Bairro: E-mail:  
 Município: CEP: INFORMAÇÕES DE ENDEREÇO NACIONAL

**ADQUIRENTE**

CPF/CNPJ: 45708765000119 Nome/Razão Social: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA  
 Endereço: RUA FERDINANDO FRATIN Nº: 335 Complemento: -  
 Bairro: CENTRO E-mail: faturamento@santacasaipua.com.br  
 Município: IPUA CEP: 14610029 INFORMAÇÕES DE ENDEREÇO NACIONAL

**SERVIÇO PRESTADO**

Local de Incidência: IPUA SP Código Indicador da Operação: 030103  
 Tipo de Operação: Operação de Uso:  
 Situação Tributária: 200 - Alíquota reduzida Classificação Tributária: 200029 - Fornecimento dos serviços de saúde

**OUTRAS CLASSIFICAÇÕES**

NBS:

NCM:

**VALORES**

| Valor das Deduções de IBS e CBS:       | R\$ 0,00     | Alíquota do IBS (%): | Redução de Alíquota do IBS (%): | Alíquota Efetiva do IBS (%): | Valor Diferido do IBS: | Valor do IBS:       |
|--|--------------|----------------------|---------------------------------|------------------------------|------------------------|---------------------|
| Base de Cálculo do IBS e CBS:          | R\$ 1.860,76 | Estadual: 0.0        | Estadual: 0.0                   | Estadual: 0.1                | Estadual: R\$ 0,00     | Estadual: R\$ 1,86  |
| Valor dos Serviços Antes dos Tributos: | R\$ 0,00     | Municipal: 0.1       | Municipal: 0.0                  | Municipal: 0.1               | Municipal: R\$ 0,00    | Municipal: R\$ 1,86 |
|  |              |                      |                                 |                              |                        | Total: R\$ 3,72     |
| Valor da Multa:                        | R\$ 0,00     | Alíquota da CBS (%): | Redução de Alíquota da CBS (%): | Alíquota Efetiva da CBS (%): | Valor Diferido da CBS: | Valor da CBS:       |
| Valor do Juros:                        | R\$ 0,00     | 0.9                  | 0.0                             | 0.9                          | R\$ 0,00               | R\$ 16,75           |
| <b>VALOR TOTAL COBRADO = R\$ 0,00</b>  |              |                      |                                 |                              |                        |                     |

INFORMAÇÕES ADICIONAIS



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE IPUÃ**

Av. Carlos Fernandes nº 766, Centro – Cx Postal 5-Fone: PABX (16) 3832 0183  
CEP 14610-000 - I P U Ã – Estado de São Paulo E-mail: [saude@ipua.sp.gov.br](mailto:saude@ipua.sp.gov.br)

Ipuã, 02 de Março de 2026

**Do Centro de Especialidades Dr Nilson Ferreira II**

**RELATÓRIO DE PRODUÇÃO**

Venho por deste, comunicar a Irmandade Santa Casa de Misericórdia que a empresa G R VAZ LTDA CNPJ 51.977.656/0001-08, prestou serviço de atendimento MÉDICO em PEDIATRIA , no mês de Fevereiro de 2026, no Centro de Especialidades conforme relatório em anexo.

Totalizando 17 consultas.

**TERMO DE COLABORAÇÃO 01/2025 - ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE / ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

---

**Rosemeire A. L. Teixeira**

**Enfermeira – COREN: 264.985**

De acordo com o comunicado da enfermeira responsável Rosemeire A. L. Teixeira, eu Alexandre Henrique da Cruz, gestora do **TERMO DE COLABORAÇÃO 01/2025 – ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE / ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**, declaro ciência do relatório em anexo.

---

Alexandre Henrique da Cruz

Gestora do Convênio

---

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

---

Priscila Honorato de Oliveira  
Secretária Municipal de Saúde

FILTROS: Período: 01/02/2026 a 28/02/2026 | Equipe: 0002218496 - EAP - CENTRO DE SAUDE II | Profissional: [703407322792500] - Gabriela Ricardo Vaz | CBO: 225170 - MÉDICO GENERALISTA | Filtros personalizados: Nenhum

### Relatório de atendimento individual

#### Resumo de produção

| Descrição                   | Quantidade |
|-----------------------------|------------|
| Registros identificados     | 17         |
| Registros não identificados | 0          |
| <b>Total:</b>               | <b>17</b>  |

#### Dados gerais

| Descrição           | Sim | Não | Não Inf. |
|---------------------|-----|-----|----------|
| Ficou em observação | 0   | 17  | 0        |
| Gravidez planejada  | 0   | 0   | 17       |
| Vacinação em dia    | 14  | 3   | 0        |

#### Turno

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Manhã         | 16         |
| Tarde         | 1          |
| Noite         | 0          |
| Não informado | 0          |
| <b>Total:</b> | <b>17</b>  |

#### Sexo

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Masculino     | 9          |
| Feminino      | 8          |
| Indeterminado | 0          |
| Não informado | 0          |
| <b>Total:</b> | <b>17</b>  |

#### Faixa etária

| Descrição       | Masc. | Fem. | Indet. | N. Inf. | Total |
|-----------------|-------|------|--------|---------|-------|
| Menos de 01 ano | 4     | 4    | 0      | 0       | 8     |
| 01 ano          | 2     | 3    | 0      | 0       | 5     |
| 02 anos         | 1     | 0    | 0      | 0       | 1     |
| 03 anos         | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |
| 04 anos         | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |
| 05 a 09 anos    | 1     | 1    | 0      | 0       | 2     |
| 10 a 14 anos    | 1     | 0    | 0      | 0       | 1     |

#### Faixa etária

| Descrição       | Masc.    | Fem.     | Indet.   | N. Inf.  | Total     |
|-----------------|----------|----------|----------|----------|-----------|
| 15 a 19 anos    | 0        | 0        | 0        | 0        | 0         |
| 20 a 24 anos    | 0        | 0        | 0        | 0        | 0         |
| 25 a 29 anos    | 0        | 0        | 0        | 0        | 0         |
| 30 a 34 anos    | 0        | 0        | 0        | 0        | 0         |
| 35 a 39 anos    | 0        | 0        | 0        | 0        | 0         |
| 40 a 44 anos    | 0        | 0        | 0        | 0        | 0         |
| 45 a 49 anos    | 0        | 0        | 0        | 0        | 0         |
| 50 a 54 anos    | 0        | 0        | 0        | 0        | 0         |
| 55 a 59 anos    | 0        | 0        | 0        | 0        | 0         |
| 60 a 64 anos    | 0        | 0        | 0        | 0        | 0         |
| 65 a 69 anos    | 0        | 0        | 0        | 0        | 0         |
| 70 a 74 anos    | 0        | 0        | 0        | 0        | 0         |
| 75 a 79 anos    | 0        | 0        | 0        | 0        | 0         |
| 80 anos ou mais | 0        | 0        | 0        | 0        | 0         |
| Não informado   | 0        | 0        | 0        | 0        | 0         |
| <b>Total:</b>   | <b>9</b> | <b>8</b> | <b>0</b> | <b>0</b> | <b>17</b> |

#### Local de atendimento

| Descrição                       | Quantidade |
|---------------------------------|------------|
| Domicílio                       | 0          |
| Escola / Creche                 | 0          |
| Instituição / Abrigo            | 0          |
| Polo (Academia da saúde)        | 0          |
| Rua                             | 0          |
| UBS                             | 17         |
| Unidade móvel                   | 0          |
| Unidade prisional ou congêneres | 0          |
| Unidade socioeducativa          | 0          |
| Outros                          | 0          |
| Não informado                   | 0          |
| <b>Total:</b>                   | <b>17</b>  |



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

E.S.F DR FARNCISCO MARTIMILIANO DE ANDRADE JUNQUEIRA (CAPELINHA)

Av. José Junqueira Meireles 140, Capelinha – Fone: (16) 3832-9124  
CEP 14610-000 - I P U Ã – Estado de São Paulo  
E-mail: esfcapelinha@gmail.com

Ipuã 02/03/2026

### RELATÓRIO DE PRODUÇÃO

Venho por meio deste , comunicar a Irmandade Santa Casa de Misericórdia que a empresa GR Vaz LTDA - CNPJ 51.977.656/0001-08 prestou serviço de atendimento em PEDIATRIA , no mês de fevereiro de 2026 na UBS Capelinha/EAP conforme relatório em anexo, no mês de fevereiro de 2026 na UBS Capelinha /EAP conforme relatório em anexo.

Totalizando 06 consultas

TERMO DE COLABORAÇÃO 01/025 – ATENÇÃO BÁSICA DE SUADE /ESTRATEGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.

*Maristela Bezerra de Castro*  
Enfermeira  
COREN-SP 275.291

Responsável pelo relatório

De acordo com o comunicado acima, eu Alexandre Henrique Cruz, gestor do TERMO DE COLABORAÇÃO 01/2025 -Atenção Basica /Estrategia de Saúde da família, declaro ciência do rtelatorio em anexo

*Alexandre*

Alexandre Henrique Cruz  
Gestora do Convênio

De acordo com os relatórios , solicito o pagamento a empresa acima citada

*Priscila Honorato*

Priscila Honorato de Oliveira

e-SUS - Atenção Primária  
MINISTÉRIO DA SAÚDE  
ESTADO DE SÃO PAULO  
MUNICÍPIO DE IPUÃ  
UNIDADE DE SAÚDE UBS CAPELINHA CENTRO DE IMUNIZACAO

Relatório de atendimento individual - Analítico

FILTROS

Período 01/02/2026 a 28/02/2026  
Equipe 0002536722 - EAP - CAPELINHA  
Profissional [703407322792500] - Gabriela Ricardo Vaz  
CBO 225170 - MÉDICO GENERALISTA  
Filtros perso Nenhum

Dados proce 02/03/2026 às 00:00  
Gerado em 02/03/2026 às 09:15 por Maristela Bezerra de Castro

Resumo de produção

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Registros ide | 6          |
| Registros não | 0          |

Dados gerais

| Descrição    | Sim | Não | Não informado |
|--------------|-----|-----|---------------|
| Ficou em ob: | 0   | 6   | 0             |
| Gravidez pla | 0   | 0   | 6             |
| Vacinação ei | 4   | 2   | 0             |

Turno

| Descrição   | Quantidade |
|-------------|------------|
| Manhã       | 0          |
| Tarde       | 6          |
| Noite       | 0          |
| Não informa | 0          |

Sexo

| Descrição   | Quantidade |
|-------------|------------|
| Masculino   | 2          |
| Feminino    | 4          |
| Indetermina | 0          |
| Não informa | 0          |

Faixa etária

| Descrição    | Masculino | Feminino | Indetermina | Não informado |
|--------------|-----------|----------|-------------|---------------|
| Menos de 01  | 0         | 2        | 0           | 0             |
| 01 ano       | 1         | 0        | 0           | 0             |
| 02 anos      | 0         | 0        | 0           | 0             |
| 03 anos      | 0         | 0        | 0           | 0             |
| 04 anos      | 0         | 0        | 0           | 0             |
| 05 a 09 anos | 0         | 1        | 0           | 0             |

|              |   |   |   |   |
|--------------|---|---|---|---|
| 10 a 14 anos | 1 | 1 | 0 | 0 |
| 15 a 19 anos | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 20 a 24 anos | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 25 a 29 anos | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 30 a 34 anos | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 35 a 39 anos | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 40 a 44 anos | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 45 a 49 anos | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 50 a 54 anos | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 55 a 59 anos | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 60 a 64 anos | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 65 a 69 anos | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 70 a 74 anos | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 75 a 79 anos | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 80 anos ou r | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Não informa  | 0 | 0 | 0 | 0 |

#### Local de atendimento

| Descrição      | Quantidade |
|----------------|------------|
| Domicílio      | 0          |
| Escola / Crech | 0          |
| Instituição /  | 0          |
| Polo (Acader   | 0          |
| Rua            | 0          |
| UBS            | 6          |
| Unidade mó'    | 0          |
| Unidade pris   | 0          |
| Unidade soc    | 0          |
| Outros         | 0          |
| Não informa    | 0          |

#### Tipo de atendimento

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Atendiment    | 0          |
| Consulta age  | 1          |
| Consulta age  | 0          |
| Consulta no   | 5          |
| Escuta inicia | 0          |
| Não informa   | 0          |

#### Atenção domiciliar

| Descrição   | Quantidade |
|-------------|------------|
| AD1         | 0          |
| AD2         | 0          |
| AD3         | 0          |
| Não informa | 6          |

#### Racionalidade em saúde

| Descrição    | Quantidade |
|--------------|------------|
| Medicina tra | 0          |
| Antroposofi  | 0          |
| Homeopatia   | 0          |
| Fitoterapia  | 0          |

|             |   |
|-------------|---|
| Ayurveda    | 0 |
| Outra       | 0 |
| Não informa | 6 |

#### Criança - Aleitamento materno

| Descrição    | Quantidade |
|--------------|------------|
| Exclusivo    | 1          |
| Predominante | 0          |
| Complementar | 0          |
| Inexistente  | 0          |
| Não informa  | 5          |

#### NASF / Polo

A lista apresenta registros do LEDI anteriores à versão 5.5.0.

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Avaliação / I | 0          |
| Procedimento  | 0          |
| Prescrição te | 0          |
| Não informa   | 0          |

#### eMulti / Polo

A lista apresenta registros do LEDI versão 5.5.0 ou superior.

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Avaliação / I | 0          |
| Procedimento  | 0          |
| Prescrição te | 0          |
| Não informa   | 6          |

#### Conduta / Desfecho

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Retorno para  | 6          |
| Retorno para  | 0          |
| Agendamento   | 0          |
| Agendamento   | 0          |
| Agendamento   | 0          |
| Alta do episó | 0          |
| Não informa   | 0          |

#### Encaminhamento

| Descrição   | Quantidade |
|-------------|------------|
| Encaminhar  | 0          |
| Encaminhar  | 0          |
| Encaminhar  | 0          |
| Encaminhar  | 0          |
| Encaminhar  | 0          |
| Encaminhar  | 0          |
| Encaminhar  | 0          |
| Não informa | 6          |

#### Problemas / Condições avaliadas

| Descrição   | Quantidade |
|-------------|------------|
| Asma        | 0          |
| Cardiopatia | 0          |

|              |   |
|--------------|---|
| Catarata     | 0 |
| Desnutrição  | 0 |
| Diabetes     | 0 |
| DPOC         | 0 |
| Hipertensão  | 0 |
| Nefropatia   | 0 |
| Neoplasia    | 0 |
| Obesidade    | 0 |
| Pré-natal    | 0 |
| Puericultura | 0 |
| Puerpério (a | 0 |
| Reabilitação | 0 |
| Saúde ment:  | 0 |
| Saúde sexua  | 0 |
| Tabagismo    | 0 |
| Usuário de á | 0 |
| Usuário de o | 0 |

**Problemas / Condições avaliadas - Doenças transmissíveis, infecciosas e parasitárias**

| Descrição       | Quantidade |
|-----------------|------------|
| Dengue          | 0          |
| Doença diari    | 0          |
| Hanseníase      | 0          |
| Hepatites A/    | 0          |
| IST             | 0          |
| Malária         | 0          |
| Sífilis feminil | 0          |
| Sífilis mascul  | 0          |
| Síndrome re:    | 0          |
| Toxoplasmo:     | 0          |
| Tracoma         | 0          |
| Tuberculose     | 0          |

**Problemas / Condições avaliadas - Rastreamento**

| Descrição    | Quantidade |
|--------------|------------|
| Câncer do cc | 0          |
| Câncer de m  | 0          |
| Risco cardio | 0          |

**Problemas / Condições avaliadas - Outros CIAP2**

| Descrição   | Quantidade |
|-------------|------------|
| A98 - MEDIC | 4          |
| ABP004 - PU | 4          |

**Problemas / Condições avaliadas - Outros CID10**

| Descrição    | Quantidade |
|--------------|------------|
| J00 - NASOF, | 1          |
| L029 - ABSCf | 1          |
| P599 - ICTER | 1          |
| Z001 - EXAM  | 6          |

**Exames solicitados e avaliados**

| Descrição | Quantidade | Quantidade Solicitada |
|-----------|------------|-----------------------|
|-----------|------------|-----------------------|

|               |   |   |
|---------------|---|---|
| Colesterol tc | 0 | 2 |
| Creatinina    | 0 | 1 |
| EAS / EQU     | 0 | 3 |
| Eletrocardio; | 0 | 2 |
| Eletroforese  | 0 | 0 |
| Espirometria  | 0 | 0 |
| Exame de es   | 0 | 0 |
| Glicemia      | 0 | 2 |
| HDL           | 0 | 2 |
| Hemoglobin.   | 0 | 0 |
| Hemograma     | 0 | 3 |
| LDL           | 0 | 2 |
| Retinografia  | 0 | 0 |
| Sorologia de  | 0 | 0 |
| Sorologia de  | 0 | 0 |
| Sorologia de  | 0 | 0 |
| Sorologia de  | 0 | 0 |
| Sorologia pa  | 0 | 0 |
| Sorologia pa  | 0 | 0 |
| Teste de gra' | 0 | 0 |
| Teste indiret | 0 | 0 |
| Ultrassonogi  | 0 | 0 |
| Urocultura    | 0 | 0 |

#### Exames - Triagem neonatal

| Descrição    | Quantidade | Quantidade Solicitada |
|--------------|------------|-----------------------|
| Teste da ore | 0          | 0                     |
| Teste do olh | 0          | 0                     |
| Teste do pez | 0          | 0                     |

#### Outros exames solicitados e avaliados (código do SIGTAP)

| Descrição  | Quantidade | Quantidade Solicitada |
|------------|------------|-----------------------|
| 0202010201 | 0          | 1                     |
| 0202010210 | 0          | 1                     |
| 0202010384 | 0          | 3                     |
| 0202010392 | 0          | 3                     |
| 0202010562 | 0          | 1                     |
| 0202010600 | 0          | 1                     |
| 0202010635 | 0          | 1                     |
| 0202010643 | 0          | 2                     |
| 0202010651 | 0          | 2                     |
| 0202010678 | 0          | 2                     |
| 0202010694 | 0          | 1                     |
| 0202010708 | 0          | 1                     |
| 0202010767 | 0          | 2                     |
| 0202040089 | 0          | 3                     |
| 0202060250 | 0          | 2                     |
| 0202060381 | 0          | 2                     |

#### Ofertas de Cuidados Integrados - OCI (código do SIGTAP)

| Descrição | Quantidade Solicitada |
|-----------|-----------------------|
|-----------|-----------------------|

**Emitir comprovantes (versão antiga)**

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
17/03/2026 - AUTOATENDIMENTO - 16.16.13  
3156903156 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: IRMANDADE S C M IPUA

AGENCIA: 3156-9 CONTA: 1.012.026-2

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA  
REMETENTE : IRMANDADE S C M IPUA  
BANCO: 756 - BANCO SICOOB S.A.  
AGENCIA: 3206-9 - CC COOCRELIVRE  
CONTA: 3.215.630-8

FAVORECIDO: G R VAZ LTDA

CPF/CNPJ: 51.977.656/0001-08

VALOR: R\$ 1.909,00

DEBITO EM: 17/03/2026

=====

DOCUMENTO: 031707

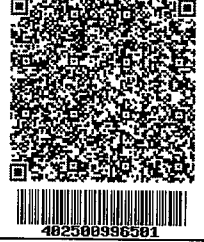
AUTENTICACAO SISBB: A.C9A.678.5EF.FC3.53F

Transação efetuada com sucesso por: JJ549137 ADILSON DIAS CAMPOS.

LOGOMARCA

Dados do Contribuinte

Nome/Razão Social  
JOSE MARIO JUNIOR - ME  
CPF/CNPJ  
27.374.671/0001-79  
Inscrição Municipal  
13738  
Inscrição Estadual/RG  
E-mail  
soaresleitecontabilidade@gmail.com  
Endereço  
Rua Coronel Jose Bernardino F, 576  
Complemento Bairro  
lado impa Jardim Independenc  
Cidade/UF  
ITUVERAVA / SP  
CEP  
14503-024  
DDD/Fone



NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA (NFS-e)

Data/Hora Emissão 13/03/2026 15:47 Competência 03/2026 No. Controle 00996501 No. NF 00000580 Página 1 de 1 Chave de Segurança 7Z7W-6S1F-5E3C-0B9R-5E1B

Dados do Tomador

Chave de Acesso NFS-e Portal Nacional: 35241051227374671000179000000000058026035808659190

Nome/Razão Social  
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA  
CPF/CNPJ  
45.708.765/0001-19  
Inscrição Municipal  
ISENTA  
Inscrição Estadual/RG  
ISENTA  
E-mail  
Endereço  
AV.FERDINANDO FRATIM, 335  
Complemento Bairro  
CENTRO  
Cidade/UF  
IPUA / SP  
CEP  
14610-000  
DDD/Fone  
0

| Fatura N/ | Vencimento | Valor | Fatura N/ | Vencimento | Valor | Fatura N/ | Vencimento | Valor | Fatura N/ | Vencimento | Valor |
|-----------|------------|-------|-----------|------------|-------|-----------|------------|-------|-----------|------------|-------|
|           |            | 0,00  |           |            | 0,00  |           |            | 0,00  |           |            | 0,00  |
|           |            | 0,00  |           |            | 0,00  |           |            | 0,00  |           |            | 0,00  |
|           |            | 0,00  |           |            | 0,00  |           |            | 0,00  |           |            | 0,00  |

Descrição do Serviço

REFERENTE A 48 CONSULTAS MEDICAS DE VASCULAR NO VALOR UNITARIO DE R\$ 83,00 PRESTADO NO MES FEVEREIRO DE 2026.

TERMO DE COLABORACAO: 01/2025 - ATENCAO BASICA E ESTRATEGIA DE SAUDE DA FAMILIA.

CONTA PARA DEPOSITO:  
BANCO SICREDI  
CONTA NR 33.258-6  
AG- 0715

Base de Cálculo das Retenções

|                     |                 |                    |             |                        |     |          |
|---------------------|-----------------|--------------------|-------------|------------------------|-----|----------|
| 0,00 % (PIS) R\$    | 0,00 Não Retido | 0,00 % (INSS) R\$  | 0,00 Retido | ISSQN Retido           | R\$ | 0,00     |
| 0,00 % (COFINS) R\$ | 0,00 Não Retido | 0,00 % (IRRF) R\$  | 0,00 Retido | Desconto Incondicional | R\$ | 0,00 (-) |
| 0,00 % (CSLL) R\$   | 0,00 Não Retido | Total Ret.Federais | 0,00        | Desconto Condicional   | R\$ | 0,00 (-) |
|                     |                 |                    |             | Outros Descontos       | R\$ | 0,00 (-) |
|                     |                 |                    |             | Valor do Serviço       | R\$ | 3.984,00 |

|         |      |           |      |           |          |       |       |                   |          |
|---------|------|-----------|------|-----------|----------|-------|-------|-------------------|----------|
| Dedução | 0,00 | Beneficio | 0,00 | B.Cálculo | 3.984,00 | ISSQN | 80,08 | Vlr Líquido NFS-e | 3.984,00 |
|---------|------|-----------|------|-----------|----------|-------|-------|-------------------|----------|

|          |                         |          |           |
|----------|-------------------------|----------|-----------|
| Ativ.    | Descrição da Atividade  | Aliq.(%) | B.Cálculo |
| 04.03.01 | Hospitais e congêneres. | 2,0100   | 3.984,00  |

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Empresa pertencente ao Simples Nacional.  
Documento emitido por ME/EPP optante pelo Simples Nacional (LC 123/06), não gera direito a Crédito Fiscal de ISS e IPI.  
Local de execução dos serviços: ITUVERAVA / SP - Município de Incidência: ITUVERAVA / SP - NBS: 123012200  
FORMULÁRIO FISCAL PADRONIZADO REGULAMENTADO ATRAVÉS DO DECRETO 4.294, DE 20 JANEIRO DE 2009.

\*Para verificação da autenticidade desta NFS-e acesse: [www.primaxonline.com.br/issqn/nfea/](http://www.primaxonline.com.br/issqn/nfea/)



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITUVERAVA  
Secretaria Municipal da Fazenda  
Central Tributária - ISSQN  
RUA JOAO JOSE DE PAULA, 776. JD. UNIVERSITARIO - ITUVERAVA/SP (16) 3830.7000

Recebi(emos) de: JOSE MARIO JUNIOR - ME  
OS SERVIÇOS CONSTANTES NESTA NOTA FISCAL ELETRÔNICA.

NOTA FISCAL ELETRÔNICA  
N/00000580

Data

Assinatura do Recebedor

Chave de Segurança  
7Z7W-6S1F-5E3C-0B9R-5E1B



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE IPUÃ**

Av. Carlos Fernandes nº 766, Centro – Cx Postal 5-Fone: PABX (16) 3832 0183  
CEP 14610-000 - I P U Ã – Estado de São Paulo E-mail: [saude@ipua.sp.gov.br](mailto:saude@ipua.sp.gov.br)

Ipuã, 02 de Março de 2026

**Do Centro de Especialidades Dr Nilson Ferreira II**

**RELATÓRIO DE PRODUÇÃO**

Venho por meio deste, comunicar a Irmandade Santa Casa de Misericórdia que a empresa JOSÉ MÁRIO JÚNIOR ME – CNPJ 27.374.671/0001-79, prestou serviço de atendimento MÉDICO em VASCULAR E ANGIOLOGIA, no mês de Fevereiro de 2026, no Centro de Especialidades conforme relatório em anexo.

Totalizando 48 consultas.

**TERMO DE COLABORAÇÃO 01/2025 - ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE / ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Rosemeire A. L. Teixeira

Enfermeira – COREN: 264.985

De acordo com o comunicado da enfermeira responsável Rosemeire A. L. Teixeira, eu Alexandre Henrique da Cruz, gestora do **TERMO DE COLABORAÇÃO 01/2025 – ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE / ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**, declaro ciência do relatório em anexo.

Alexandre Henrique da Cruz

Gestora do Convênio

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

Priscila Honorato de Oliveira  
Secretária Municipal de Saúde

**Emitir comprovantes (versão antiga)**G3371715411520911  
17/03/2026 16:18:19

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
17/03/2026 - AUTOATENDIMENTO - 16.18.19  
3156903156 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL  
CLIENTE: IRMANDADE S C M IPUA  
AGENCIA: 3156-9 CONTA: 1.012.026-2

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA  
REMETENTE : IRMANDADE S C M IPUA  
BANCO: 748 - BCO COOPERATIVO SICREDI S.A.  
AGENCIA: 0715-3 - SICREDI MAL.CANDIDO RONDON  
CONTA: 33.258-6

FAVORECIDO: JOSE MARIO JUNIOR  
CPF/CNPJ: 27.374.671/0001-79  
VALOR: R\$ 3.984,00  
DEBITO EM: 17/03/2026

=====

DOCUMENTO: 031708  
AUTENTICACAO SISBB: 8.F31.E0B.EEC.757.84C

Transação efetuada com sucesso por: JJ549137 ADILSON DIAS CAMPOS.



**PM DE IPUÃ - SP**  
**PREF. MUNIC. DE IPUÃ - SP**  
**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e**



**Número da NFS-e**  
**59**  
**Código de Verificação de Autenticidade**  
**GDM8DBFQK**  
**Data e Hora de Emissão da NFS-e**  
**13/03/2026 às 15:35:33**  
**Chave de Acesso**  
 873757PA2K4CV3VRAEOGU409EBQDYG9U

**Informações Fiscais**

|                                     |                             |  |                                 |
|-------------------------------------|-----------------------------|--|---------------------------------|
| Exigibilidade do ISS Exigível       | Número do Processo          | Município de Incidência do ISS<br>IPUA-SP  | Local da Prestação<br>IPUA - SP |
| Número da DPS                       | Série da DPS                | Data da DPS  | Competência<br>13/03/2026       |
| Optante Simples Nacional<br>1 - Sim | Incentivo Fiscal<br>2 - Não | Regime Especial Tributação<br>Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP) 03 - Sobre Faturamento | Tipo ISS                        |

Para certificação da autenticidade acesse  
<http://187.32.255.145:1982/issweb>, menu  
 consultas e informe os dados desta NFS-e.

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

|   |                                       |                                   |                       |  |
|---|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|--|
| CPF/CNPJ<br>28.605.412/0001-74              | RG/Inscrição Estadual<br>45.485.962-4 | Inscrição Municipal<br>1.121.3977 | Cadastro<br>000015761 | Nome/Razão Social<br>DÉBORA DE OLIVEIRA PRUDENTE           |
| Logradouro<br>RUA JOSE DE PAULA SOUZA, 1021 | CEP<br>14611-062                      | Cidade<br>IPUÃ-SP                 | Complemento           | Bairro<br>PAMPUA<br>E-mail<br>deborao_g_fislo@yahoo.com.br |

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

|  |                             |                          |  |
|--|-----------------------------|--------------------------|--|
| CPF/CNPJ/Documento<br>45.708.765/0001-19 | RG/Inscrição Estadual       | Inscrição Municipal      | Nome/Razão Social<br>IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA   |
| Logradouro<br>RUA FERDINANDO FRATIN, 335 | CEP/Cod.Postal<br>14610-029 | Cidade/Pais<br>IPUA - SP | Complemento<br>CENTRO<br>Cod. IBGE<br>3521309<br>Telefone<br>16 38321222<br>E-mail<br>faturamento@santacasaihua.com.br |

**Discriminação dos Serviços**

| Qtde. | Un. Medida | Descrição   | Vlr. Unitário | Total        |
|-------|------------|---|---------------|--------------|
| 1,00  | UN         | REFERENTE A 162 HORAS DE FISIOTERAPIA NO VALOR UNITÁRIO DE R\$ 28,00 , NO MÊS DE FEVEREIRO DE 2026.<br>TERMO DE COLABORAÇÃO: 01/2025 - ATENÇÃO BÁSICA E ESTRATEGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.<br>VALOR BRUTO: R\$ 4.536,00<br>VALOR LÍQUIDO: R\$ 4.536,00 | 4.536,00      | R\$ 4.536,00 |

**Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS**

|                          |                         |                       |                 | Construção Civil |            |                       |
|--------------------------|-------------------------|-----------------------|-----------------|------------------|------------|-----------------------|
| LC 116/2003: 040801      | Alíquota                | Atividade Município   | Código CNAE     | Código da Obra   | Código ART |                       |
| Terapia ocupacional.     | 2,01%                   | 0000040800001         |                 |                  |            |                       |
| Valor Total dos Serviços | Desconto Incondicionado | Deduções Base Cálculo | Base de Cálculo | Total do ISS     | ISS Retido | Desconto Condicionado |
| R\$ 4.536,00             | R\$ 0,00                | R\$ 0,00              | R\$ 4.536,00    | R\$ 91,17        | 2 - Não    | R\$ 0,00              |

**Retenções de Impostos**

|          |          |          |          |          |                  |
|----------|----------|----------|----------|----------|------------------|
| PIS      | COFINS   | CP       | 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\$ 4.536,00

Val. Aprox. Tributos:

**Informações Complementares**

RECEBI(EMOS) DE DÉBORA DE OLIVEIRA PRUDENTE O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO 59 E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO GDM8DBFQK.

Data

CPF/RG

Assinatura

cento: 30.3.2026-2

**IMPOSTO E CONTRIBUIÇÃO SOBRE BENS E SERVIÇOS (IBS E CBS)**

CPF/CNPJ/NIF do fornecedor

Identificador:  
**Número da Nota**  
59

Código de Verificação

**DESTINATÁRIO**

CPF/CNPJ: Nome/Razão Social:  
Endereço: Nº: Complemento:  
Bairro: E-mail:  
Município: CEP: **INFORMAÇÕES DE ENDEREÇO NACIONAL**

**ADQUIRENTE**

CPF/CNPJ: 45709765000119 Nome/Razão Social: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA  
Endereço: RUA FERDINANDO FRATIN Nº: 335 Complemento: -  
Bairro: CENTRO E-mail: faturamento@santacasaipua.com.br  
Município: IPUA CEP: 14610029 **INFORMAÇÕES DE ENDEREÇO NACIONAL**

**SERVIÇO PRESTADO**

Local de Incidência: IPUA SP Código Indicador da Operação: 030101  
Tipo de Operação: Operação de Uso:  
Situação Tributária: 200 - Alíquota reduzida Classificação Tributária: 200029 - Fornecimento dos serviços de saúde

**OUTRAS CLASSIFICAÇÕES**

NBS:  
NCM:

**VALORES**

| Valor das Deduções de IBS e CBS:       | R\$ 0,00     | Alíquota do IBS (%): | Redução de Alíquota do IBS (%): | Alíquota Efetiva do IBS (%): | Valor Diferido do IBS: | Valor do IBS:       |
|--|--------------|----------------------|---------------------------------|------------------------------|------------------------|---------------------|
| Base de Cálculo do IBS e CBS:          | R\$ 4.444,83 | Estadual: 0.0        | Estadual: 0.0                   | Estadual: 0.1                | Estadual: R\$ 0,00     | Estadual: R\$ 4,44  |
| Valor dos Serviços Antes dos Tributos: | R\$ 0,00     | Municipal: 0.1       | Municipal: 0.0                  | Municipal: 0.1               | Municipal: R\$ 0,00    | Municipal: R\$ 4,44 |
|  |              |                      |                                 |                              |                        | Total: R\$ 8,89     |
| Valor da Multa:                        | R\$ 0,00     | Alíquota da CBS (%): | Redução de Alíquota da CBS (%): | Alíquota Efetiva da CBS (%): | Valor Diferido da CBS: | Valor da CBS:       |
| Valor do Juros:                        | R\$ 0,00     | 0.9                  | 0.0                             | 0.9                          | R\$ 0,00               | R\$ 40,00           |
| <b>VALOR TOTAL COBRADO = R\$ 0,00</b>  |              |                      |                                 |                              |                        |                     |

INFORMAÇÕES ADICIONAIS



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE IPUÃ**

Av. Carlos Fernandes nº 766, Centro – Cx Postal 5-Fone: PABX (16) 3832 0183  
CEP 14610-000 - I P U Ã – Estado de São Paulo E-mail: [saude@ipua.sp.gov.br](mailto:saude@ipua.sp.gov.br)

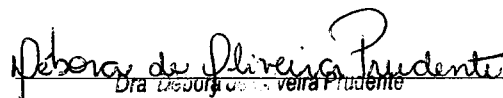
**Ipuã, 02 de Março de 2026.**

**RELATÓRIO DE PRODUÇÃO**

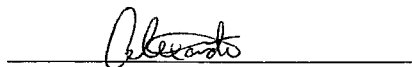
Venho através deste, comunicar a Irmandade Santa Casa de Misericórdia que a empresa **Débora de Oliveira Prudente ME** CNPJ:28.605.412/0001-74, prestou 132 horas de serviços de Fisioterapia no mês de fevereiro de 2026 na Atenção Básica e Estratégia de Saúde da Família no Município de Ipuã - SP, conforme relatório em anexo.

**Totalizando:** 132 horas

**TERMO DE COLABORAÇÃO 01/2025 - ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE / ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.**

  
Dra. Débora de Oliveira Prudente  
Fisioterapeuta  
CREFITO - 8 / 122566 - F  
Responsável pelo Relatório

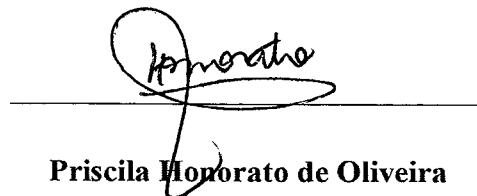
De acordo com o comunicado acima, eu **Alexandre Henrique da Cruz** gestor do **TERMO DE COLABORAÇÃO 01/2025 – ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE / ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**, declaro ciência do relatório em anexo.



**Alexandre Henrique da Cruz**

**Gestor do Convênio**

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



**Priscila Honorato de Oliveira**

**Secretária Municipal de Saúde**

FILTROS: Período: 01/02/2026 a 28/02/2026 | Equipe: 0001478303 - EMULTI - IPUA | Profissional: [704209702616889] - Debora de Oliveira Prudente | CBO: 223605 - FISIOTERAPEUTA GERAL | Filtros personalizados: Nenhum

### Relatório de atendimento individual

#### Resumo de produção

| Descrição                   | Quantidade |
|-----------------------------|------------|
| Registros identificados     | 34         |
| Registros não identificados | 0          |
| <b>Total:</b>               | <b>34</b>  |

#### Dados gerais

| Descrição           | Sim | Não | Não Inf. |
|---------------------|-----|-----|----------|
| Ficou em observação | 0   | 34  | 0        |
| Gravidez planejada  | 0   | 0   | 34       |
| Vacinação em dia    | 0   | 0   | 34       |

#### Turno

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Manhã         | 32         |
| Tarde         | 2          |
| Noite         | 0          |
| Não informado | 0          |
| <b>Total:</b> | <b>34</b>  |

#### Sexo

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Masculino     | 15         |
| Feminino      | 19         |
| Indeterminado | 0          |
| Não informado | 0          |
| <b>Total:</b> | <b>34</b>  |

#### Faixa etária

| Descrição       | Masc. | Fem. | Indet. | N. Inf. | Total |
|-----------------|-------|------|--------|---------|-------|
| Menos de 01 ano | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |
| 01 ano          | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |
| 02 anos         | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |
| 03 anos         | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |
| 04 anos         | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |
| 05 a 09 anos    | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |
| 10 a 14 anos    | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |

#### Faixa etária

| Descrição       | Masc.     | Fem.      | Indet.   | N. Inf.  | Total     |
|-----------------|-----------|-----------|----------|----------|-----------|
| 15 a 19 anos    | 0         | 0         | 0        | 0        | 0         |
| 20 a 24 anos    | 0         | 0         | 0        | 0        | 0         |
| 25 a 29 anos    | 0         | 0         | 0        | 0        | 0         |
| 30 a 34 anos    | 0         | 0         | 0        | 0        | 0         |
| 35 a 39 anos    | 0         | 0         | 0        | 0        | 0         |
| 40 a 44 anos    | 0         | 4         | 0        | 0        | 4         |
| 45 a 49 anos    | 1         | 0         | 0        | 0        | 1         |
| 50 a 54 anos    | 0         | 0         | 0        | 0        | 0         |
| 55 a 59 anos    | 1         | 1         | 0        | 0        | 2         |
| 60 a 64 anos    | 2         | 1         | 0        | 0        | 3         |
| 65 a 69 anos    | 1         | 7         | 0        | 0        | 8         |
| 70 a 74 anos    | 1         | 3         | 0        | 0        | 4         |
| 75 a 79 anos    | 9         | 0         | 0        | 0        | 9         |
| 80 anos ou mais | 0         | 3         | 0        | 0        | 3         |
| Não informado   | 0         | 0         | 0        | 0        | 0         |
| <b>Total:</b>   | <b>15</b> | <b>19</b> | <b>0</b> | <b>0</b> | <b>34</b> |

#### Local de atendimento

| Descrição                       | Quantidade |
|---------------------------------|------------|
| Domicílio                       | 26         |
| Escola / Creche                 | 0          |
| Instituição / Abrigo            | 0          |
| Polo (Academia da saúde)        | 0          |
| Rua                             | 0          |
| UBS                             | 2          |
| Unidade móvel                   | 0          |
| Unidade prisional ou congêneres | 0          |
| Unidade socioeducativa          | 0          |
| Outros                          | 6          |
| Não informado                   | 0          |
| <b>Total:</b>                   | <b>34</b>  |

FILTROS: Período: 01/02/2026 a 28/02/2026 | Equipe: 0001478303 - EMULTI - IPUA | Profissional: [704209702616889] - Debora de Oliveira Prudente | CBO: 223605 - FISIOTERAPEUTA GERAL | Filtros personalizados: Nenhum

### Tipo de atendimento

| Descrição   | Quantidade |
|---|------------|
| Atendimento de urgência                           | 0          |
| Consulta agendada                                 | 3          |
| Consulta agendada programada / Cuidado continuado | 8          |
| Consulta no dia                                   | 23         |
| Escuta inicial / Orientação                       | 0          |
| Não informado                                     | 0          |
| <b>Total:</b>                                     | <b>34</b>  |

### Atenção domiciliar

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| AD1           | 5          |
| AD2           | 0          |
| AD3           | 0          |
| Não informado | 29         |
| <b>Total:</b> | <b>34</b>  |

### Racionalidade em saúde

| Descrição                     | Quantidade |
|-------------------------------|------------|
| Medicina tradicional chinesa  | 0          |
| Antroposofia aplicada à saúde | 0          |
| Homeopatia                    | 0          |
| Fitoterapia                   | 0          |
| Ayurveda                      | 0          |
| Outra                         | 1          |
| Não informado                 | 33         |
| <b>Total:</b>                 | <b>34</b>  |

### Criança - Aleitamento materno

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Exclusivo     | 0          |
| Predominante  | 0          |
| Complementado | 0          |
| Inexistente   | 0          |
| Não informado | 34         |
| <b>Total:</b> | <b>34</b>  |

### NASF / Polo

A lista apresenta registros do LEDI anteriores à versão 5.5.0.

| Descrição                            | Quantidade |
|--------------------------------------|------------|
| Avaliação / Diagnóstico              | 0          |
| Procedimentos clínicos / Terapêutico | 0          |
| Prescrição terapêutica               | 0          |
| Não informado                        | 0          |
| <b>Total:</b>                        | <b>0</b>   |

### eMulti / Polo

A lista apresenta registros do LEDI versão 5.5.0 ou superior.

| Descrição                            | Quantidade |
|--------------------------------------|------------|
| Avaliação / Diagnóstico              | 2          |
| Procedimentos clínicos / Terapêutico | 8          |
| Prescrição terapêutica               | 0          |
| Não informado                        | 24         |
| <b>Total:</b>                        | <b>34</b>  |

### Conduta / Desfecho

| Descrição                                    | Quantidade |
|--|------------|
| Retorno para consulta agendada               | 0          |
| Retorno para cuidado continuado / programado | 29         |
| Agendamento para grupos                      | 0          |
| Agendamento para NASF                        | 0          |
| Agendamento para eMulti                      | 0          |
| Alta do episódio                             | 5          |
| Não informado                                | 0          |
| <b>Total:</b>                                | <b>34</b>  |

### Encaminhamento

| Descrição   | Quantidade |
|---|------------|
| Encaminhamento interno no dia                     | 0          |
| Encaminhamento para serviço especializado         | 0          |
| Encaminhamento para CAPS                          | 0          |
| Encaminhamento para internação hospitalar         | 0          |
| Encaminhamento para urgência                      | 0          |
| Encaminhamento para serviço de atenção domiciliar | 0          |
| Encaminhamento intersetorial                      | 1          |

FILTROS: Período: 01/02/2026 a 28/02/2026 | Equipe: 0001478303 - EMULTI - IPUA | Profissional: [704209702616889] - Debora de Oliveira Prudente | CBO: 223605 - FISIOTERAPEUTA GERAL | Filtros personalizados: Nenhum

### Encaminhamento

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Não informado | 33         |
| <b>Total:</b> | <b>34</b>  |

### Problemas / Condições avaliadas

| Descrição                  | Quantidade |
|----------------------------|------------|
| Asma                       | 0          |
| Cardiopatía                | 0          |
| Catarata                   | 0          |
| Desnutrição                | 0          |
| Diabetes                   | 0          |
| DPOC                       | 0          |
| Hipertensão arterial       | 0          |
| Nefropatia                 | 0          |
| Neoplasia                  | 0          |
| Obesidade                  | 0          |
| Pré-natal                  | 0          |
| Puericultura               | 0          |
| Puerpério (até 42 dias)    | 0          |
| Reabilitação               | 10         |
| Saúde mental               | 0          |
| Saúde sexual e reprodutiva | 0          |
| Tabagismo                  | 0          |
| Usuário de álcool          | 0          |
| Usuário de outras drogas   | 0          |
| <b>Total:</b>              | <b>10</b>  |

### Problemas / Condições avaliadas - Doenças transmissíveis, infecciosas e parasitárias

| Descrição              | Quantidade |
|------------------------|------------|
| Dengue                 | 0          |
| Doença diarreica aguda | 0          |
| Hanseníase             | 0          |
| Hepatites A/B/C        | 0          |
| IST                    | 0          |
| Malária                | 0          |
| Sífilis feminina       | 0          |

### Problemas / Condições avaliadas - Doenças transmissíveis, infecciosas e parasitárias

| Descrição               | Quantidade |
|-------------------------|------------|
| Sífilis masculina       | 0          |
| Síndrome respiratória   | 0          |
| Toxoplasmose / Tungíase | 0          |
| Tracoma                 | 0          |
| Tuberculose             | 0          |
| <b>Total:</b>           | <b>0</b>   |

### Problemas / Condições avaliadas - Rastreamento

| Descrição               | Quantidade |
|-------------------------|------------|
| Câncer do colo do útero | 0          |
| Câncer de mama          | 0          |
| Risco cardiovascular    | 0          |
| <b>Total:</b>           | <b>0</b>   |

### Problemas / Condições avaliadas - Outros CIAP2

| Descrição   | Quantidade |
|---|------------|
| A97 - SEM DOENÇA                                      | 2          |
| K90 - TROMBOSE/ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL             | 3          |
| K90 - TROMBOSE/ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL             | 9          |
| K92 - ATROSCLEROSE/DOENÇA VASCULAR PERIFÉRICA         | 1          |
| K92 - ATROSCLEROSE/DOENÇA VASCULAR PERIFÉRICA         | 2          |
| L11 - SINAIS/SINTOMAS DOS PUNHOS                      | 4          |
| L11 - SINAIS/SINTOMAS DOS PUNHOS                      | 1          |
| L15 - SINAIS/SINTOMAS DO JOELHO                       | 1          |
| L28 - LIMITAÇÃO FUNCIONAL/INCAPACIDADE                | 1          |
| L73 - FRATURA: TÍBIA/PERÔNIO/ FÍBULA                  | 2          |
| L73 - FRATURA: TÍBIA/PERÔNIO/ FÍBULA                  | 2          |
| L75 - FRATURA: FÊMUR                                  | 1          |
| L81 - TRAUMATISMOS DO APARELHO MÚSCULO-ESQUELÉTICO NE | 1          |
| L87 - BURSITE/TENDINITE/SINOVITE NE                   | 1          |
| L87 - BURSITE/TENDINITE/SINOVITE NE                   | 1          |
| N28 - LIMITAÇÃO FUNCIONAL/INCAPACIDADE                | 3          |

FILTROS: Período: 01/02/2026 a 28/02/2026 | Equipe: 0001478303 - EMULTI - IPUA | Profissional: [704209702616889] - Debora de Oliveira Prudente | CBO: 223605 - FISIOTERAPEUTA GERAL | Filtros personalizados: Nenhum

**Problemas / Condições avaliadas - Outros CIAP2**

| Descrição | Quantidade |
|-----------|------------|
| Total: 35 |            |

**Problemas / Condições avaliadas - Outros CID10**

| Descrição | Quantidade |
|-----------|------------|
| Total: 0  |            |

**Exames solicitados e avaliados**

| Descrição                                       | Solicitado | Avaliado |
|---|------------|----------|
| Colesterol total                                | 0          | 0        |
| Creatinina                                      | 0          | 0        |
| EAS / EQU                                       | 0          | 0        |
| Eletrocardiograma                               | 0          | 0        |
| Eletroforese de hemoglobina                     | 0          | 0        |
| Espirometria                                    | 0          | 0        |
| Exame de escarro                                | 0          | 0        |
| Glicemia  | 0          | 0        |
| HDL   | 0          | 0        |
| Hemoglobina glicada                             | 0          | 0        |
| Hemograma                                       | 0          | 0        |
| LDL   | 0          | 0        |
| Retinografia / Fundo de olho com oftalmologista | 0          | 0        |
| Sorologia de Hepatite B                         | 0          | 0        |
| Sorologia de Hepatite C                         | 0          | 0        |
| Sorologia de Hepatite D                         | 0          | 0        |
| Sorologia de sífilis (VDRL)                     | 0          | 0        |
| Sorologia para HIV                              | 0          | 0        |
| Sorologia para dengue                           | 0          | 0        |
| Teste de gravidez                               | 0          | 0        |
| Teste indireto de antiglobulina humana (TIA)    | 0          | 0        |
| Ultrassonografia obstétrica                     | 0          | 0        |
| Urocultura                                      | 0          | 0        |
| Total:  | 0          | 0        |

**Exames - Triagem neonatal**

| Descrição                | Solicitado | Avaliado |
|--------------------------|------------|----------|
| Teste da orelhinha (EOA) | 0          | 0        |
| Teste do olhinho (TRV)   | 0          | 0        |
| Teste do pezinho         | 0          | 0        |
| Total:                   | 0          | 0        |

**Outros exames solicitados e avaliados (código do SIGTAP)**

| Descrição | Solicitado | Avaliado |
|-----------|------------|----------|
| Total:    |            | 0        |

**Ofertas de Cuidados Integrados - OCI (código do SIGTAP)**

| Descrição | Solicitado |
|-----------|------------|
| Total:    |            |

FILTROS: Período: 01/02/2026 a 28/02/2026 | Equipe: 0001478303 - EMULTI - IPUA | Profissional: [704209702616889] - Debora de Oliveira Prudente | CBO: 223605 - FISIOTERAPEUTA GERAL | Filtros personalizados: Nenhum

### Relatório de atividade coletiva

#### Resumo de produção

| Descrição          | Quantidade |
|--------------------|------------|
| Total de registros | 21         |

#### Número de participantes

| Descrição                   | Quantidade |
|-----------------------------|------------|
| Participantes identificados | 82         |
| Total de participantes      | 94         |

#### Turno

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Manhã         | 21         |
| Tarde         | 0          |
| Noite         | 0          |
| Não informado | 0          |
| <b>Total:</b> | <b>21</b>  |

#### Programa saúde na escola

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Educação      | 0          |
| Saúde         | 0          |
| <b>Total:</b> | <b>0</b>   |

#### Atividade

| Descrição   | Quantidade |
|---|------------|
| Reunião de equipe   | 2          |
| Reunião com outras equipes de saúde                               | 3          |
| Reunião intersetorial / Conselho local de saúde / Controle social | 0          |
| Educação em saúde   | 2          |
| Atendimento em grupo  | 14         |
| Avaliação / Procedimento coletivo                                 | 0          |
| Mobilização social  | 0          |
| Não informado   | 0          |
| <b>Total:</b>   | <b>21</b>  |

#### Público alvo

| Descrição                                   | Quantidade |
|---|------------|
| Comunidade em geral                         | 0          |
| Criança 0 a 3 anos                          | 0          |
| Criança 4 a 5 anos                          | 0          |
| Criança 6 a 11 anos                         | 0          |
| Adolescente                                 | 0          |
| Mulher                                      | 10         |
| Gestante                                    | 0          |
| Homem                                       | 3          |
| Familiares                                  | 0          |
| Pessoa idosa                                | 10         |
| Pessoas com doenças crônicas                | 16         |
| Usuário de tabaco                           | 0          |
| Usuário de álcool                           | 0          |
| Usuário de outras drogas                    | 0          |
| Pessoas com sofrimento ou transtorno mental | 0          |
| Profissional de educação                    | 0          |
| Outros                                      | 0          |
| Não informado                               | 0          |
| <b>Total:</b>                               | <b>39</b>  |

#### Temas para saúde

| Descrição   | Quantidade |
|---|------------|
| Ações de combate ao Aedes aegypti                   | 1          |
| Agravos e doenças negligenciadas                    | 0          |
| Alimentação saudável                                | 0          |
| Autocuidado de pessoas com doenças crônicas         | 15         |
| Cidadania e direitos humanos                        | 0          |
| Prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas  | 0          |
| Envelhecimento (climatério, andropausa, etc)        | 0          |
| Plantas medicinais / Fitoterapia                    | 0          |
| Prevenção da violência e promoção da cultura da paz | 0          |
| Saúde ambiental                                     | 0          |
| Saúde bucal   | 0          |

FILTROS: Período: 01/02/2026 a 28/02/2026 | Equipe: 0001478303 - EMULTI - IPUA | Profissional: [704209702616889] - Debora de Oliveira Prudente | CBO: 223605 - FISIOTERAPEUTA GERAL | Filtros personalizados: Nenhum

### Temas para saúde

| Descrição                         | Quantidade |
|-----------------------------------|------------|
| Saúde do trabalhador              | 0          |
| Saúde mental                      | 0          |
| Saúde sexual e reprodutiva        | 0          |
| Semana saúde na escola            | 0          |
| Amamentação                       | 0          |
| Alimentação complementar saudável | 0          |
| Outros                            | 1          |
| Não informado                     | 5          |
| <b>Total:</b>                     | <b>22</b>  |

### Temas para reunião

| Descrição   | Quantidade |
|---|------------|
| Questões administrativas / Funcionamento                | 1          |
| Processo de trabalho                                    | 2          |
| Diagnóstico do território / Monitoramento do território | 0          |
| Planejamento / Monitoramento das ações da equipe        | 1          |
| Discussão de caso / Projeto terapêutico singular        | 4          |
| Educação permanente                                     | 0          |
| Outros  | 0          |
| Não informado   | 0          |
| <b>Total:</b>   | <b>8</b>   |

### Práticas em saúde

| Descrição                             | Quantidade |
|---------------------------------------|------------|
| Antropometria                         | 0          |
| Aplicação tópica de flúor             | 0          |
| Desenvolvimento da linguagem          | 0          |
| Escovação dental supervisionada       | 0          |
| Práticas corporais e atividade física | 9          |
| PNCT sessão 1                         | 0          |
| PNCT sessão 2                         | 0          |
| PNCT sessão 3                         | 0          |
| PNCT sessão 4                         | 0          |
| Saúde auditiva                        | 0          |
| Saúde ocular                          | 0          |
| Verificação da situação vacinal       | 0          |
| Outras                                | 9          |
| Outro procedimento coletivo           | 0          |
| Não informado                         | 2          |
| <b>Total:</b>                         | <b>20</b>  |

### Práticas em saúde - Outros procedimentos coletivos

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| <b>Total:</b> | <b>0</b>   |

FILTROS: Período: 01/02/2026 a 28/02/2026 | Equipe: 0001478303 - EMULTI - IPUA | Profissional: [704209702616889] - Debora de Oliveira Prudente | CBO: 223605 - FISIOTERAPEUTA GERAL | Filtros personalizados: Nenhum

### Relatório de procedimentos individualizados

#### Resumo de produção

| Descrição                   | Quantidade |
|-----------------------------|------------|
| Registros identificados     | 23         |
| Registros não identificados | 0          |
| <b>Total:</b>               | <b>23</b>  |

#### Turno

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Manhã         | 21         |
| Tarde         | 2          |
| Noite         | 0          |
| Não informado | 0          |
| <b>Total:</b> | <b>23</b>  |

#### Faixa etária

| Descrição       | Masc. | Fem. | Indet. | N. Inf. | Total |
|-----------------|-------|------|--------|---------|-------|
| Menos de 01 ano | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |
| 01 ano          | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |
| 02 anos         | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |
| 03 anos         | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |
| 04 anos         | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |
| 05 a 09 anos    | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |
| 10 a 14 anos    | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |
| 15 a 19 anos    | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |
| 20 a 24 anos    | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |
| 25 a 29 anos    | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |
| 30 a 34 anos    | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |
| 35 a 39 anos    | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |
| 40 a 44 anos    | 0     | 2    | 0      | 0       | 2     |
| 45 a 49 anos    | 1     | 0    | 0      | 0       | 1     |
| 50 a 54 anos    | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |
| 55 a 59 anos    | 1     | 1    | 0      | 0       | 2     |
| 60 a 64 anos    | 1     | 0    | 0      | 0       | 1     |
| 65 a 69 anos    | 0     | 5    | 0      | 0       | 5     |
| 70 a 74 anos    | 1     | 2    | 0      | 0       | 3     |
| 75 a 79 anos    | 6     | 0    | 0      | 0       | 6     |

#### Faixa etária

| Descrição       | Masc.     | Fem.      | Indet.   | N. Inf.  | Total     |
|-----------------|-----------|-----------|----------|----------|-----------|
| 80 anos ou mais | 0         | 3         | 0        | 0        | 3         |
| Não informado   | 0         | 0         | 0        | 0        | 0         |
| <b>Total:</b>   | <b>10</b> | <b>13</b> | <b>0</b> | <b>0</b> | <b>23</b> |

#### Sexo

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Masculino     | 10         |
| Feminino      | 13         |
| Indeterminado | 0          |
| Não informado | 0          |
| <b>Total:</b> | <b>23</b>  |

#### Local de atendimento

| Descrição                       | Quantidade |
|---------------------------------|------------|
| Domicílio                       | 20         |
| Escola / Creche                 | 0          |
| Instituição / Abrigo            | 0          |
| Polo (Academia da saúde)        | 0          |
| Rua                             | 0          |
| UBS                             | 2          |
| Unidade móvel                   | 0          |
| Unidade prisional ou congêneres | 0          |
| Unidade socioeducativa          | 0          |
| Outros                          | 1          |
| <b>Total:</b>                   | <b>23</b>  |

#### Dados gerais

| Descrição                   | Quantidade |
|-----------------------------|------------|
| Escuta inicial / Orientação | 0          |

FILTROS: Período: 01/02/2026 a 28/02/2026 | Equipe: 0001478303 - EMULTI - IPUA | Profissional: [704209702616889] - Debora de Oliveira Prudente | CBO: 223605 - FISIOTERAPEUTA GERAL | Filtros personalizados: Nenhum

### Procedimentos / Pequenas cirurgias

| Descrição  | Quantidade |
|--|------------|
| Acupuntura com inserção de agulhas                         | 0          |
| Administração de vitamina A                                | 0          |
| Cateterismo vesical de alívio                              | 0          |
| Cauterização química de pequenas lesões                    | 0          |
| Cirurgia de unha (cantoplastia)                            | 0          |
| Coleta de citopatológico de colo uterino                   | 0          |
| Cuidado de estomas   | 0          |
| Curativo especial  | 0          |
| Drenagem de abscesso                                       | 0          |
| Eletrocardiograma  | 0          |
| Exame de fundo de olho (Fundoscopia)                       | 0          |
| Exame do pé diabético                                      | 0          |
| Exérese / Biópsia / Punção de tumores superficiais de pele | 0          |
| Infiltração em cavidade sinovial                           | 0          |
| Remoção de corpo estranho da cavidade auditiva e nasal     | 0          |
| Remoção de corpo estranho subcutâneo                       | 0          |
| Retirada de cerume   | 0          |
| Retirada de pontos de cirurgias básicas (por paciente)     | 0          |
| Sutura simples   | 0          |
| Tamponamento de epistaxe                                   | 0          |
| Teste do olhinho (TRV)                                     | 0          |
| Triagem oftalmológica                                      | 0          |
| <b>Total:</b>  | <b>0</b>   |

### Procedimentos - Administração de medicamentos

| Descrição                             | Quantidade |
|---------------------------------------|------------|
| Endovenosa                            | 0          |
| Inalação / Nebulização                | 0          |
| Intramuscular                         | 0          |
| Oral                                  | 0          |
| Penicilina para tratamento de sífilis | 0          |
| Subcutânea (SC)                       | 0          |
| Tópica                                | 0          |
| <b>Total:</b>                         | <b>0</b>   |

### Outros procedimentos (SIGTAP)

| Descrição  | Quantidade |
|--|------------|
| 0301010030 - CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA (EXCETO MÉDICO) | 8          |
| 0301010137 - CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR   | 20         |
| <b>Total:</b>  | <b>28</b>  |

### Procedimentos - Teste rápido

| Descrição              | Quantidade |
|------------------------|------------|
| De gravidez            | 0          |
| Dosagem de proteinúria | 0          |
| Para HIV               | 0          |
| Para hepatite C        | 0          |
| Para sífilis           | 0          |
| <b>Total:</b>          | <b>0</b>   |



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE IPUÃ**

Av. Carlos Fernandes nº 766, Centro – Cx Postal 5-Fone: PABX (16) 3832 0183  
CEP 14610-000 - I P U Ã – Estado de São Paulo E-mail: [saude@ipua.sp.gov.br](mailto:saude@ipua.sp.gov.br)

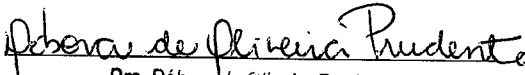
Ipuã, 02 de Março de 2026.

**RELATÓRIO DE PRODUÇÃO**

Venho através deste, comunicar a Irmandade Santa Casa de Misericórdia que a empresa **Débora de Oliveira Prudente ME** CNPJ:28.605.412/0001-74, prestou 30 horas de serviços de Fisioterapia no mês de fevereiro de 2026 na Atenção Básica e Estratégia de Saúde da Família no Município de Ipuã - SP, conforme relatório em anexo.

**Totalizando:** 30 horas

**TERMO DE COLABORAÇÃO 01/2025 - ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE / ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.**

  
Dra. Débora de Oliveira Prudente  
Fisioterapeuta  
Responsável pelo Relatório

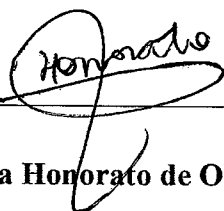
De acordo com o comunicado acima, eu **Alexandre Henrique da Cruz** gestor do **TERMO DE COLABORAÇÃO 01/2025 – ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE / ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**, declaro ciência do relatório em anexo.



**Alexandre Henrique da Cruz**

**Gestor do Convênio**

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



**Priscila Honorato de Oliveira**

**Secretária Municipal de Saúde**



## Emitir comprovantes (versão antiga)

G3371715411520911  
17/03/2026 16:18:34

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
17/03/2026 - AUTOATENDIMENTO - 16.18.34  
3156903156 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: IRMANDADE S C M IPUA

AGENCIA: 3156-9 CONTA: 1.012.026-2

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : IRMANDADE S C M IPUA

BANCO: 237 - BCO BRADESCO S.A.

AGENCIA: 2082-6 - IPUA

CONTA: 12.990-9

FAVORECIDO: DEBORA DE OLIVEIRA PRUDENTE

CPF/CNPJ: 28.605.412/0001-74

VALOR: R\$ 4.536,00

DEBITO EM: 17/03/2026

=====

DOCUMENTO: 031709

AUTENTICACAO SISBB: A.313.4C8.C7D.51F.407

Transação efetuada com sucesso por: JJ549137 ADILSON DIAS CAMPOS.



**PM DE IPUÃ - SP**  
**PREF. MUNIC. DE IPUÃ - SP**  
**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e**



**Número da NFS-e**  
**26**  
**Código de Verificação de Autenticidade**  
**8WH8WE0NR**  
**Data e Hora de Emissão da NFS-e**  
**13/03/2026 às 16:01:25**

*Chave de Acesso*  
**87384KZ1DHRBPEWKQYI63QWA1NOZPXR**  
**1**

Para certificação da autenticidade acesse  
<http://187.32.255.145:1982/issweb>, menu  
 consultas e informe os dados desta NFS-e.

**Informações Fiscais**

|  |                                    |   |  |
|--|------------------------------------|---|--|
| Exigibilidade do ISS<br><b>Exigível</b>    | Número do Processo                 | Município de Incidência do ISS<br><b>IPUA-SP</b>  | Local da Prestação<br><b>IPUA - SP</b> |
| Número da DPS                              | Série da DPS                       | Data da DPS   | Competência<br><b>13/03/2026</b>       |
| Optante Simples Nacional<br><b>1 - Sim</b> | Incentivo Fiscal<br><b>1 - Sim</b> | Regime Especial Tributação<br><b>Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP) 03 - Sobre Faturamento</b> | Tipo ISS                               |

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

|  |  |  |                              |   |
|--|--|--|------------------------------|---|
| CPF/CNPJ<br><b>53.143.620/0001-46</b>      | RG/Inscrição Estadual<br><b>56.457.294-9</b> | Inscrição Municipal<br><b>1.125.4224</b> | Cadastro<br><b>000017581</b> | Nome/Razão Social<br><b>KAROLINE PEREIRA DA SILVA</b> |
| Logradouro<br><b>RUA PEDRO SARAN, 1058</b> | Complemento<br><b>CASA</b>                   | Bairro<br><b>PAMPUA</b>                  |                              |   |
| CEP<br><b>14611-068</b>                    | Cidade<br><b>IPUÃ-SP</b>                     | Telefone<br><b>(16) 3832-0100</b>        | E-mail                       |   |

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

|   |                                 |                             |   |
|---|---------------------------------|-----------------------------|---|
| CPF/CNPJ/Documento<br><b>45.708.765/0001-19</b> | RG/Inscrição Estadual           | Inscrição Municipal         | Nome/Razão Social<br><b>IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA</b> |
| Logradouro<br><b>RUA FERDINANDO FRATIN, 335</b> | Complemento                     | Bairro<br><b>CENTRO</b>     |   |
| CEP/Cod.Postal<br><b>14610-029</b>              | Cidade/Pais<br><b>IPUA - SP</b> | Cod. IBGE<br><b>3521309</b> | Telefone<br><b>16 38321222</b>  |
|   |                                 |                             | E-mail<br><b>faturamento@santacasalpua.com.br</b>                           |

**Discriminação dos Serviços**

| Qtde. | Un. Medida | Descrição  | Vlr. Unitário | Total        |
|-------|------------|--|---------------|--------------|
| 1,00  | UN         | REFERENTE A SERVICOS PRESTADOS COMO DENTISTA MÊS DE FEVEREIRO DE 2026.<br>TERMO DE COLABORAÇÃO: 01/2025 - ATENÇÃO BÁSICA E ESTRATEGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.<br>VALOR BRUTO: R\$ 4.800,00<br>VALOR LIQUIDO: R\$ 4.800,00 | 4.800,00      | R\$ 4.800,00 |

**Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS**

|   |  |   |  |                                  |  |
|---|--|---|--|----------------------------------|--|
| LC 116/2003: <b>041201</b>                      | Alíquota<br><b>2,01%</b>                   | Atividade Município<br><b>0000041200001</b> | Código CNAE                            | Código da Obra                   | Código ART                               |
| Odontologia                                     |  |   |  |                                  |  |
| Valor Total dos Serviços<br><b>R\$ 4.800,00</b> | Desconto Incondicionado<br><b>R\$ 0,00</b> | Deduções Base Cálculo<br><b>R\$ 0,00</b>    | Base de Cálculo<br><b>R\$ 4.800,00</b> | Total do ISS<br><b>R\$ 96,48</b> | ISS Retido<br><b>2 - Não</b>             |
|   |  |   |  |                                  | Desconto Condicionado<br><b>R\$ 0,00</b> |

**Retenções de Impostos**

|                        |                           |                       |                         |                         |                                     |
|------------------------|---------------------------|-----------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------------------|
| PIS<br><b>R\$ 0,00</b> | COFINS<br><b>R\$ 0,00</b> | CP<br><b>R\$ 0,00</b> | IRRF<br><b>R\$ 0,00</b> | CSLL<br><b>R\$ 0,00</b> | Outras Retenções<br><b>R\$ 0,00</b> |
|------------------------|---------------------------|-----------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------------------|

Valor Líquido da NFS-e: **R\$ 4.800,00****Informações Complementares**

Val. Aprox. Tributos:

DADOS BANCARIOS: Banco 756 sicoob - Agência 3206.9 - Conta n 3216098.4.

DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP, EMPRESA OPTANTE DO SIMPLES NACIONAL

RECEBI(EMOS) DE **KAROLINE PEREIRA DA SILVA** O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO **26** E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO **8WH8WE0NR**.

Data

CPF/RG

Assinatura

conta 105.2026-2

**IMPOSTO E CONTRIBUIÇÃO SOBRE BENS E SERVIÇOS (IBS E CBS)**

CPF/CNPJ/NIF do fornecedor

Identificador:  
Número da Nota  
26

Código de Verificação

**DESTINATÁRIO**

CPF/CNPJ: \_\_\_\_\_ Nome/Razão Social: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_  
 Bairro: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
 Município: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

INFORMAÇÕES DE ENDEREÇO NACIONAL

**ADQUIRENTE**

CPF/CNPJ: 45708765000119 Nome/Razão Social: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA  
 Endereço: RUA FERDINANDO FRATIN Nº: 335 Complemento: -  
 Bairro: CENTRO E-mail: faturamento@santacasaipua.com.br  
 Município: IPUA CEP: 14610029

INFORMAÇÕES DE ENDEREÇO NACIONAL

**SERVIÇO PRESTADO**

Local de Incidência: IPUA SP Código Indicador da Operação: 030104  
 Tipo de Operação: \_\_\_\_\_ Operação de Uso: \_\_\_\_\_  
 Situação Tributária: 200 - Alíquota reduzida Classificação Tributária: 200029 - Fomento dos serviços de saúde

**OUTRAS CLASSIFICAÇÕES**

NBS:  
NCM:

**VALORES**

|  |              |                      |                                 |                              |                        |                     |
|--|--------------|----------------------|---------------------------------|------------------------------|------------------------|---------------------|
| Valor das Deduções de IBS e CBS:       | R\$ 0,00     | Alíquota do IBS (%): | Redução de Alíquota do IBS (%): | Alíquota Efetiva do IBS (%): | Valor Diferido do IBS: | Valor do IBS:       |
| Base de Cálculo do IBS e CBS:          | R\$ 4.703,52 | Estadual: 0.0        | Estadual: 0.0                   | Estadual: 0.1                | Estadual: R\$ 0,00     | Estadual: R\$ 4,70  |
| Valor dos Serviços Antes dos Tributos: | R\$ 0,00     | Municipal: 0.1       | Municipal: 0.0                  | Municipal: 0.1               | Municipal: R\$ 0,00    | Municipal: R\$ 4,70 |
|  |              |                      |                                 |                              |                        | Total: R\$ 9,41     |
| Valor da Multa:                        | R\$ 0,00     | Alíquota da CBS (%): | Redução de Alíquota da CBS (%): | Alíquota Efetiva da CBS (%): | Valor Diferido da CBS: | Valor da CBS:       |
| Valor de Juros:                        | R\$ 0,00     | 0.9                  | 0.0                             | 0.9                          | R\$ 0,00               | R\$ 42,33           |
| VALOR TOTAL COBRADO = R\$ 0,00         |              |                      |                                 |                              |                        |                     |

INFORMAÇÕES ADICIONAIS



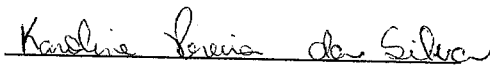
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE IPUÃ**

Av. Carlos Fernandes nº 766, Centro – Cx Postal 5-Fone: PABX (16) 3832 0183  
CEP 14610-000 - I P U Ã – Estado de São Paulo E-mail: [saude@ipua.sp.gov.br](mailto:saude@ipua.sp.gov.br)

Ipuã, 09 de março de 2026.

**RELATÓRIO DE PRODUÇÃO**

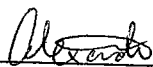
Venho através deste, comunicar a Irmandade Santa Casa de Misericórdia que a empresa **KAROLINE PEREIRA DA SILVA LTDA** com número de **CNPJ:53.143.620/0001-46** prestou serviços ODONTOLÓGICOS no mês de Fevereiro de 2026 na Atenção Básica e Estratégia de Saúde da Família no Município de Ipuã - SP, conforme relatório em anexo **TERMO DE COLABORAÇÃO 01/2025 - ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE / ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.**



Responsável pelo Relatório

---

De acordo com o comunicado acima, eu Alexandre Henrique Cruz, gestor do **TERMO DE COLABORAÇÃO 01/2025 – ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE / ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**, declaro ciência do relatório em anexo.

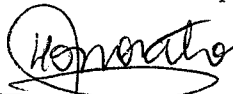


Alexandre Henrique Cruz

Gestor do Convênio

---

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



Priscila Honorato de Oliveira

FILTROS: Período: 01/02/2026 a 28/02/2026 | Equipe: 0002435357 - ESB - JOSE BURANELO NETO | Profissional: Todos | CBO: Todos | Filtros personalizados: Nenhum

### Relatório de atendimento odontológico

#### Resumo de produção

| Descrição                   | Quantidade |
|-----------------------------|------------|
| Registros identificados     | 83         |
| Registros não identificados | 0          |
| <b>Total:</b>               | <b>83</b>  |

#### Dados gerais

| Descrição                           | Quantidade |
|-------------------------------------|------------|
| Gestante                            | 6          |
| Paciente com necessidades especiais | 0          |

#### Turno

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Manhã         | 35         |
| Tarde         | 48         |
| Noite         | 0          |
| Não informado | 0          |
| <b>Total:</b> | <b>83</b>  |

#### Faixa etária

| Descrição       | Masc. | Fem. | Indet. | N. Inf. | Total |
|-----------------|-------|------|--------|---------|-------|
| Menos de 01 ano | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |
| 01 ano          | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |
| 02 anos         | 2     | 0    | 0      | 0       | 2     |
| 03 anos         | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |
| 04 anos         | 4     | 0    | 0      | 0       | 4     |
| 05 a 09 anos    | 8     | 9    | 0      | 0       | 17    |
| 10 a 14 anos    | 1     | 5    | 0      | 0       | 6     |
| 15 a 19 anos    | 4     | 3    | 0      | 0       | 7     |
| 20 a 24 anos    | 1     | 2    | 0      | 0       | 3     |
| 25 a 29 anos    | 3     | 3    | 0      | 0       | 6     |
| 30 a 34 anos    | 2     | 6    | 0      | 0       | 8     |
| 35 a 39 anos    | 0     | 2    | 0      | 0       | 2     |
| 40 a 44 anos    | 3     | 8    | 0      | 0       | 11    |
| 45 a 49 anos    | 4     | 2    | 0      | 0       | 6     |
| 50 a 54 anos    | 2     | 4    | 0      | 0       | 6     |
| 55 a 59 anos    | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |

#### Faixa etária

| Descrição       | Masc.     | Fem.      | Indet.   | N. Inf.  | Total     |
|-----------------|-----------|-----------|----------|----------|-----------|
| 60 a 64 anos    | 0         | 1         | 0        | 0        | 1         |
| 65 a 69 anos    | 2         | 0         | 0        | 0        | 2         |
| 70 a 74 anos    | 0         | 2         | 0        | 0        | 2         |
| 75 a 79 anos    | 0         | 0         | 0        | 0        | 0         |
| 80 anos ou mais | 0         | 0         | 0        | 0        | 0         |
| Não informado   | 0         | 0         | 0        | 0        | 0         |
| <b>Total:</b>   | <b>36</b> | <b>47</b> | <b>0</b> | <b>0</b> | <b>83</b> |

#### Sexo

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Masculino     | 36         |
| Feminino      | 47         |
| Indeterminado | 0          |
| Não informado | 0          |
| <b>Total:</b> | <b>83</b>  |

#### Local de atendimento

| Descrição                       | Quantidade |
|---------------------------------|------------|
| Domicílio                       | 0          |
| Escola / Creche                 | 0          |
| Instituição / Abrigo            | 0          |
| Polo (Academia da saúde)        | 0          |
| Rua                             | 0          |
| UBS                             | 83         |
| Unidade móvel                   | 0          |
| Unidade prisional ou congêneres | 0          |
| Unidade socioeducativa          | 0          |
| Outros                          | 0          |
| Não informado                   | 0          |
| <b>Total:</b>                   | <b>83</b>  |

FILTROS: Período: 01/02/2026 a 28/02/2026 | Equipe: 0002435357 - ESB - JOSE BURANELO NETO | Profissional: Todos | CBO: Todos | Filtros personalizados: Nenhum

### Tipo de atendimento

| Descrição                   | Quantidade |
|-----------------------------|------------|
| Consulta agendada           | 48         |
| Escuta inicial / Orientação | 0          |
| Consulta no dia             | 18         |
| Atendimento de urgência     | 17         |
| Não informado               | 0          |
| <b>Total:</b>               | <b>83</b>  |

### Tipo de consulta

| Descrição                                   | Quantidade |
|---|------------|
| Primeira consulta odontológica programática | 42         |
| Consulta de retorno em odontologia          | 29         |
| Consulta de manutenção em odontologia       | 12         |
| Não informado                               | 0          |
| <b>Total:</b>                               | <b>83</b>  |

### Vigilância em saúde bucal

| Descrição                            | Quantidade |
|--------------------------------------|------------|
| Abscesso dentoalveolar               | 0          |
| Alteração em tecidos moles           | 0          |
| Dor de dente                         | 21         |
| Fendas ou fissuras labiopalatais     | 1          |
| Fluorose dentária moderada ou severa | 0          |
| Traumatismo dentoalveolar            | 0          |
| Não identificado                     | 61         |
| Não informado                        | 0          |
| <b>Total:</b>                        | <b>83</b>  |

### Procedimentos

| Descrição   | Quantidade |
|---|------------|
| Curativo de demora com ou sem preparo biomecânico             | 17         |
| Drenagem de abscesso  | 0          |
| Evidenciação de placa bacteriana                              | 3          |
| Exodontia de dente decíduo                                    | 5          |
| Exodontia de dente permanente                                 | 0          |
| Instalação de prótese dentária                                | 0          |
| Moldagem dentogengival para construção de prótese dentária    | 0          |
| Orientação de higiene bucal                                   | 22         |
| Profilaxia / Remoção da placa bacteriana                      | 12         |
| Pulpotomia dentária   | 1          |
| Radiografia interproximal (bite wing)                         | 0          |
| Radiografia periapical  | 4          |
| Raspagem alisamento e polimento supragengivais (por sextante) | 72         |
| Raspagem alisamento subgengivais (por sextante)               | 1          |
| Restauração de dente permanente anterior com resina composta  | 6          |
| Restauração de dente permanente posterior com resina composta | 21         |
| Retirada de pontos de cirurgias básicas (por paciente)        | 0          |
| Selamento provisório de cavidade dentária                     | 24         |
| Tratamento de alveolite                                       | 0          |
| Ulotomia / Ulectomia  | 0          |
| <b>Total:</b>   | <b>232</b> |

### Procedimentos

| Descrição   | Quantidade |
|---|------------|
| Acesso à polpa dentária e medicação (por dente)   | 17         |
| Adaptação de prótese dentária                     | 0          |
| Aplicação de cariostático (por dente)             | 14         |
| Aplicação de selante (por dente)                  | 1          |
| Aplicação tópica de flúor (individual por sessão) | 7          |
| Capecamento pulpar                                | 5          |
| Cimentação de prótese dentária                    | 0          |

### Outros procedimentos (SIGTAP)

| Descrição  | Quantidade |
|--|------------|
| 0301010030 - CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA (EXCETO MÉDICO) | 34         |
| 0301010153 - PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA                                     | 42         |
| 0301060037 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO BÁSICA                                       | 7          |
| 0307010074 - TRATAMENTO RESTAURADOR ATRAUMÁTICO (TRA/ART)                                    | 3          |

FILTROS: Período: 01/02/2026 a 28/02/2026 | Equipe: 0002435357 - ESB - JOSE BURANELO NETO | Profissional: Todos | CBO: Todos | Filtros personalizados: Nenhum

### Outros procedimentos (SIGTAP)

| Descrição   | Quantidade |
|---|------------|
| 0307010104 - RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO POSTERIOR COM IONÔMERO DE VIDRO | 4          |
| 0307010112 - RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO ANTERIOR COM RESINA COMPOSTA.   | 2          |
| CDS - ORIENTAÇÃO INDIVIDUAL EM SAÚDE                                      | 6          |
| <b>Total:</b>   | <b>98</b>  |

### Fornecimento

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Escova dental | 0          |
| Creme dental  | 0          |
| Fio dental    | 1          |
| Não informado | 82         |
| <b>Total:</b> | <b>83</b>  |

### Conduta / Desfecho

| Descrição                                | Quantidade |
|--|------------|
| Retorno para consulta agendada           | 39         |
| Agendamento para outros profissionais AB | 2          |
| Agendamento para NASF                    | 0          |
| Agendamento para eMulti                  | 0          |
| Agendamento para grupos                  | 0          |
| Alta do episódio                         | 12         |
| Tratamento concluído                     | 60         |
| <b>Total:</b>                            | <b>113</b> |

### Encaminhamento

| Descrição  | Quantidade |
|--|------------|
| Atendimento a pacientes com necessidades especiais | 0          |
| Cirurgia BMF                                       | 5          |
| Endodontia   | 3          |
| Estomatologia                                      | 0          |
| Implantodontia                                     | 0          |
| Odontopediatria                                    | 0          |
| Ortodontia / Ortopedia                             | 0          |
| Periodontia  | 0          |

### Encaminhamento

| Descrição        | Quantidade |
|------------------|------------|
| Prótese dentária | 3          |
| Radiologia       | 0          |
| Outros           | 0          |
| Não informado    | 74         |
| <b>Total:</b>    | <b>85</b>  |

### Problemas / Condições avaliadas - CIAP2

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| <b>Total:</b> | <b>0</b>   |

### Problemas / Condições avaliadas - CID10

| Descrição  | Quantidade |
|--|------------|
| K02 - CÁRIE DENTÁRIA                               | 34         |
| K036 - DEPÓSITOS NOS DENTES                        | 7          |
| K040 - PULPITE                                     | 3          |
| K041 - NECROSE DA POLPA                            | 6          |
| K042 - DEGENERAÇÃO DA POLPA                        | 4          |
| K051 - GENGIVITE CRÔNICA                           | 1          |
| K056 - DOENÇA PERIODONTAL, SEM OUTRA ESPECIFICAÇÃO | 1          |
| K060 - RETRAÇÃO GENGIVAL                           | 2          |
| S025 - FRATURA DE DENTES                           | 7          |
| Z012 - EXAME DENTÁRIO                              | 32         |
| <b>Total:</b>                                      | <b>97</b>  |

### Ofertas de Cuidados Integrados - OCI (código do SIGTAP)

| Descrição     | Solicitado |
|---------------|------------|
| <b>Total:</b> | <b>0</b>   |



## Emitir comprovantes (versão antiga)

G3371715411520911  
17/03/2026 16:19:25

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
17/03/2026 - AUTOATENDIMENTO - 16.19.25  
3156903156 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: IRMANDADE S C M IPUA

AGENCIA: 3156-9 CONTA: 1.012.026-2

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : IRMANDADE S C M IPUA

BANCO: 756 - BANCO SICOOB S.A.

AGENCIA: 3206-9 - CC COOCRELIVRE

CONTA: 3.216.098-4

FAVORECIDO: KAROLINE PEREIRA DA SILVA

CPF/CNPJ: 53.143.620/0001-46

VALOR: R\$ 4.800,00

DEBITO EM: 17/03/2026

=====

DOCUMENTO: 031710

AUTENTICACAO SISBB: 4.0BC.A74.163.400.48D

Transação efetuada com sucesso por: JJ549137 ADILSON DIAS CAMPOS.



**PM DE IPUÃ - SP**  
**PREF. MUNIC. DE IPUÃ - SP**  
**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e**



**Número da NFS-e**  
**37**  
**Código de Verificação de Autenticidade**  
**LNIEHXB4A**

Data e Hora de Emissão da NFS-e

**13/03/2026 às 16:48:55**

Chave de Acesso

87390T3UXI96OB7237M2Z36TMRBOKYTV

Para certificação da autenticidade acesse  
<http://187.32.255.145:1982/issweb.menu>  
 consultas e informe os dados desta NFS-e.

**Informações Fiscais**

|                                     |                             |  |                                 |
|-------------------------------------|-----------------------------|--|---------------------------------|
| Exigibilidade do ISS Exigível       | Número do Processo          | Município de Incidência do ISS<br>IPUA-SP  | Local da Prestação<br>IPUA - SP |
| Número da DPS                       | Série da DPS                | Data da DPS  | Competência<br>13/03/2026       |
| Optante Simples Nacional<br>1 - Sim | Incentivo Fiscal<br>1 - Sim | Regime Especial Tributação<br>Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP) 03 - Sobre Faturamento | Tipo ISS                        |

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

|  |                                       |                                   |                       |   |
|--|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---|
| CPF/CNPJ<br>50.067.360/0001-89               | RG/Inscrição Estadual<br>58.919.799-X | Inscrição Municipal<br>1.129.4123 | Cadastro<br>000016866 | Nome/Razão Social<br>MARIANA ALVES COELHO PSICOLOGIA-ME |
| Logradouro<br>AVENIDA ALCIDES MONTANHER, 372 | CEP<br>14610-110                      | Cidade<br>IPUÃ-SP                 | Complemento           | Bairro<br>OLHOS D AGUA                                  |
|  |                                       |                                   | Telefone              | E-mail<br>MARIANA_ALVESCOELHO@HOTMAIL.COM               |

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

|  |                             |                          |  |
|--|-----------------------------|--------------------------|--|
| CPF/CNPJ/Documento<br>45.708.765/0001-19 | RG/Inscrição Estadual       | Inscrição Municipal      | Nome/Razão Social<br>IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA |
| Logradouro<br>RUA FERDINANDO FRATIN, 335 | CEP/Cod.Postal<br>14610-029 | Cidade/País<br>IPUA - SP | Complemento  |
|  |                             |                          | Bairro<br>CENTRO   |
|  |                             |                          | Cod. IBGE<br>3521309   |
|  |                             |                          | Telefone<br>16 38321222  |
|  |                             |                          | E-mail<br>faturamento@santacasaipua.com.br                           |

**Discriminação dos Serviços**

| Qtde. | Un. Medida | Descrição   | Vir. Unitário | Total        |
|-------|------------|---|---------------|--------------|
| 1,00  | UN         | Referente a 131 horas e 25 minutos prestadas como psicóloga no valor unitário de R\$ 28,00 no mês de fevereiro de 2026.<br>Termo de colaboração: 01/2025 - Atenção Básica e Estratégia de Saúde da Família. | 3.679,76      | R\$ 3.679,76 |

**Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS**

| LC 116/2003: 041601      | Alíquota                | Atividade Município   | Código CNAE     | Código da Obra | Código ART            |
|--------------------------|-------------------------|-----------------------|-----------------|----------------|-----------------------|
| Psicologia.              | 2,01%                   | 0000041600001         |                 |                |                       |
| Valor Total dos Serviços | Desconto Incondicionado | Deduções Base Cálculo | Base de Cálculo | Total do ISS   | ISS Retido            |
| R\$ 3.679,76             | R\$ 0,00                | R\$ 0,00              | R\$ 3.679,76    | R\$ 73,96      | 2 - Não               |
|                          |                         |                       |                 |                | Desconto Condicionado |
|                          |                         |                       |                 |                | R\$ 0,00              |

**Retenções de Impostos**

| PIS      | COFINS   | CP       | 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\$ 3.679,76

Val. Aprox. Tributos:

**Informações Complementares**

Agência : 0001  
 Conta : 25709989-9  
 Banco : 0260

RECEBI(EMOS) DE **MARIANA ALVES COELHO PSICOLOGIA-ME** O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO **37** E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO **LNIEHXB4A**.

Data

CPF/RG

Assinatura

conta: 201.2026-2

**IMPOSTO E CONTRIBUIÇÃO SOBRE BENS E SERVIÇOS (IBS E CBS)**

CPF/CNPJ/NIF do fornecedor

Identificador:

Número da Nota

Código de Verificação

37

**DESTINATÁRIO**

CPF/CNPJ: Nome/Razão Social:  
 Endereço: Nº: Complemento:  
 Bairro: E-mail:  
 Município: CEP: INFORMAÇÕES DE ENDEREÇO NACIONAL

**ADQUIRENTE**

CPF/CNPJ: 45708765000119 Nome/Razão Social: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA  
 Endereço: RUA FERDINANDO FRATIN Nº: 335 Complemento: -  
 Bairro: CENTRO E-mail: faturamento@sanlacasaihua.com.br  
 Município: IPUA CEP: 14810029 INFORMAÇÕES DE ENDEREÇO NACIONAL

**SERVIÇO PRESTADO**

Local de Incidência: IPUA SP Código Indicador da Operação: 030103  
 Tipo de Operação: Operação de Uso:  
 Situação Tributária: 200 - Alíquota reduzida Classificação Tributária: 200029 - Fornecimento dos serviços de saúde

**OUTRAS CLASSIFICAÇÕES**

NBS:

NCM:

**VALORES**

|  |              |                      |                                 |                              |                        |                     |
|--|--------------|----------------------|---------------------------------|------------------------------|------------------------|---------------------|
| Valor das Deduções de IBS e CBS:       | R\$ 0,00     | Alíquota do IBS (%): | Redução de Alíquota do IBS (%): | Alíquota Efetiva do IBS (%): | Valor Diferido do IBS: | Valor do IBS:       |
| Base de Cálculo do IBS e CBS:          | R\$ 3.605,80 | Estadual: 0.0        | Estadual: 0.0                   | Estadual: 0.1                | Estadual: R\$ 0,00     | Estadual: R\$ 3,61  |
| Valor dos Serviços Antes dos Tributos: | R\$ 0,00     | Municipal: 0.1       | Municipal: 0.0                  | Municipal: 0.1               | Municipal: R\$ 0,00    | Municipal: R\$ 3,61 |
|  |              |                      |                                 |                              |                        | Total: R\$ 7,21     |
| Valor da Multa:                        | R\$ 0,00     | Alíquota da CBS (%): | Redução de Alíquota da CBS (%): | Alíquota Efetiva da CBS (%): | Valor Diferido da CBS: | Valor da CBS:       |
| Valor do Juros:                        | R\$ 0,00     | 0.9                  | 0.0                             | 0.9                          | R\$ 0,00               | R\$ 32,45           |
| VALOR TOTAL COBRADO = R\$ 0,00         |              |                      |                                 |                              |                        |                     |

INFORMAÇÕES ADICIONAIS



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE IPUÃ**

Av. Carlos Fernandes nº 766, Centro – Cx Postal 5-Fone: PABX (16) 3832 0183  
CEP 14610-000 - I P U Ã – Estado de São Paulo E-mail: [saude@ipua.sp.gov.br](mailto:saude@ipua.sp.gov.br)

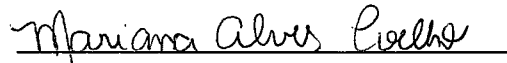
Ipuã, 04 de Março de 2026.

**RELATÓRIO DE PRODUÇÃO**

Venho através deste, comunicar a Irmandade Santa Casa de Misericórdia que a empresa **MARIANA ALVES COELHO PSICOLOGIA ME** com número de **CNPJ: 50.067.360/0001-89**, prestou serviços em PSICOLOGIA no mês de Fevereiro de 2026 na Atenção Básica e Estratégia de Saúde da Família no Município de Ipuã - SP, conforme relatório em anexo.

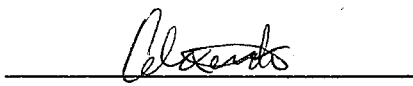
**Totalizando:** 131,25 horas.

**TERMO DE COLABORAÇÃO 01/2025 - ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE / ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.**

  
\_\_\_\_\_  
Responsável pelo Relatório

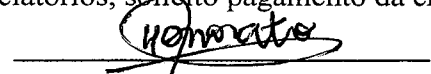
---

De acordo com o comunicado acima, eu Alexandre Henrique da Cruz, gestor do **TERMO DE COLABORAÇÃO 01/2025 – ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE / ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**, declaro ciência do relatório em anexo.

  
\_\_\_\_\_  
**Alexandre Henrique da Cruz**  
Gestor do Convênio

---

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

  
\_\_\_\_\_  
**Priscila Honorato de Oliveira**  
Secretária Municipal de Saúde

FILTROS: Período: 01/02/2026 a 28/02/2026 | Equipe: 0001478303 - EMULTI - IPUA | Profissional: [706800244400128] - Mariana Alves Coelho | CBO: 251510 - PSICÓLOGO CLÍNICO | Filtros personalizados: Nenhum

### Relatório de atividade coletiva

#### Resumo de produção

| Descrição          | Quantidade |
|--------------------|------------|
| Total de registros | 41         |

#### Número de participantes

| Descrição                   | Quantidade |
|-----------------------------|------------|
| Participantes identificados | 44         |
| Total de participantes      | 77         |

#### Turno

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Manhã         | 25         |
| Tarde         | 16         |
| Noite         | 0          |
| Não informado | 0          |
| <b>Total:</b> | <b>41</b>  |

#### Programa saúde na escola

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Educação      | 0          |
| Saúde         | 0          |
| <b>Total:</b> | <b>0</b>   |

#### Atividade

| Descrição   | Quantidade |
|---|------------|
| Reunião de equipe   | 1          |
| Reunião com outras equipes de saúde                               | 3          |
| Reunião intersetorial / Conselho local de saúde / Controle social | 2          |
| Educação em saúde   | 0          |
| Atendimento em grupo  | 35         |
| Avaliação / Procedimento coletivo                                 | 0          |
| Mobilização social  | 0          |
| Não informado   | 0          |
| <b>Total:</b>   | <b>41</b>  |

#### Público alvo

| Descrição                                   | Quantidade |
|---|------------|
| Comunidade em geral                         | 0          |
| Criança 0 a 3 anos                          | 0          |
| Criança 4 a 5 anos                          | 0          |
| Criança 6 a 11 anos                         | 0          |
| Adolescente                                 | 8          |
| Mulher                                      | 0          |
| Gestante                                    | 0          |
| Homem                                       | 0          |
| Familiares                                  | 0          |
| Pessoa idosa                                | 0          |
| Pessoas com doenças crônicas                | 0          |
| Usuário de tabaco                           | 6          |
| Usuário de álcool                           | 0          |
| Usuário de outras drogas                    | 0          |
| Pessoas com sofrimento ou transtorno mental | 21         |
| Profissional de educação                    | 0          |
| Outros                                      | 0          |
| Não informado                               | 0          |
| <b>Total:</b>                               | <b>35</b>  |

#### Temas para saúde

| Descrição   | Quantidade |
|---|------------|
| Ações de combate ao Aedes aegypti                   | 0          |
| Agravos e doenças negligenciadas                    | 0          |
| Alimentação saudável                                | 0          |
| Autocuidado de pessoas com doenças crônicas         | 0          |
| Cidadania e direitos humanos                        | 0          |
| Prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas  | 7          |
| Envelhecimento (climatério, andropausa, etc)        | 0          |
| Plantas medicinais / Fitoterapia                    | 0          |
| Prevenção da violência e promoção da cultura da paz | 0          |
| Saúde ambiental                                     | 0          |
| Saúde bucal   | 0          |

FILTROS: Período: 01/02/2026 a 28/02/2026 | Equipe: 0001478303 - EMULTI - IPUA | Profissional: [706800244400128] - Mariana Alves Coelho | CBO: 251510 - PSICÓLOGO CLÍNICO | Filtros personalizados: Nenhum

### Temas para saúde

| Descrição                         | Quantidade |
|-----------------------------------|------------|
| Saúde do trabalhador              | 0          |
| Saúde mental                      | 28         |
| Saúde sexual e reprodutiva        | 0          |
| Semana saúde na escola            | 0          |
| Amamentação                       | 0          |
| Alimentação complementar saudável | 0          |
| Outros                            | 0          |
| Não informado                     | 6          |
| <b>Total:</b>                     | <b>41</b>  |

### Temas para reunião

| Descrição   | Quantidade |
|---|------------|
| Questões administrativas / Funcionamento                | 0          |
| Processo de trabalho                                    | 0          |
| Diagnóstico do território / Monitoramento do território | 0          |
| Planejamento / Monitoramento das ações da equipe        | 0          |
| Discussão de caso / Projeto terapêutico singular        | 6          |
| Educação permanente                                     | 0          |
| Outros  | 0          |
| Não informado   | 0          |
| <b>Total:</b>   | <b>6</b>   |

### Práticas em saúde

| Descrição                             | Quantidade |
|---------------------------------------|------------|
| Antropometria                         | 0          |
| Aplicação tópica de flúor             | 0          |
| Desenvolvimento da linguagem          | 0          |
| Escovação dental supervisionada       | 0          |
| Práticas corporais e atividade física | 0          |
| PNCT sessão 1                         | 0          |
| PNCT sessão 2                         | 0          |
| PNCT sessão 3                         | 0          |
| PNCT sessão 4                         | 0          |
| Saúde auditiva                        | 0          |
| Saúde ocular                          | 0          |
| Verificação da situação vacinal       | 0          |
| Outras                                | 0          |
| Outro procedimento coletivo           | 0          |
| Não informado                         | 35         |
| <b>Total:</b>                         | <b>35</b>  |

### Práticas em saúde - Outros procedimentos coletivos

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| <b>Total:</b> | <b>0</b>   |

FILTROS: Período: 01/02/2026 a 28/02/2026 | Equipe: 0001478303 - EMULTI - IPUA | Profissional: [706800244400128] - Mariana Alves Coelho | CBO: 251510 - PSICÓLOGO CLÍNICO | Filtros personalizados: Nenhum

### Relatório de atendimento individual

#### Resumo de produção

| Descrição                   | Quantidade |
|-----------------------------|------------|
| Registros identificados     | 9          |
| Registros não identificados | 0          |
| <b>Total:</b>               | <b>9</b>   |

#### Dados gerais

| Descrição           | Sim | Não | Não Inf. |
|---------------------|-----|-----|----------|
| Ficou em observação | 0   | 9   | 0        |
| Gravidez planejada  | 0   | 0   | 9        |
| Vacinação em dia    | 0   | 0   | 9        |

#### Turno

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Manhã         | 7          |
| Tarde         | 2          |
| Noite         | 0          |
| Não informado | 0          |
| <b>Total:</b> | <b>9</b>   |

#### Sexo

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Masculino     | 4          |
| Feminino      | 5          |
| Indeterminado | 0          |
| Não informado | 0          |
| <b>Total:</b> | <b>9</b>   |

#### Faixa etária

| Descrição       | Masc. | Fem. | Indet. | N. Inf. | Total |
|-----------------|-------|------|--------|---------|-------|
| Menos de 01 ano | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |
| 01 ano          | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |
| 02 anos         | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |
| 03 anos         | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |
| 04 anos         | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |
| 05 a 09 anos    | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |
| 10 a 14 anos    | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |

#### Faixa etária

| Descrição       | Masc.    | Fem.     | Indet.   | N. Inf.  | Total    |
|-----------------|----------|----------|----------|----------|----------|
| 15 a 19 anos    | 0        | 1        | 0        | 0        | 1        |
| 20 a 24 anos    | 1        | 0        | 0        | 0        | 1        |
| 25 a 29 anos    | 0        | 1        | 0        | 0        | 1        |
| 30 a 34 anos    | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        |
| 35 a 39 anos    | 0        | 1        | 0        | 0        | 1        |
| 40 a 44 anos    | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        |
| 45 a 49 anos    | 3        | 2        | 0        | 0        | 5        |
| 50 a 54 anos    | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        |
| 55 a 59 anos    | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        |
| 60 a 64 anos    | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        |
| 65 a 69 anos    | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        |
| 70 a 74 anos    | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        |
| 75 a 79 anos    | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        |
| 80 anos ou mais | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        |
| Não informado   | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        |
| <b>Total:</b>   | <b>4</b> | <b>5</b> | <b>0</b> | <b>0</b> | <b>9</b> |

#### Local de atendimento

| Descrição                       | Quantidade |
|---------------------------------|------------|
| Domicílio                       | 5          |
| Escola / Creche                 | 0          |
| Instituição / Abrigo            | 0          |
| Polo (Academia da saúde)        | 0          |
| Rua                             | 0          |
| UBS                             | 4          |
| Unidade móvel                   | 0          |
| Unidade prisional ou congêneres | 0          |
| Unidade socioeducativa          | 0          |
| Outros                          | 0          |
| Não informado                   | 0          |
| <b>Total:</b>                   | <b>9</b>   |

FILTROS: Período: 01/02/2026 a 28/02/2026 | Equipe: 0001478303 - EMULTI - IPUA | Profissional: [706800244400128] - Mariana Alves Coelho | CBO: 251510 - PSICÓLOGO CLÍNICO | Filtros personalizados: Nenhum

### Tipo de atendimento

| Descrição   | Quantidade |
|---|------------|
| Atendimento de urgência                           | 0          |
| Consulta agendada                                 | 4          |
| Consulta agendada programada / Cuidado continuado | 5          |
| Consulta no dia                                   | 0          |
| Escuta inicial / Orientação                       | 0          |
| Não informado                                     | 0          |
| <b>Total:</b>                                     | <b>9</b>   |

### Atenção domiciliar

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| AD1           | 0          |
| AD2           | 0          |
| AD3           | 0          |
| Não informado | 9          |
| <b>Total:</b> | <b>9</b>   |

### Racionalidade em saúde

| Descrição                     | Quantidade |
|-------------------------------|------------|
| Medicina tradicional chinesa  | 0          |
| Antroposofia aplicada à saúde | 0          |
| Homeopatia                    | 0          |
| Fitoterapia                   | 0          |
| Ayurveda                      | 0          |
| Outra                         | 0          |
| Não informado                 | 9          |
| <b>Total:</b>                 | <b>9</b>   |

### Criança - Aleitamento materno

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Exclusivo     | 0          |
| Predominante  | 0          |
| Complementado | 0          |
| Inexistente   | 0          |
| Não informado | 9          |
| <b>Total:</b> | <b>9</b>   |

### NASF / Polo

A lista apresenta registros do LEDI anteriores à versão 5.5.0.

| Descrição                            | Quantidade |
|--------------------------------------|------------|
| Avaliação / Diagnóstico              | 0          |
| Procedimentos clínicos / Terapêutico | 0          |
| Prescrição terapêutica               | 0          |
| Não informado                        | 0          |
| <b>Total:</b>                        | <b>0</b>   |

### eMulti / Polo

A lista apresenta registros do LEDI versão 5.5.0 ou superior.

| Descrição                            | Quantidade |
|--------------------------------------|------------|
| Avaliação / Diagnóstico              | 0          |
| Procedimentos clínicos / Terapêutico | 0          |
| Prescrição terapêutica               | 0          |
| Não informado                        | 9          |
| <b>Total:</b>                        | <b>9</b>   |

### Conduta / Desfecho

| Descrição                                    | Quantidade |
|--|------------|
| Retorno para consulta agendada               | 0          |
| Retorno para cuidado continuado / programado | 5          |
| Agendamento para grupos                      | 0          |
| Agendamento para NASF                        | 0          |
| Agendamento para eMulti                      | 0          |
| Alta do episódio                             | 4          |
| Não informado                                | 0          |
| <b>Total:</b>                                | <b>9</b>   |

### Encaminhamento

| Descrição   | Quantidade |
|---|------------|
| Encaminhamento interno no dia                     | 0          |
| Encaminhamento para serviço especializado         | 0          |
| Encaminhamento para CAPS                          | 0          |
| Encaminhamento para internação hospitalar         | 0          |
| Encaminhamento para urgência                      | 0          |
| Encaminhamento para serviço de atenção domiciliar | 0          |
| Encaminhamento intersetorial                      | 0          |

FILTROS: Período: 01/02/2026 a 28/02/2026 | Equipe: 0001478303 - EMULTI - IPUA | Profissional: [706800244400128] - Mariana Alves Coelho | CBO: 251510 - PSICÓLOGO CLÍNICO | Filtros personalizados: Nenhum

### Encaminhamento

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Não informado | 9          |
| <b>Total:</b> | <b>9</b>   |

### Problemas / Condições avaliadas

| Descrição                  | Quantidade |
|----------------------------|------------|
| Asma                       | 0          |
| Cardiopatia                | 0          |
| Catarata                   | 0          |
| Desnutrição                | 0          |
| Diabetes                   | 0          |
| DPOC                       | 0          |
| Hipertensão arterial       | 0          |
| Nefropatia                 | 0          |
| Neoplasia                  | 0          |
| Obesidade                  | 0          |
| Pré-natal                  | 0          |
| Puericultura               | 0          |
| Puerpério (até 42 dias)    | 0          |
| Reabilitação               | 0          |
| Saúde mental               | 3          |
| Saúde sexual e reprodutiva | 2          |
| Tabagismo                  | 0          |
| Usuário de álcool          | 0          |
| Usuário de outras drogas   | 0          |
| <b>Total:</b>              | <b>5</b>   |

### Problemas / Condições avaliadas - Doenças transmissíveis, infecciosas e parasitárias

| Descrição              | Quantidade |
|------------------------|------------|
| Dengue                 | 0          |
| Doença diarreica aguda | 0          |
| Hanseníase             | 0          |
| Hepatites A/B/C        | 0          |
| IST                    | 0          |
| Malária                | 0          |
| Sífilis feminina       | 0          |

### Problemas / Condições avaliadas - Doenças transmissíveis, infecciosas e parasitárias

| Descrição               | Quantidade |
|-------------------------|------------|
| Sífilis masculina       | 0          |
| Síndrome respiratória   | 0          |
| Toxoplasmose / Tungíase | 0          |
| Tracoma                 | 0          |
| Tuberculose             | 0          |
| <b>Total:</b>           | <b>0</b>   |

### Problemas / Condições avaliadas - Rastreamento

| Descrição               | Quantidade |
|-------------------------|------------|
| Câncer do colo do útero | 0          |
| Câncer de mama          | 0          |
| Risco cardiovascular    | 0          |
| <b>Total:</b>           | <b>0</b>   |

### Problemas / Condições avaliadas - Outros CIAP2

| Descrição                             | Quantidade |
|---------------------------------------|------------|
| P03 - TRISTEZA/ SENSAÇÃO DE DEPRESSÃO | 5          |
| W13 - ESTERILIZAÇÃO                   | 3          |
| Y13 - ESTERILIZAÇÃO MASCULINA         | 1          |
| <b>Total:</b>                         | <b>9</b>   |

### Problemas / Condições avaliadas - Outros CID10

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| <b>Total:</b> | <b>0</b>   |

### Exames solicitados e avaliados

| Descrição                   | Solicitado | Avaliado |
|-----------------------------|------------|----------|
| Colesterol total            | 0          | 0        |
| Creatinina                  | 0          | 0        |
| EAS / EQU                   | 0          | 0        |
| Eletrocardiograma           | 0          | 0        |
| Eletroforese de hemoglobina | 0          | 0        |
| Espirometria                | 0          | 0        |
| Exame de escarro            | 0          | 0        |
| Glicemia                    | 0          | 0        |

FILTROS: Período: 01/02/2026 a 28/02/2026 | Equipe: 0001478303 - EMULTI - IPUA | Profissional: [706800244400128] - Mariana Alves Coelho | CBO: 251510 - PSICÓLOGO CLÍNICO | Filtros personalizados: Nenhum

### Exames solicitados e avaliados

| Descrição                                       | Solicitado | Avaliado |
|---|------------|----------|
| HDL   | 0          | 0        |
| Hemoglobina glicada                             | 0          | 0        |
| Hemograma                                       | 0          | 0        |
| LDL   | 0          | 0        |
| Retinografia / Fundo de olho com oftalmologista | 0          | 0        |
| Sorologia de Hepatite B                         | 0          | 0        |
| Sorologia de Hepatite C                         | 0          | 0        |
| Sorologia de Hepatite D                         | 0          | 0        |
| Sorologia de sífilis (VDRL)                     | 0          | 0        |
| Sorologia para HIV                              | 0          | 0        |
| Sorologia para dengue                           | 0          | 0        |
| Teste de gravidez                               | 0          | 0        |
| Teste indireto de antiglobulina humana (TIA)    | 0          | 0        |
| Ultrassonografia obstétrica                     | 0          | 0        |
| Urocultura                                      | 0          | 0        |
| <b>Total:</b>                                   | <b>0</b>   | <b>0</b> |

### Exames - Triagem neonatal

| Descrição                | Solicitado | Avaliado |
|--------------------------|------------|----------|
| Teste da orelhinha (EOA) | 0          | 0        |
| Teste do olhinho (TRV)   | 0          | 0        |
| Teste do pezinho         | 0          | 0        |
| <b>Total:</b>            | <b>0</b>   | <b>0</b> |

### Outros exames solicitados e avaliados (código do SIGTAP)

| Descrição     | Solicitado | Avaliado |
|---------------|------------|----------|
| <b>Total:</b> | <b>0</b>   | <b>0</b> |

### Ofertas de Cuidados Integrados - OCI (código do SIGTAP)

| Descrição     | Solicitado |
|---------------|------------|
| <b>Total:</b> | <b>0</b>   |



## Emitir comprovantes (versão antiga)

G3371715411520911  
17/03/2026 16:19:56

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
17/03/2026 - AUTOATENDIMENTO - 16.19.56  
3156903156 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL  
CLIENTE: IRMANDADE S C M IPUA  
AGENCIA: 3156-9 CONTA: 1.012.026-2

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA  
REMETENTE : IRMANDADE S C M IPUA  
BANCO: 260 - NU PAGAMENTOS - IP  
AGENCIA: 0001-9  
CONTA: 25.709.989-9

FAVORECIDO: MARIANA ALVES COELHO PSICOLOGIA  
CPF/CNPJ: 50.067.360/0001-89  
VALOR: R\$ 3.679,76  
DEBITO EM: 17/03/2026

=====

DOCUMENTO: 031711  
AUTENTICACAO SISBB: E.89B.869.5D6.9DD.8D9

Transação efetuada com sucesso por: JJ549137 ADILSON DIAS CAMPOS.



ESTADO DE GOIÁS  
PREFEITURA MUNICIPAL DE CRISTALINA

01.138.122/0001-01

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA- NFS-e

Número da Nota

0000000044

Data e Hora de Emissão

13/03/2026 15:45:08

Código de Verificação

8d7e

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social: LAURA SOUZA TAZINAFO CLEMENTE  
 Nome Fantasia:  
 CNPJ: 40.204.787/0001-28 Inscrição Municipal: 47904  
 Endereço: RUA E, LT: B, N°: SN, CRISTALINA VELHA, APT 102, CEP: 73.850-000  
 Município: CRISTALINA - GO

Telefone: 61 985772137

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA  
 Nome Fantasia: SANTA CASA  
 CNPJ/CPF: 45.708.765/0001-19  
 Endereço: R FERDINANDO FRATIN, NR: 335, CENTRO, CEP:14610-000  
 Município: IPUÁ - SÃO PAULO

Telefone:

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Descrição: REFERENTE A SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS NO MÊS DE FEVEREIRO DE 2026.  
 TERMO DE COLABORAÇÃO: 01/2025 - ATENÇÃO BÁSICA E ESTRATEGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.

conta: 101.2026-2

Código de Tributação Nacional

04.01 - MEDICINA E BIOMEDICINA.

| RETENÇÕES FEDERAIS                     | PIS<br>0,00   | COFINS<br>0,00                       | INSS<br>0,00                       | IR<br>0,00    | CSLL<br>0,00 |
|--|---------------|--------------------------------------|------------------------------------|---------------|--------------|
| <b>Demonstrativo</b>                   |               |                                      | <b>Demonstrativo</b>               |               |              |
| Valor dos Serviços                     | R\$ 17.000,00 |                                      | Valor dos Serviços                 | R\$ 17.000,00 |              |
| (-) Desconto Condicionado              | R\$ 0,00      |                                      | (-) Desconto Condicionado          | R\$ 0,00      |              |
| (-) Desconto Incondicionado            | R\$ 0,00      |                                      | (-) Desconto Incondicionado        | R\$ 0,00      |              |
| (-) Retenções Federais                 | R\$ 0,00      |                                      | (=) Valor da Nota                  | R\$ 17.000,00 |              |
| (-) Outras Retenções                   | R\$ 0,00      |                                      | (-) Deduções                       | R\$ 0,00      |              |
| (-) ISS Retido pelo Tomador            | R\$ 0,00      |                                      | (=) Base de Cálculo                | R\$ 17.000,00 |              |
| (=) Valor Líquido                      | R\$ 17.000,00 |                                      | (X) Alíquota                       | % 2,00        |              |
| Serviço prestado em<br>CRISTALINA - GO |               | Imposto Devido em<br>CRISTALINA - GO | (=) Valor do Imposto (ISS)         | R\$ 340,00    |              |
| Valor dos Serviços<br>17.000,00        |               | Desconto<br>0,00                     | (=) Valor Líquido                  | R\$ 17.000,00 |              |
|  |               |                                      | Valor Líquido da Nota<br>17.000,00 |               |              |

Composição IBS/CBS - Tributos da LC 214/2025

| Base de Cálculo | (x) Alíquota IBS | (=) Valor IBS | Base de Cálculo | (x) Alíquota CBS | (=) Valor CBS |
|-----------------|------------------|---------------|-----------------|------------------|---------------|
| 17.000,00       | 0,1%             | 17,00         | 17.000,00       | 0,9%             | 153,00        |



**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**  
 ME ou EPP optante pelo Simples Nacional.  
 Recolhimento: ISS a recolher pelo PRESTADOR  
 Essa nota não gera direito a crédito fiscal do ISS.

NFSe instituída 0

Chave de acesso Nota Nacional: 52062061240204787000128000000000004426035847051722



NFS-e Nota Fiscal de Serviço Eletrônica



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE IPUÃ**

Av. Carlos Fernandes nº 766, Centro – Cx Postal 5-Fone: PABX (16) 3832 0183  
CEP 14610-000 - I P U Ã – Estado de São Paulo E-mail: [saude@ipua.sp.gov.br](mailto:saude@ipua.sp.gov.br)

Ipuã, 09 de março de 2026.

**RELATÓRIO DE PRODUÇÃO**

Venho através deste, comunicar a Irmandade Santa Casa de Misericórdia que a empresa **LAURA SOUZA TAZINAFO CLEMENTE - ME** com número de **CNPJ:40204787/0001-28** prestou serviços MÉDICOS no mês de Fevereiro de 2026 na Atenção Básica e Estratégia de Saúde da Família no Município de Ipuã - SP, conforme relatório em anexo **TERMO DE COLABORAÇÃO 01/2025 - ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE / ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.**

*Graziella Cristina Chicate*  
Enfermeira  
CPF SP 598918

Responsável pelo Relatório

De acordo com o comunicado acima, eu Alexandre Henrique Cruz, gestor do **TERMO DE COLABORAÇÃO 01/2025 – ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE / ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**, declaro ciência do relatório em anexo.

*Alexandre*  
Alexandre Henrique Cruz  
Gestor do Convênio

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

*Honorato*  
Priscila Honorato de Oliveira

FILTROS: Período: 01/02/2026 a 28/02/2026 | Equipe: 0002436523 - ESF - EURONALDO DO NASCIMENTO | Profissional: [706405687494588] - Laura Souza Tazinafo Clemente | CBO: 225142 - MÉDICO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA | Filtros personalizados: Nenhum

### Relatório de procedimentos individualizados

#### Resumo de produção

| Descrição                   | Quantidade |
|-----------------------------|------------|
| Registros identificados     | 304        |
| Registros não identificados | 0          |
| <b>Total:</b>               | <b>304</b> |

#### Faixa etária

| Descrição       | Masc.     | Fem.       | Indet.   | N. Inf.  | Total      |
|-----------------|-----------|------------|----------|----------|------------|
| 80 anos ou mais | 2         | 6          | 0        | 0        | 8          |
| Não informado   | 0         | 0          | 0        | 0        | 0          |
| <b>Total:</b>   | <b>99</b> | <b>205</b> | <b>0</b> | <b>0</b> | <b>304</b> |

#### Turno

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Manhã         | 136        |
| Tarde         | 168        |
| Noite         | 0          |
| Não informado | 0          |
| <b>Total:</b> | <b>304</b> |

#### Sexo

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Masculino     | 99         |
| Feminino      | 205        |
| Indeterminado | 0          |
| Não informado | 0          |
| <b>Total:</b> | <b>304</b> |

#### Faixa etária

| Descrição       | Masc. | Fem. | Indet. | N. Inf. | Total |
|-----------------|-------|------|--------|---------|-------|
| Menos de 01 ano | 3     | 0    | 0      | 0       | 3     |
| 01 ano          | 1     | 0    | 0      | 0       | 1     |
| 02 anos         | 2     | 1    | 0      | 0       | 3     |
| 03 anos         | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |
| 04 anos         | 0     | 1    | 0      | 0       | 1     |
| 05 a 09 anos    | 8     | 3    | 0      | 0       | 11    |
| 10 a 14 anos    | 4     | 6    | 0      | 0       | 10    |
| 15 a 19 anos    | 7     | 10   | 0      | 0       | 17    |
| 20 a 24 anos    | 3     | 17   | 0      | 0       | 20    |
| 25 a 29 anos    | 0     | 24   | 0      | 0       | 24    |
| 30 a 34 anos    | 11    | 13   | 0      | 0       | 24    |
| 35 a 39 anos    | 4     | 19   | 0      | 0       | 23    |
| 40 a 44 anos    | 9     | 21   | 0      | 0       | 30    |
| 45 a 49 anos    | 2     | 20   | 0      | 0       | 22    |
| 50 a 54 anos    | 2     | 10   | 0      | 0       | 12    |
| 55 a 59 anos    | 9     | 15   | 0      | 0       | 24    |
| 60 a 64 anos    | 13    | 21   | 0      | 0       | 34    |
| 65 a 69 anos    | 12    | 9    | 0      | 0       | 21    |
| 70 a 74 anos    | 3     | 7    | 0      | 0       | 10    |
| 75 a 79 anos    | 4     | 2    | 0      | 0       | 6     |

#### Local de atendimento

| Descrição                       | Quantidade |
|---------------------------------|------------|
| Domicílio                       | 5          |
| Escola / Creche                 | 0          |
| Instituição / Abrigo            | 0          |
| Polo (Academia da saúde)        | 0          |
| Rua                             | 0          |
| UBS                             | 299        |
| Unidade móvel                   | 0          |
| Unidade prisional ou congêneres | 0          |
| Unidade socioeducativa          | 0          |
| Outros                          | 0          |
| <b>Total:</b>                   | <b>304</b> |

#### Dados gerais

| Descrição                   | Quantidade |
|-----------------------------|------------|
| Escuta inicial / Orientação | 0          |

FILTROS: Período: 01/02/2026 a 28/02/2026 | Equipe: 0002436523 - ESF - EURONALDO DO NASCIMENTO | Profissional: [706405687494588] - Laura Souza Tazinafo Clemente | CBO: 225142 - MÉDICO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA | Filtros personalizados: Nenhum

**Procedimentos / Pequenas cirurgias**

| Descrição  | Quantidade |
|--|------------|
| Acupuntura com inserção de agulhas                         | 0          |
| Administração de vitamina A                                | 0          |
| Cateterismo vesical de alívio                              | 0          |
| Cauterização química de pequenas lesões                    | 0          |
| Cirurgia de unha (cantoplastia)                            | 0          |
| Coleta de citopatológico de colo uterino                   | 7          |
| Cuidado de estomas   | 0          |
| Curativo especial  | 0          |
| Drenagem de abscesso                                       | 0          |
| Eletrocardiograma  | 0          |
| Exame de fundo de olho (Fundoscopia)                       | 0          |
| Exame do pé diabético                                      | 0          |
| Exérese / Biópsia / Punção de tumores superficiais de pele | 0          |
| Infiltração em cavidade sinovial                           | 0          |
| Remoção de corpo estranho da cavidade auditiva e nasal     | 0          |
| Remoção de corpo estranho subcutâneo                       | 0          |
| Retirada de cerume   | 0          |
| Retirada de pontos de cirurgias básicas (por paciente)     | 0          |
| Sutura simples   | 0          |
| Tamponamento de epistaxe                                   | 0          |
| Teste do olhinho (TRV)                                     | 0          |
| Triagem oftalmológica                                      | 0          |
| <b>Total:</b>  | <b>7</b>   |

**Procedimentos - Administração de medicamentos**

| Descrição                             | Quantidade |
|---------------------------------------|------------|
| Endovenosa                            | 0          |
| Inalação / Nebulização                | 0          |
| Intramuscular                         | 0          |
| Orai                                  | 0          |
| Penicilina para tratamento de sífilis | 0          |
| Subcutânea (SC)                       | 0          |
| Tópica                                | 0          |
| <b>Total:</b>                         | <b>0</b>   |

**Outros procedimentos (SIGTAP)**

| Descrição  | Quantidade |
|--|------------|
| 0101040024 - AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA            | 16         |
| 0101040083 - MEDIÇÃO DE PESO                     | 4          |
| 0214010015 - GLICEMIA CAPILAR                    | 5          |
| 0301010064 - CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA | 288        |
| 0301010110 - CONSULTA PRÉ-NATAL                  | 14         |
| 0301010129 - CONSULTA PUERPERAL                  | 1          |
| 0301010137 - CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR     | 5          |
| 0301100039 - AFERIÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL        | 33         |
| 0301100250 - AFERIÇÃO DE TEMPERATURA             | 8          |
| <b>Total:</b>                                    | <b>374</b> |

**Procedimentos - Teste rápido**

| Descrição              | Quantidade |
|------------------------|------------|
| De gravidez            | 0          |
| Dosagem de proteinúria | 0          |
| Para HIV               | 0          |
| Para hepatite C        | 0          |
| Para sífilis           | 0          |
| <b>Total:</b>          | <b>0</b>   |



## Emitir comprovantes (versão antiga)

G3371715411520911  
17/03/2026 16:21:00

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
17/03/2026 - AUTOATENDIMENTO - 16.21.02  
3156903156 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL  
CLIENTE: IRMANDADE S C M IPUA  
AGENCIA: 3156-9 CONTA: 1.012.026-2

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA  
REMETENTE : IRMANDADE S C M IPUA  
BANCO: 756 - BANCO SICCOB S.A.  
AGENCIA: 5024-5 - CCLA DO CENTRO NORTE BRASILEIR  
CONTA: 40.280-0

FAVORECIDO: LAURA SOUZA TAZINAFO CLEMENTE  
CPF/CNPJ: 40.204.787/0001-28  
VALOR: R\$ 17.000,00  
DEBITO EM: 17/03/2026

=====

DOCUMENTO: 031712  
AUTENTICACAO SISBB: C.062.E0E.7E4.5AC.514

Transação efetuada com sucesso por: JJ549137 ADILSON DIAS CAMPOS.



**PM DE SAO JOAQUIM DA BARRA**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAQUIM DA BARRA**  
**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e**



**Número da NFS-e**  
**1413**  
**Código de Verificação de Autenticidade**  
**IN56WXO4B**  
**Data e Hora de Emissão da NFS-e**  
**17/03/2026 às 09:23:08**  
**Chave de Acesso**  
 2568148AFQ03MVKB00YVDS7WVY5EQ17A  
*Criada em substituição à NFS-e 1411*

**Informações Fiscais**

|                                     |                             |   |  |
|-------------------------------------|-----------------------------|---|--|
| Exigibilidade do ISS<br>Exigível    | Número do Processo          | Município de Incidência do ISS<br>SAO JOAQUIM DA BARRA-<br>SP | Local da Prestação<br>SAO JOAQUIM DA BARRA<br>- SP |
| Número da DPS                       | Série da DPS                | Data da DPS   | Competência<br><b>16/03/2026</b>                   |
| Optante Simples Nacional<br>2 - Não | Incentivo Fiscal<br>2 - Não | Regime Especial Tributação<br>Não Possul                      | Tipo ISS<br>04 - Fixo                              |

Para certificação da autenticidade acesse  
<http://intranet.saojoaquimdabarra.sp.gov.br:5661/lssweb>, menu consultas e Informe os dados desta NFS-e.

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

|  |  |                                     |                           |  |
|--|--|-------------------------------------|---------------------------|--|
| CPF/CNPJ<br><b>07.183.389/0001-05</b>        | RG/Inscrição Estadual                    | Inscrição Municipal<br><b>06443</b> | Cadastro<br><b>010780</b> | Nome/Razão Social<br>CASTRO & CASTRO CONSULTÓRIO MÉDICO LTDA |
| Logradouro<br><b>RUA RUA AMAZONAS, 00419</b> |  |                                     | Complemento               | Bairro<br><b>CENTRO</b>                                      |
| CEP<br><b>14600-053</b>                      | Cidade<br><b>SÃO JOAQUIM DA BARRA-SP</b> |                                     | Telefone                  | E-mail   |

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

|   |                                 |                     |  |
|---|---------------------------------|---------------------|--|
| CPF/CNPJ/Documento<br><b>45.708.765/0001-19</b> | RG/Inscrição Estadual           | Inscrição Municipal | Nome/Razão Social<br>IRMANDADE SANTA CASA MISERICÓRDIA DE IPUÃ |
| Logradouro<br><b>RUA FERDINANDO FRATIN, 335</b> |                                 |                     | Complemento  |
| CEP/Cod.Postal<br><b>14610-000</b>              | Cidade/País<br><b>IPUA - SP</b> |                     | Cod. IBGE  |
|   |                                 |                     | Telefone<br><b>16 38321222</b>                                 |
|   |                                 |                     | E-mail<br><b>santacasaipua@com4.com.br</b>                     |

**Discriminação dos Serviços**

| Qtde. | Un. Medida | Descrição  | Vir. Unitário | Total      |
|-------|------------|--|---------------|------------|
| 1,00  | UN         | REFERENTE A 16 EXAMES LAUDADOS DE ELETROENCEFALOGRAMA NO MÊS DE FEVEREIRO DE 2026.<br>TERMO DE COLABORAÇÃO: 01/2025 - ATENÇÃO BÁSICA E ESTRATEGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA. | 640,00        | R\$ 640,00 |

**Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS**

| LC 116/2003: 040303  | Alíquota                | Atividade Município   | Código CNAE     | Código da Obra | Código ART |                       |
|--|-------------------------|-----------------------|-----------------|----------------|------------|-----------------------|
| Clinicas, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres. | 0,00%                   | 0000040300003         |                 |                |            |                       |
| Valor Total dos Serviços   | Desconto Incondicionado | Deduções Base Cálculo | Base de Cálculo | Total do ISS   | ISS Retido | Desconto Condicionado |
| R\$ 640,00   | R\$ 0,00                | R\$ 0,00              | R\$ 640,00      | R\$ 0,00       | 2 - Não    | R\$ 0,00              |

**Retenções de Impostos**

|                                  |                                      |                |                                   |                                   |                              |
|----------------------------------|--------------------------------------|----------------|-----------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|
| PIS (640,00 x 0,65%)<br>R\$ 4,16 | COFINS (640,00 x 3,00%)<br>R\$ 19,20 | CP<br>R\$ 0,00 | IRRF (640,00 x 1,50%)<br>R\$ 9,60 | CSLL (640,00 x 1,00%)<br>R\$ 6,40 | Outras Retenções<br>R\$ 0,00 |
|----------------------------------|--------------------------------------|----------------|-----------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|

Valor Líquido da NFS-e: R\$ 600,64

**Informações Complementares**

Val. Aprox. Tributos:

RECEBI(EMOS) DE **CASTRO & CASTRO CONSULTÓRIO MÉDICO LTDA** O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO **1413** E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO **IN56WXO4B**.

Data

CPF/IRG

Assinatura

**IMPOSTO E CONTRIBUIÇÃO SOBRE BENS E SERVIÇOS (IBS E CBS)**

Identificador:

CPF/CNPJ/NIF do fornecedor

Número da Nota

Código de Verificação

1413

**DESTINATÁRIO**

CPF/CNPJ: Nome/Razão Social:  
 Endereço: Nº: Complemento:  
 Bairro: E-mail:  
 Município: CEP: INFORMAÇÕES DE ENDEREÇO NACIONAL

**ADQUIRENTE**

CPF/CNPJ: 45708765000119 Nome/Razão Social: IRMANDADE SANTA CASA MISERICÓRDIA DE IPUÁ  
 Endereço: RUA FERDINANDO FRATIN Nº: 335 Complemento: -  
 Bairro: CENTRO E-mail: santecasaihua@com4.com.br  
 Município: IPUA CEP: 14610000 INFORMAÇÕES DE ENDEREÇO NACIONAL

**SERVIÇO PRESTADO**

Local de Incidência: SAO JOAQUIM DA BARRA SP Código Indicador da Operação:  
 Tipo de Operação: Operação de Uso:  
 Situação Tributária: null Classificação Tributária:

**OUTRAS CLASSIFICAÇÕES**

NBS:

NCM:

**VALORES**

| Valor das Deduções de IBS e CBS:       | R\$ 0,00   | Alíquota do IBS (%): | Redução de Alíquota do IBS (%): | Alíquota Efetiva do IBS (%): | Valor Diferido do IBS: | Valor do IBS:       |
|--|------------|----------------------|---------------------------------|------------------------------|------------------------|---------------------|
| Base de Cálculo do IBS e CBS:          | R\$ 616,64 | Estadual: 0.0        | Estadual: 0.0                   | Estadual: 0.1                | Estadual: R\$ 0,00     | Estadual: R\$ 0,62  |
| Valor dos Serviços Antes dos Tributos: | R\$ 0,00   | Municipal: 0.1       | Municipal: 0.0                  | Municipal: 0.1               | Municipal: R\$ 0,00    | Municipal: R\$ 0,62 |
|  |            |                      |                                 |                              |                        | Total: R\$ 1,23     |
| Valor da Multa:                        | R\$ 0,00   | Alíquota da CBS (%): | Redução de Alíquota da CBS (%): | Alíquota Efetiva da CBS (%): | Valor Diferido da CBS: | Valor da CBS:       |
| Valor do Juros:                        | R\$ 0,00   | 0.9                  | 0.0                             | 0.9                          | R\$ 0,00               | R\$ 5,55            |
| VALOR TOTAL COBRADO = R\$ 0,00         |            |                      |                                 |                              |                        |                     |

INFORMAÇÕES ADICIONAIS



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE IPUÃ**

Av. Carlos Fernandes nº 766, Centro – Cx Postal 5-Fone: PABX (16) 3832 0183  
CEP 14610-000 - I P U Ã – Estado de São Paulo E-mail: [saude@ipua.sp.gov.br](mailto:saude@ipua.sp.gov.br)

Ipuã, 02 de Março de 2026

**Do Centro de Especialidades Dr Nilson Ferreira II**

**RELATÓRIO DE PRODUÇÃO**

Venho por deste, comunicar a Irmandade Santa Casa de Misericórdia que a empresa CASTRO E CASTRO CONSULTÓRIO MÉDICO LTDA – CNPJ 07.183.389/0001-05, prestou serviço de laudo para eletroencefalograma, no mês de Fevereiro de 2026 no Centro de Especialidades conforme relatório em anexo.

Totalizando 16 laudos.

**Rosemeire A. L. Teixeira**

**Enfermeira – COREN: 264.985**

De acordo com o comunicado da enfermeira responsável Rosemeire A. L. Teixeira, eu Alexandre Henrique da Cruz, gestora do **TERMO DE COLABORAÇÃO 01/2025 – ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE / ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**, declaro ciência do relatório em anexo.

**Alexandre Henrique da Cruz**

**Gestora do Convênio**

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

**Priscila Honorato de Oliveira**

**Secretária Municipal de Saúde**

**Emitir comprovantes (versão antiga)**

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
17/03/2026 - AUTOATENDIMENTO - 16.10.54  
3156903156 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL  
CLIENTE: IRMANDADE S C M IPUA  
AGENCIA: 3156-9 CONTA: 1.012.026-2

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA  
REMETENTE : IRMANDADE S C M IPUA  
BANCO: 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL  
AGENCIA: 0782-X - SAO JOAQUIM DA BARRA  
CONTA: 3.000.089-0

FAVORECIDO: CASTRO E CASTRO CONSULTORIO MEDICO  
CPF/CNPJ: 07.183.389/0001-05  
VALOR: R\$ 600,64  
DEBITO EM: 17/03/2026

=====

DOCUMENTO: 031713  
AUTENTICACAO SISBB: 3.FAB.6F7.89E.F61.0CC

Transação efetuada com sucesso por: JJ549137 ADILSON DIAS CAMPOS.

Pagar este documento até

**20/03/2026**

às 21:59:59 (Brasília)

Valor a recolher

**6.588,27**

CPF/CNPJ do Empregador  
45.708.765

Nome/Razão Social do Empregador  
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA

Núm. de Pág.  
1

Identificador  
0126031125657785-6

Tag  
CTOCA - ATENCAO BASICA - E.S.F.

## Composição do Documento

### Informações de recolhimentos do FGTS

| Competência        | Quantidade<br>Trabalhadores | FGTS Mensal     | FGTS Rescisório | Indenização<br>Compensatória | Encargos FGTS | Total           |
|--------------------|-----------------------------|-----------------|-----------------|------------------------------|---------------|-----------------|
| 02/2026            | 24                          | 3.932,74        | 0,00            | 0,00                         | 0,00          | 3.932,74        |
| <b>Total FGTS:</b> |                             | <b>3.932,74</b> | <b>0,00</b>     | <b>0,00</b>                  | <b>0,00</b>   | <b>3.932,74</b> |

### Informações de recolhimentos do Consignado

| Competência              | Consignado      | Encargos Consignado | Total           |
|--------------------------|-----------------|---------------------|-----------------|
| 02/2026                  | 2.655,53        | 0,00                | 2.655,53        |
| <b>Total Consignado:</b> | <b>2.655,53</b> | <b>0,00</b>         | <b>2.655,53</b> |

**Total da Guia: 6.588,27**

### Observações

Data de geração da Guia: 11/03/2026 às 09:45:44 - Página 1/1  
O detalhamento da guia pode ser consultado através do endereço <https://fgtsdigital.sistema.gov.br>





## Emitir comprovantes (versão antiga)

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
17/03/2026 - AUTOATENDIMENTO - 17.34.15  
3156903156 0001

## Comprovante Pix

CLIENTE: IRMANDADE S C M IPUA

AGENCIA: 3156-9 CONTA: 1.012.026-2

## PAGAMENTO VIA QR CODE

ID: E000000020260317195342873371102  
CNPJ DO PAGADOR: 45.708.765/0001-19  
VALOR: R\$6.588,27  
TARIFA: R\$0,00  
DATA: 17/03/2026 - 17:00:20  
COD PRODUTO: 60c45a3c7c034f06913243289d4e8443  
DEVEDOR: E DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA  
CNPJ DO DEVEDOR: 45.\*\*\*.\*\*\*/\*-19

PAGO PARA: Cef Matriz

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: 17/03/2026 - 17:00:21

DOCUMENTO: 031714

AUTENTICACAO SISBB: F.864.50A.C71.FE9.34C

Central de Atendimento BB

4004 0001

Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB

0800 729 0722

Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produ-  
tos 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.

Transação efetuada com sucesso por: JJ549137 ADILSON DIAS CAMPOS.

|  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| CNPJ<br><b>45.708.765/0001-19</b>                          | Razão Social<br><b>IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA</b> |   |   |
| Período de Apuração<br><b>Fevereiro/2026</b>               | Data de Vencimento<br><b>20/03/2026</b>                                | Número do Documento<br><b>07.16.26070.8917444-1</b> | Pagar este documento até<br><b>20/03/2026</b> |
| Observações<br><b>Nº Recibo Declaração: 50000453826792</b> |  |   | Valor Total do Documento<br><b>1.971,70</b>   |

**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:02/2026 Vencimento:20/03/2026                   | 480,91          |       |       | 480,91          |
| 5960          | COFINS - RETENCAO PAGT PJ A PJ DE DIR PRIVADO<br>07 COFINS - RETENCAO PAGT PJ A PJ DE DIR PRIVADO<br>PA:02/2026 Vencimento:20/03/2026 | 961,80          |       |       | 961,80          |
| 5979          | PIS - RETENCAO PAGT PJ A PJ DE DIR PRIVADO<br>07 PIS - RETENCAO PAGT PJ A PJ DE DIR PRIVADO<br>PA:02/2026 Vencimento:20/03/2026       | 208,39          |       |       | 208,39          |
| 5987          | CSLL - RETENCAO PAGT PJ A PJ DE DIR PRIVADO<br>07 CSLL - RETENCAO PAGT PJ A PJ DE DIR PRIVADO<br>PA:02/2026 Vencimento:20/03/2026     | 320,60          |       |       | 320,60          |
| <b>Totais</b> |   | <b>1.971,70</b> |       |       | <b>1.971,70</b> |

SENDER (Versão:5.2.9) Página: 1/1 11/03/2026 16:58:02

85800000019 4 71700385260 0 79071626070 0 89174441926 8

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

### Documento de Arrecadação de Receitas Federais

|               |               |               |               |
|---------------|---------------|---------------|---------------|
| 85800000019 4 | 71700385260 0 | 79071626070 0 | 89174441926 8 |
|---------------|---------------|---------------|---------------|



CNPJ: 45.708.765/0001-19  
Número: 07.16.26070.8917444-1  
Pagar até: 20/03/2026  
Valor: 1.971,70

Pague com o PIX



| RELACÃO PAGAMENTO DARFS: NOTAS PAGAS FEVEREIRO/2026 |            |      |               |            |            |            |            |       |               |            |
|---|------------|------|---------------|------------|------------|------------|------------|-------|---------------|------------|
| TRIB  | EMISSÃO    | NF ° | VR. BRUTO     | 1708       | 5960       | 5979       | 5987       | ISSQN | VR. LIQUIDO   |            |
|   |            |      |               |            |            |            |            |       |               |            |
| LP  | 11/02/2026 | 287  | R\$ 6.225,00  | R\$ 93,38  | R\$ 186,75 | R\$ 40,46  | R\$ 62,25  | R\$ - | R\$ 5.842,16  | R\$ 289,46 |
| LP  | 11/02/2026 | 19   | R\$ 3.154,00  | R\$ 47,31  | R\$ 94,62  | R\$ 20,50  | R\$ 31,54  | R\$ - | R\$ 2.960,03  | R\$ 146,66 |
| LP  | 11/02/2026 | 420  | R\$ 17.000,00 | R\$ 255,00 | R\$ 510,00 | R\$ 110,50 | R\$ 170,00 | R\$ - | R\$ 15.954,50 | R\$ 790,50 |
| LP  | 11/02/2026 | 1399 | R\$ 5.581,00  | R\$ 83,42  | R\$ 166,83 | R\$ 36,15  | R\$ 55,61  | R\$ - | R\$ 5.218,99  | R\$ 258,59 |
| LP  | 11/02/2026 | 1400 | R\$ 120,00    | R\$ 1,80   | R\$ 3,60   | R\$ 0,78   | R\$ 1,20   | R\$ - | R\$ 112,62    | R\$ 5,58   |
|   |            |      | R\$ 32.060,00 | R\$ 480,91 | R\$ 961,80 | R\$ 208,39 | R\$ 320,60 | R\$ - | R\$ 30.088,30 |            |
| NOTAS DA CONTA 1012026-2 R\$ 1.971,70               |            |      |               |            |            |            |            |       |               |            |

| 5960/5979/5987 TOTAL |        |
|----------------------|--------|
| R\$                  | 289,46 |
| R\$                  | 146,66 |
| R\$                  | 790,50 |
| R\$                  | 258,59 |
| R\$                  | 5,58   |



## Emitir comprovantes (versão antiga)

G3351716503311941  
17/03/2026 17:34:35

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
17/03/2026 - AUTOATENDIMENTO - 17.34.36  
3156903156 0001

Comprovante Pix

CLIENTE: IRMANDADE S C M IPUA

AGENCIA: 3156-9 CONTA: 1.012.026-2

PAGAMENTO VIA QR CODE

ID: E000000020260317195407523722214  
CNPJ DO PAGADOR: 45.708.765/0001-19  
VALOR: R\$1.971,70  
TARIFA: R\$0,00  
DATA: 17/03/2026 - 17:00:20

NOME DA COBRANCA: Solicitacao Pix

COD PRODUTO: 07162607089174441044474840

DEVEDOR: SANTA CASA

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 BBDDPJ.

Notificacao enviada em: 17/03/2026 - 17:00:20

DOCUMENTO: 031715

AUTENTICACAO SISBB: 7.BF2.3A0.DC8.978.B23

Central de Atendimento BB

4004 0001

Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB

0800 729 0722

Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produ-  
tos 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.

Transação efetuada com sucesso por: JJ549137 ADILSON DIAS CAMPOS.



|  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| CNPJ<br><b>45.708.765/0001-19</b>                          | Razão Social<br><b>IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA</b> |   |   |
| Período de Apuração<br><b>Fevereiro/2026</b>               | Data de Vencimento<br><b>20/03/2026</b>                                | Número do Documento<br><b>07.16.26070.7043808-7</b> | Pagar este documento até<br><b>20/03/2026</b> |
| Observações<br><b>Nº Recibo Declaração: 50000453826792</b> |  |   | Valor Total do Documento<br><b>4.539,50</b>   |

**Composição do Documento de Arrecadação**

| Código        | Denominação  | Principal       | Multa | Juros | Total           |
|---------------|--|-----------------|-------|-------|-----------------|
| 1082          | CONTR PREV DESCONTA SEGURADO-EMPREGADO/AVULSO<br>01 CP SEGURADOS - EMPREGADOS/AVULSO<br>PA:02/2026 Vencimento:20/03/2026             | 3.440,67        |       |       | 3.440,67 ✓      |
| 1099          | CP DESCONTADA SEGURADO - CONTRIB INDIVIDUAL<br>02 CP SEGURADOS - CONTRIBUINTES INDIVIDUAIS - 20%<br>PA:02/2026 Vencimento:20/03/2026 | 607,20          |       |       | 607,20 ✓        |
| 8301          | PIS - FOLHA DE PAGAMENTO<br>02 PIS - FOLHA DE SALARIOS<br>PA:02/2026 Vencimento:25/03/2026   | 491,63          |       |       | 491,63 ✓        |
| <b>Totais</b> |  | <b>4.539,50</b> |       |       | <b>4.539,50</b> |

SENDER (Versão:5.2.9) Página: 1/1 11/03/2026 11:33:37

85800000045 3 39500385260 7 79071626070 0 70438087540 0

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Documento de Arrecadação de Receitas Federais

85800000045 3 39500385260 7 79071626070 0 70438087540 0



CNPJ: 45.708.765/0001-19  
 Número: 07.16.26070.7043808-7  
 Pagar até: 20/03/2026  
 Valor: 4.539,50

Pague com o PIX



| <b>FEVEREIRO/2026.</b>                                   |                      |
|--|----------------------|
| <b>Conferir com as guias emitidas.</b>                   |                      |
| <b>INSS</b>  |                      |
| 000 - SANTA CASA - 3200-X                                | R\$ 1.285,87         |
| 015- UNIDADE DE CUIDADOS PROLONGADOS - U.C.P.            | R\$ 10.810,60        |
| 026 -SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - S.U.S.                     | R\$ 6.129,09         |
| 027 - EXEC.SERV.PRONTO ATENDIMENTO-ESPA-PLANTÃO -        | R\$ 1.277,83         |
| 028 - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS - 1022025-9  | R\$ 414,76           |
| 029 - LEITOS DE SAUDE MENTAL - L.S.M.                    | R\$ 874,13           |
| 030 -COOP.TÉC.OP.COMPL. A.B.-E.S.F. - 1012026-2          | R\$ 3.440,67         |
| <b>SUB TOTAL - CÓDIGO DARF 1082 - SEGURADO EMPREGADO</b> | <b>R\$ 24.232,95</b> |
| AUTÔNOMOS-CONTADOR-P.O. ATENÇÃO HOSPITALAR.              | R\$ 810,50           |
| 030 -COOP.TÉC.OP.COMPL. A.B.-E.S.F. - 1012026-2          | R\$ 607,20           |
| 000 - AUTÔNOMOS – SANTA CASA - CONTADOR - 3200-X         | R\$ 277,41           |
| 000 - AUTÔNOMOS – SANTA CASA - 3200-X                    | R\$ 641,28           |
|  | R\$ -                |
| <b>SUB TOTAL - CÓDIGO DARF 1099 - CONTR. INDIVIDUAIS</b> | <b>R\$ 2.336,39</b>  |
| <b>TOTAL.....</b>  | <b>R\$ 26.569,34</b> |

| <b>DARF – PIS - FOLHA 02/2026.</b>                      |                     |
|---|---------------------|
| 000 - SANTA CASA - 3200-X.                              | R\$ 153,79          |
| 015 - UNIDADE DE CUIDADOS PROLONGADOS - U.C.P.          | R\$ 1.244,20        |
| 026 - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - S.U.S. .                 | R\$ 1.223,13        |
| 027 - EXEC.SERV.PRONTO ATENDIMENTO-ESPA-PLANTÃO.        | R\$ 134,80          |
| 028 - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS - 1022025-9 | R\$ 43,79           |
| 029 - LEITOS DE SAUDE MENTAL - L.S.M.                   | R\$ 100,60          |
| 030 -COOP.TÉC.OP.COMPL. A.B.-E.S.F. - 1012026-2         | R\$ 491,63          |
| <b>TOTAL.....</b>                                       | <b>R\$ 3.391,94</b> |

| <b>DARF – IRRF - 0561 - FOLHA 01/2026 - PAGO EM 02/2026.</b> |                     |
|--|---------------------|
| 000 - SANTA CASA - 3200-X                                    | R\$ -               |
| 015 - UNIDADE DE CUIDADOS PROLONGADOS - U.C.P.               | R\$ 67,71           |
| 026 -SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - S.U.S.                         | R\$ 713,01          |
| 027 - EXEC.SERV.PRONTO ATENDIMENTO-ESPA-PLANTÃO.             | R\$ 652,01          |
| 028 - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS - 1022025-9      | R\$ -               |
| 029 - LEITOS DE SAUDE MENTAL - L.S.M.                        | R\$ -               |
| 030 -COOP.TÉC.OP.COMPL. A.B.-E.S.F. - 1012026-2              | R\$ -               |
| <b>SUB TOTAL.....</b>  | <b>R\$ 1.432,73</b> |

| <b>DARF – IRRF - 0588 - FOLHA 01/2026 - PAGO EM 02/2026.</b> |                     |
|--|---------------------|
| 015 - UNIDADE DE CUIDADOS PROLONGADOS - U.C.P.               | R\$ -               |
| SANTA CASA - AUTÔNOMOS - P.O. ATENÇÃO HOSPITALAR             | R\$ 627,19          |
| 000 - SANTA CASA – CONTADOR - 3200-X                         | R\$ 615,92          |
| <b>SUB TOTAL.....</b>  | <b>R\$ 1.243,11</b> |
| <b>TOTAL.....</b>  | <b>R\$ 2.675,84</b> |

| <b>FGTS - 02/2026.</b>                                  |                      |
|---|----------------------|
| 000 - SANTA CASA - 3200-X                               | R\$ 1.230,26         |
| 015 - UNIDADE DE CUIDADOS PROLONGADOS - U.C.P.          | R\$ 9.953,43         |
| 026 - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - S.U.S. - .               | R\$ 9.675,99         |
| 027 - EXECUÇÃO SERV.PRONTO ATENDIMENTO-PLANTÃO.         | R\$ 1.078,38         |
| 028 - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS - 1022025-9 | R\$ 350,43           |
| 029 - LEITOS DE SAUDE MENTAL - L.S.M.                   | R\$ 804,92           |
| 030 -COOP.TÉC.OP.COMPL. A.B.-E.S.F. - 1012026-2         | R\$ 3.932,74         |
| <b>TOTAL.....</b>                                       | <b>R\$ 27.026,15</b> |



## Emitir comprovantes (versão antiga)

G3351716503311941  
17/03/2026 17:33:56SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
17/03/2026 - AUTOATENDIMENTO - 17.33.56  
3156903156 0001

Comprovante Pix

CLIENTE: IRMANDADE S C M IPUA

AGENCIA: 3156-9 CONTA: 1.012.026-2

=====

PAGAMENTO VIA QR CODE

-----

ID: E000000020260317195318501103415

CNPJ DO PAGADOR: 45.708.765/0001-19

VALOR: R\$4.539,50

TARIFA: R\$0,00

DATA: 17/03/2026 - 17:02:44

NOME DA COBRANCA: Solicitacao Pix

COD PRODUTO: 071626070438087044959973

DEVEDOR: SANTA CASA

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: 17/03/2026 - 17:02:45

=====

DOCUMENTO: 031716

AUTENTICACAO SISBB: C.8F3.043.6DA.E97.CFA

-----

Central de Atendimento BB

4004 0001

Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB

0800 729 0722

Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produ-  
tos 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.

-----

Transação efetuada com sucesso por: JJ549137 ADILSON DIAS CAMPOS.



Chave de Acesso da NFS-e  
3517703222736062200018700000000002526030963518228



|                       |                                    |  |
|-----------------------|------------------------------------|--|
| Número da NFS-e<br>25 | Competência da NFS-e<br>18/03/2026 | Data e Hora da emissão da NFS-e<br>18/03/2026 13:56:28 |
| Número da DPS<br>18   | Série da DPS<br>70000              | Data e Hora da emissão da DPS<br>18/03/2026 13:56:27   |

A autenticidade desta NFS-e pode ser verificada pela leitura deste código QR ou pela consulta da chave de acesso no portal nacional da NFS-e

|   |  |   |                             |
|---|--|---|-----------------------------|
| <b>EMITENTE DA NFS-e</b><br>Prestador do Serviço  | CNPJ / CPF / NIF<br>27.360.622/0001-87 | Inscrição Municipal<br>5883   | Telefone<br>(16) 99199-5723 |
| Nome / Nome Empresarial<br>VICTOR DE PAULA T. P. LUCAS CLINICA MEDICA                                 |  | E-mail<br>victor_guara@hotmail.com  |                             |
| Endereço<br>DR FRANCISCO DE PAULA LEAO, 00299, CENTRO   |  | Município<br>Guarã - SP   | CEP<br>14580-023            |
| Simple Nacional na Data de Competência<br>Optante - Microempresa ou Empresa de Pequeno Porte (ME/EPP) |  | Regime de Apuração Tributária pelo SN<br>Regime de apuração dos tributos federais e municipal pelo Simples Nacional |                             |

|  |  |                          |                  |
|--|--|--------------------------|------------------|
| <b>TOMADOR DO SERVIÇO</b>  | CNPJ / CPF / NIF<br>45.708.765/0001-19 | Inscrição Municipal<br>- | Telefone<br>-    |
| Nome / Nome Empresarial<br>IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA |  | E-mail<br>-              |                  |
| Endereço<br>R FERDINANDO FRATIN, 335, CENTRO                               |  | Município<br>Ipuã - SP   | CEP<br>14610-029 |

**INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO NÃO IDENTIFICADO NA NFS-e**

**SERVIÇO PRESTADO**

|   |                                     |                                 |                        |
|---|-------------------------------------|---------------------------------|------------------------|
| Código de Tributação Nacional<br>04.01.01 - Medicina.   | Código de Tributação Municipal<br>- | Local da Prestação<br>Ipuã - SP | País da Prestação<br>- |
| Descrição do Serviço<br>REFERENTE A 30 CONSULTAS DE G.O. NO MÊS DE JANEIRO DE 2026, NOTA COMPLEMENTAR DA NOTA FISCAL N°16. TERMO DE COLABORAÇÃO: 01/2025 - ATENÇÃO BÁSICA E ESTRATEGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.VICTOR DE PAULA TELLES PIRES LUCAS BANCO DO BRASIL AGÊNCIA 2092-3 CONTA CORRENTE 16671-5 |                                     |                                 |                        |

**TRIBUTAÇÃO MUNICIPAL**

|  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| Tributação do ISSQN<br>Operação Tributável | País Resultado da Prestação do Serviço<br>- | Município de Incidência do ISSQN<br>Guarã - SP | Regime Especial de Tributação<br>Nenhum |
| Tipo de Imunidade<br>-                     | Suspensão da Exigibilidade do ISSQN<br>Não  | Número Processo Suspensão<br>-                 | Benefício Municipal<br>-                |
| Valor do Serviço<br>R\$ 2.490,00           | Desconto Incondicionado<br>-                | Total Deduções/Reduções<br>-                   | Cálculo do BM<br>-                      |
| BC ISSQN<br>-                              | Alíquota Aplicada<br>-                      | Retenção do ISSQN<br>Não Retido                | ISSQN Apurado<br>-                      |

**TRIBUTAÇÃO FEDERAL**

|                                    |   |                                      |   |
|------------------------------------|---|--------------------------------------|---|
| IRRF<br>-                          | Contribuição Previdenciária - Retida<br>- | Contribuições Sociais - Retidas<br>- | Descrição Contrib. Sociais - Retidas<br>- |
| PIS - Débito Apuração Própria<br>- | COFINS - Débito Apuração Própria<br>-     |                                      |   |

**VALOR TOTAL DA NFS-E**

|                                   |  |                              |  |
|-----------------------------------|--|------------------------------|--|
| Valor do Serviço<br>R\$ 2.490,00  | Desconto Condicionado<br>-             | Desconto Incondicionado<br>- | ISSQN Retido<br>-                      |
| Total das Retenções Federais<br>- | PIS/COFINS - Débito Apur. Própria<br>- |                              | Valor Líquido da NFS-e<br>R\$ 2.490,00 |

**TOTAIS APROXIMADOS DOS TRIBUTOS**

|          |           |            |
|----------|-----------|------------|
| Federais | Estaduais | Municipais |
| -        | -         | -          |

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

Conta: 103.2026-2



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

E.S.F DR FARNCISCO MARTIMILIANO DE ANDRADE JUNQUEIRA (CAPELINHA)

Av. José Junqueira Meireles 140, Capelinha – Fone: (16) 3832-9124  
CEP 14610-000 - I P U Ã – Estado de São Paulo  
E-mail: esfcapelinha@gmail.com

Ipuã 02/03/2026

### RELATÓRIO DE PRODUÇÃO

Venho por meio deste , comunicar a Irmandade Santa Casa de Misericórdia que a empresa Victor de Paula T.P.Lucas Clínica Medica ME- CNPJ 27.360.622/0001-87, prestou serviço de atendimento MEDICO EM GINECOLOGIA , no mês de janeiro de 2026 na UBS Capelinha /EAP conforme relatório em anexo.

Totalizando 30 consultas

TERMO DE COLABORAÇÃO 01/025 – ATENÇÃO BÁSICA DE SUADE /ESTRATEGIA DE SAÚDE DA FAMILIA.

*Maristela Bezerra de Castro*  
Enfermeira  
COREN-SP 275.291

\_\_\_\_\_  
Responsável pelo relatório

De acordo com o comunicado acima, eu Alexandre Henrique Cruz, gestor do TERMO DE COLABORAÇÃO 01/2025 -Atenção Basica /Estrategia de Saúde da família, declaro ciência do rtelatorio em anexo

*Alexandre*

\_\_\_\_\_  
Alexandre Henrique Cruz  
Gestora do Convênio

\_\_\_\_\_  
De acordo com os relatórios , solicito o pagamento a empresa acima citada

*Honorato*

\_\_\_\_\_  
Priscila Honorato de Oliveira

FILTROS: Período: 01/01/2026 a 31/01/2026 | Equipe: 0002536722 - EAP - CAPELINHA | Profissional: [706302744838978] - Victor de Paula Telles Pires Lucas | CBO: 225170 - MÉDICO GENERALISTA | Filtros personalizados: Nenhum

### Relatório de procedimentos individualizados

#### Resumo de produção

| Descrição                   | Quantidade |
|-----------------------------|------------|
| Registros identificados     | 30         |
| Registros não identificados | 0          |
| <b>Total:</b>               | <b>30</b>  |

#### Turno

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Manhã         | 0          |
| Tarde         | 30         |
| Noite         | 0          |
| Não informado | 0          |
| <b>Total:</b> | <b>30</b>  |

#### Faixa etária

| Descrição       | Masc. | Fem. | Indet. | N. Inf. | Total |
|-----------------|-------|------|--------|---------|-------|
| Menos de 01 ano | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |
| 01 ano          | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |
| 02 anos         | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |
| 03 anos         | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |
| 04 anos         | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |
| 05 a 09 anos    | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |
| 10 a 14 anos    | 0     | 1    | 0      | 0       | 1     |
| 15 a 19 anos    | 0     | 5    | 0      | 0       | 5     |
| 20 a 24 anos    | 0     | 2    | 0      | 0       | 2     |
| 25 a 29 anos    | 0     | 2    | 0      | 0       | 2     |
| 30 a 34 anos    | 0     | 3    | 0      | 0       | 3     |
| 35 a 39 anos    | 0     | 1    | 0      | 0       | 1     |
| 40 a 44 anos    | 0     | 3    | 0      | 0       | 3     |
| 45 a 49 anos    | 0     | 6    | 0      | 0       | 6     |
| 50 a 54 anos    | 0     | 2    | 0      | 0       | 2     |
| 55 a 59 anos    | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |
| 60 a 64 anos    | 0     | 1    | 0      | 0       | 1     |
| 65 a 69 anos    | 0     | 3    | 0      | 0       | 3     |
| 70 a 74 anos    | 0     | 1    | 0      | 0       | 1     |
| 75 a 79 anos    | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |
| 80 anos ou mais | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |

#### Faixa etária

| Descrição     | Masc.    | Fem.      | Indet.   | N. Inf.  | Total     |
|---------------|----------|-----------|----------|----------|-----------|
| Não informado | 0        | 0         | 0        | 0        | 0         |
| <b>Total:</b> | <b>0</b> | <b>30</b> | <b>0</b> | <b>0</b> | <b>30</b> |

#### Sexo

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Masculino     | 0          |
| Feminino      | 30         |
| Indeterminado | 0          |
| Não informado | 0          |
| <b>Total:</b> | <b>30</b>  |

#### Local de atendimento

| Descrição                       | Quantidade |
|---------------------------------|------------|
| Domicílio                       | 0          |
| Escola / Creche                 | 0          |
| Instituição / Abrigo            | 0          |
| Polo (Academia da saúde)        | 0          |
| Rua                             | 0          |
| UBS                             | 30         |
| Unidade móvel                   | 0          |
| Unidade prisional ou congêneres | 0          |
| Unidade socioeducativa          | 0          |
| Outros                          | 0          |
| <b>Total:</b>                   | <b>30</b>  |

#### Dados gerais

| Descrição                   | Quantidade |
|-----------------------------|------------|
| Escuta inicial / Orientação | 0          |

#### Procedimentos / Pequenas cirurgias

| Descrição                               | Quantidade |
|---|------------|
| Acupuntura com inserção de agulhas      | 0          |
| Administração de vitamina A             | 0          |
| Cateterismo vesical de alívio           | 0          |
| Cauterização química de pequenas lesões | 0          |

FILTROS: Período: 01/01/2026 a 31/01/2026 | Equipe: 0002536722 - EAP - CAPELINHA | Profissional: [706302744838978] - Victor de Paula Telles Pires Lucas | CBO: 225170 - MÉDICO GENERALISTA | Filtros personalizados: Nenhum

### Procedimentos / Pequenas cirurgias

| Descrição  | Quantidade |
|--|------------|
| Cirurgia de unha (cantoplastia)                            | 0          |
| Coleta de citopatológico de colo uterino                   | 2          |
| Cuidado de estomas   | 0          |
| Curativo especial  | 0          |
| Drenagem de abscesso                                       | 0          |
| Eletrocardiograma  | 0          |
| Exame de fundo de olho (Fundoscopia)                       | 0          |
| Exame do pé diabético                                      | 0          |
| Exérese / Biópsia / Punção de tumores superficiais de pele | 0          |
| Infiltração em cavidade sinovial                           | 0          |
| Remoção de corpo estranho da cavidade auditiva e nasal     | 0          |
| Remoção de corpo estranho subcutâneo                       | 0          |
| Retirada de cerume   | 0          |
| Retirada de pontos de cirurgias básicas (por paciente)     | 0          |
| Sutura simples   | 0          |
| Tamponamento de epistaxe                                   | 0          |
| Teste do olhinho (TRV)                                     | 0          |
| Triagem oftalmológica                                      | 0          |
| <b>Total:</b>  | <b>2</b>   |

### Procedimentos - Teste rápido

| Descrição              | Quantidade |
|------------------------|------------|
| De gravidez            | 0          |
| Dosagem de proteinúria | 0          |
| Para HIV               | 0          |
| Para hepatite C        | 0          |
| Para sífilis           | 0          |
| <b>Total:</b>          | <b>0</b>   |

### Procedimentos - Administração de medicamentos

| Descrição                             | Quantidade |
|---------------------------------------|------------|
| Endovenosa                            | 0          |
| Inalação / Nebulização                | 0          |
| Intramuscular                         | 0          |
| Oral                                  | 0          |
| Penicilina para tratamento de sífilis | 0          |
| Subcutânea (SC)                       | 0          |
| Tópica                                | 0          |
| <b>Total:</b>                         | <b>0</b>   |

### Outros procedimentos (SIGTAP)

| Descrição  | Quantidade |
|--|------------|
| 0301010064 - CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA | 28         |
| 0301010110 - CONSULTA PRÉ-NATAL                  | 2          |
| <b>Total:</b>                                    | <b>30</b>  |



## Emitir comprovantes (versão antiga)

18/03/2026 - BANCO DO BRASIL - 16:01:57  
315603156 SEGUNDA VIA 0001  
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: IRMANDADE S C M IPUA  
AGENCIA: 3156-9 CONTA: 1.012.026-2  
=====

|                       |                     |
|-----------------------|---------------------|
| DATA DA TRANSFERENCIA | 18/03/2026          |
| NR. DOCUMENTO         | 552.092.000.016.671 |
| VALOR TOTAL           | 2.490,00            |

\*\*\*\*\* TRANSFERIDO PARA:

|                                  |                     |
|----------------------------------|---------------------|
| CLIENTE: VICTOR P T P L C M - ME |                     |
| AGENCIA: 2092-3                  | CONTA: 16.671-5     |
| NR. DOCUMENTO                    | 553.156.001.012.026 |

=====

|                  |                       |
|------------------|-----------------------|
| NR. AUTENTICACAO | 0.FDF.85F.DF5.B81.B52 |
|------------------|-----------------------|

Transação efetuada com sucesso por: JJ549137 ADILSON DIAS CAMPOS.

**Chave de Acesso da NFS-e**

3516200124119803100018600000000027226030289846616

**Número da NFS-e**

272

**Competência da NFS-e**

01/03/2026

**Data da emissão da NFS-e**

18/03/2026

A autenticidade desta NFS-e pode ser consultada pela chave de acesso no portal nacional da NFS-e

**Número da DPS**

272

**Série da DPS**

49999

**Data da emissão da DPS**

18/03/2026

**EMITENTE DA NFS-e**

Prestador do Serviço

**CNPJ / CPF / NIF**

41.198.031/0001-86

**Inscrição Municipal**

95692

**Telefone**

1637029830

**Nome / Nome Empresarial**

PIRES E PIRES SAUDE OCUPACIONAL LTDA

**E-mail**

lqueiroz@lqueiroz.com.br

**Endereço**

14403-465 - RUA RUA VICENTE GRAMANI, 2187

**Município**

FRANCA - SP

**CEP**

14403-465

**Simplex Nacional na Data de Competência**

Não optante

**Regime de Apuração Tributária pelo SN**

-

**TOMADOR DO SERVIÇO**

**Nome / Nome Empresarial**

IRMANDADE DE SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA

**Endereço**

RUA FERDINANDO FRATIM, 335, CENTRO

**Inscrição Municipal**

-

**E-mail**

-

**Município**

Ipuã - SP

**Telefone**

-

**CEP**

14610-000

**INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO NÃO IDENTIFICADO NA NFS-e**

**SERVIÇO PRESTADO**

**Código de Tributação Nacional**

04.03.03 Clínicas, sanatórios, manicômios, casas de saúde, ...

**Código de Tributação Municipal**

-

**Local da Prestação**

Ipuã - SP

**País da Prestação**

BRASIL

**Descrição do Serviço**

REFERENTE A 06 CONSULTAS MÉDICAS DE NEFROLOGISTA NO MÊS FEVEREIRO DE 2026. TERMO DE COLABORAÇÃO: 01/2025 - ATENÇÃO BÁSICA E ESTRATEGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.

**TRIBUTAÇÃO MUNICIPAL**

**Tributação do ISSQN**

Operação Tributável

**País Resultado da Prestação do Serviço**

-

**Município de Incidência do ISSQN**

Franca - SP

**Regime Especial de Tributação**

Nenhum

**Tipo de Imunidade**

-

**Suspensão da Exigibilidade do ISSQN**

Não

**Número Processo Suspensão**

-

**Benefício Municipal**

-

**Valor do Serviço**

R\$ 498,00

**Desconto Incondicionado**

-

**Total Deduções/Reduções**

-

**Cálculo do BM**

-

**BC ISSQN**

R\$ 498,00

**Alíquota Aplicada**

2,00%

**Retenção do ISSQN**

Não retido

**ISSQN Apurado**

R\$ 9,96

**TRIBUTAÇÃO FEDERAL**

**IRRF**

-

**Contribuição Previdenciária - Retida**

-

**Contribuições Sociais - Retidas**

-

**Descrição Contrib. Sociais - Retidas**

-

**PIS - Débito Apuração Própria**

-

**COFINS - Débito Apuração Própria**

-

**VALOR TOTAL DA NFS-E**

**Valor do Serviço**

R\$ 498,00

**Desconto Condicionado**

-

**Desconto Incondicionado**

-

**ISSQN Retido**

-

**Total das Retenções Federais**

-

**PIS/COFINS - Débito Apuração Própria**

-

**Valor Líquido da NFS-e**

R\$ 498,00

**TOTAIS APROXIMADOS DOS TRIBUTOS**

Federais

Estaduais

Municipais

-

-

R\$ 9,96

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

NBS: 1.2301.21.00 |

conta: 301.2026-2



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE IPUÃ**

Av. Carlos Fernandes nº 766, Centro – Cx Postal 5-Fone: PABX (16) 3832 0183  
CEP 14610-000 - I P U Ã – Estado de São Paulo E-mail: [saude@ipua.sp.gov.br](mailto:saude@ipua.sp.gov.br)

Ipuã, 02 de Março de 2026

**Do Centro de Especialidades Dr Nilson Ferreira II**

**RELATÓRIO DE PRODUÇÃO**

Venho por meio deste, comunicar a Irmandade Santa Casa de Misericórdia que a empresa PIRES E PIRES SAÚDE OCUPACIONAL LTDA – CNPJ 41.198.031/0001-86, prestou serviço de atendimento MÉDICO em NEFROLOGIA, no mês de Fevereiro de 2026, no Centro de Especialidades conforme relatório em anexo.

Totalizando 06 consultas.

**TERMO DE COLABORAÇÃO 01/2025 - ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE / ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Rosemeire A. L. Teixeira

Enfermeira – COREN: 264.985

De acordo com o comunicado da enfermeira responsável Rosemeire A. L. Teixeira, eu Alexandre Henrique da Cruz, gestora do **TERMO DE COLABORAÇÃO 01/2025 – ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE / ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**, declaro ciência do relatório em anexo.

Alexandre Henrique da Cruz

Gestora do Convênio

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

Priscila Honorato de Oliveira  
Secretária Municipal de Saúde



## Emitir comprovantes (versão antiga)

G3381815521328661  
18/03/2026 16:13:19

18/03/2026 - BANCO DO BRASIL - 16:01:58  
315603156 SEGUNDA VIA 0002  
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: IRMANDADE S C M IPUA  
AGENCIA: 3156-9 CONTA: 1.012.026-2  
=====

|                       |                     |
|-----------------------|---------------------|
| DATA DA TRANSFERENCIA | 18/03/2026          |
| NR. DOCUMENTO         | 553.092.000.049.922 |
| VALOR TOTAL           | 498,00              |

\*\*\*\*\* TRANSFERIDO PARA:  
CLIENTE: PIRES P S O LTDA  
AGENCIA: 3092-9 CONTA: 49.922-6  
NR. DOCUMENTO 553.156.001.012.026  
=====

|                  |                       |
|------------------|-----------------------|
| NR. AUTENTICACAO | 6.A2B.B46.835.72A.586 |
|------------------|-----------------------|

Transação efetuada com sucesso por: JJ549137 ADILSON DIAS CAMPOS.



**PM DE IPUÃ - SP**  
**PREF. MUNIC. DE IPUÃ - SP**  
**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e**



**Número da NFS-e**  
**8**  
**Código de Verificação de Autenticidade**  
**C07FVSVK5**  
**Data e Hora de Emissão da NFS-e**  
**17/03/2026 às 14:44:46**  
**Chave de Acesso**  
**874547ZWATDU1TX4GTNT654CCXN6I98B**

**Informações Fiscais**

|                                     |                             |   |                                    |
|-------------------------------------|-----------------------------|---|------------------------------------|
| Exigibilidade do ISS<br>Exigível    | Número do Processo          | Município de Incidência do ISS<br>IPUA-SP   | Local da Prestação<br>IPUA - SP    |
| Número da DPS                       | Série da DPS                | Data da DPS   | Competência<br>17/03/2026          |
| Optante Simples Nacional<br>1 - Sim | Incentivo Fiscal<br>2 - Não | Regime Especial Tributação<br>Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP) | Tipo ISS<br>03 - Sobre Faturamento |

Para certificação da autenticidade acesse  
<http://187.32.255.145:1982/issweb>, menu  
 consultas e informe os dados desta NFS-e.

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

|  |                       |                                   |                       |  |
|--|-----------------------|-----------------------------------|-----------------------|--|
| CPF/CNPJ<br>61.599.843/0001-40               | RG/Inscrição Estadual | Inscrição Municipal<br>1.123.4349 | Cadastro<br>000018796 | Nome/Razão Social<br>MARIA VAUDEIDE DE CARVALHO MUNIZ DA COSTA BRITO |
| Logradouro<br>R. PALMYRA COSTA DA ROCHA, 251 |                       |                                   | Complemento           | Bairro<br>SANTA CRUZ   |
| CEP<br>14612-166                             | Cidade<br>IPUÃ-SP     |                                   | Telefone              | E-mail   |

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

|  |                          |                     |  |
|--|--------------------------|---------------------|--|
| CPF/CNPJ/Documento<br>45.708.765/0001-19 | RG/Inscrição Estadual    | Inscrição Municipal | Nome/Razão Social<br>IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA |
| Logradouro<br>RUA FERDINANDO FRATIN, 335 |                          |                     | Complemento  |
| CEP/Cod.Postal<br>14610-029              | Cidade/País<br>IPUA - SP |                     | Cod. IBGE  |
|  |                          |                     | Telefone<br>16 38321222  |
|  |                          |                     | E-mail<br>faturamento@santacasaipua.com.br                           |

**Discriminação dos Serviços**

| Qtde. | Un. Medida | Descrição  | Vir. Unitário | Total        |
|-------|------------|--|---------------|--------------|
| 1,00  | UN         | REFERENTE A 149 HORAS PRESTADAS COMO NUTRICIONISTA NO VALOR UNITÁRIO DE R\$28,00 NO MÊS DE FEVEREIRO DE 2026.<br>TERMO DE COLABORAÇÃO: 01/2025 - ATENÇÃO BÁSICA E ESTRATÉGICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.<br>VALOR BRUTO: R\$ 4.172,00<br>VALOR LÍQUIDO: R\$ 4.172,00 | 4.172,00      | R\$ 4.172,00 |

**Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS**

|                          |                         |                       |                 |                |                       |
|--------------------------|-------------------------|-----------------------|-----------------|----------------|-----------------------|
| LC 116/2003: 041001      | Alíquota                | Atividade Município   | Código CNAE     | Código da Obra | Código ART            |
| Nutrição.                | 2,01%                   | 0000041000001         |                 |                |                       |
| Valor Total dos Serviços | Desconto Incondicionado | Deduções Base Cálculo | Base de Cálculo | Total do ISS   | ISS Retido            |
| R\$ 4.172,00             | R\$ 0,00                | R\$ 0,00              | R\$ 4.172,00    | R\$ 83,86      | 2 - Não               |
|                          |                         |                       |                 |                | Desconto Condicionado |
|                          |                         |                       |                 |                | R\$ 0,00              |

**Construção Civil****Retenções de Impostos**

|          |          |          |          |          |                  |
|----------|----------|----------|----------|----------|------------------|
| PIS      | COFINS   | CP       | 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\$ 4.172,00

Val. Aprox. Tributos:

**Informações Complementares**

BANCO:0260  
 AG: 0001  
 C/C 809398617-4

RECEBI(EMOS) DE **MARIA VAUDEIDE DE CARVALHO MUNIZ DA COSTA BRITO** O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO 8 E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO **C07FVSVK5**.

Data

CPF/RG

Assinatura

conta dos 2026-2

**IMPOSTO E CONTRIBUIÇÃO SOBRE BENS E SERVIÇOS (IBS E CBS)**

Identificador:  
**Número da Nota**  
 8

CPF/CNPJ/NIF do fornecedor Código de Verificação

**DESTINATÁRIO**

|            |                    |
|------------|--------------------|
| CPF/CNPJ:  | Nome/Razão Social: |
| Endereço:  | Nº: Complemento:   |
| Bairro:    | E-mail:            |
| Município: | CEP:               |

INFORMAÇÕES DE ENDEREÇO NACIONAL

**ADQUIRENTE**

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| CPF/CNPJ: 45708765000119        | Nome/Razão Social: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA |
| Endereço: RUA FERDINANDO FRATIN | Nº: 335 Complemento: -   |
| Bairro: CENTRO                  | E-mail: faturamento@santacasaipua.com.br                           |
| Município: IPUA                 | CEP: 14610029  |

INFORMAÇÕES DE ENDEREÇO NACIONAL

**SERVIÇO PRESTADO**

|                              |                               |
|------------------------------|-------------------------------|
| Local de Incidência: IPUA SP | Código Indicador da Operação: |
| Tipo de Operação:            | Operação de Uso:              |
| Situação Tributária: null    | Classificação Tributária:     |

**OUTRAS CLASSIFICAÇÕES**

NBS:  
 NCM:

**VALORES**

|   |                      |                                 |                              |                        |                     |
|---|----------------------|---------------------------------|------------------------------|------------------------|---------------------|
| Valor das Deduções de IBS e CBS: R\$ 0,00       | Alíquota do IBS (%): | Redução de Alíquota do IBS (%): | Alíquota Efetiva do IBS (%): | Valor Diferido do IBS: | Valor do IBS:       |
| Base de Cálculo do IBS e CBS: R\$ 4.088,14      | Estadual: 0.0        | Estadual: 0.0                   | Estadual: 0.1                | Estadual: R\$ 0,00     | Estadual: R\$ 4,08  |
| Valor dos Serviços Antes dos Tributos: R\$ 0,00 | Municipal: 0.1       | Municipal: 0.0                  | Municipal: 0.1               | Municipal: R\$ 0,00    | Municipal: R\$ 4,09 |
|   |                      |                                 |                              |                        | Total: R\$ 8,18     |
| Valor da Multa: R\$ 0,00                        | Alíquota da CBS (%): | Redução de Alíquota da CBS (%): | Alíquota Efetiva da CBS (%): | Valor Diferido da CBS: | Valor da CBS:       |
| Valor do Juros: R\$ 0,00                        | 0.9                  | 0.0                             | 0.9                          | R\$ 0,00               | R\$ 36,79           |

VALOR TOTAL COBRADO = R\$ 0,00

INFORMAÇÕES ADICIONAIS



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE IPUÃ**

Av. Carlos Fernandes nº 766, Centro – Cx Postal 5-Fone: PABX (16) 3832 0183  
CEP 14610-000 - I P U Ã – Estado de São Paulo E-mail: [saude@ipua.sp.gov.br](mailto:saude@ipua.sp.gov.br)

Ipuã, 05 de Março de 2026.

**RELATÓRIO DE PRODUÇÃO**

Venho, através deste, comunicar a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Ipuã - SP que a empresa **MARIA VAUDEIDE DE CARVALHO MUNIZ DA COSTA BRITO ME – CNPJ 61.599.843/0001-40** prestou serviços em Nutrição no mês de fevereiro de 2026 na Atenção Básica e Estratégia de Saúde da Família no Município de Ipuã - SP conforme relatório.

Total: 149 horas

**TERMO DE COLABORAÇÃO 01/025 - ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE / ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA .**

*Maria Vaudeide de C. M. C. Brito*

Responsável pelo Relatório

---

De acordo com o comunicado acima, eu Alexandre Henrique Cruz, gestor do **TERMO DE COLABORAÇÃO 01/2025 - ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE / ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**, declaro ciência do relatório em anexo.

*Alexandre*

Alexandre Henrique Cruz

Gestor do Convênio

---

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

*Honorato*

Priscila Honorato de Oliveira

Secretária Municipal de Saúde.

FILTROS: Período: 01/02/2026 a 28/02/2026 | Equipe: 0001478303 - EMULTI - IPUA | Profissional: [704207241660280] - Maria Vaudeide de Carvalho Muniz da Costa Brito | CBO: 223710 - NUTRICIONISTA | Filtros personalizados: Nenhum

### Relatório de atividade coletiva

#### Resumo de produção

| Descrição          | Quantidade |
|--------------------|------------|
| Total de registros | 18         |

#### Número de participantes

| Descrição                   | Quantidade |
|-----------------------------|------------|
| Participantes identificados | 10         |
| Total de participantes      | 171        |

#### Turno

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Manhã         | 9          |
| Tarde         | 9          |
| Noite         | 0          |
| Não informado | 0          |
| <b>Total:</b> | <b>18</b>  |

#### Programa saúde na escola

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Educação      | 0          |
| Saúde         | 0          |
| <b>Total:</b> | <b>0</b>   |

#### Atividade

| Descrição   | Quantidade |
|---|------------|
| Reunião de equipe   | 5          |
| Reunião com outras equipes de saúde                               | 7          |
| Reunião intersetorial / Conselho local de saúde / Controle social | 0          |
| Educação em saúde   | 1          |
| Atendimento em grupo  | 5          |
| Avaliação / Procedimento coletivo                                 | 0          |
| Mobilização social  | 0          |
| Não informado   | 0          |
| <b>Total:</b>   | <b>18</b>  |

#### Público alvo

| Descrição                                   | Quantidade |
|---|------------|
| Comunidade em geral                         | 0          |
| Criança 0 a 3 anos                          | 1          |
| Criança 4 a 5 anos                          | 0          |
| Criança 6 a 11 anos                         | 0          |
| Adolescente                                 | 0          |
| Mulher                                      | 5          |
| Gestante                                    | 0          |
| Homem                                       | 0          |
| Familiares                                  | 0          |
| Pessoa idosa                                | 0          |
| Pessoas com doenças crônicas                | 0          |
| Usuário de tabaco                           | 0          |
| Usuário de álcool                           | 0          |
| Usuário de outras drogas                    | 0          |
| Pessoas com sofrimento ou transtorno mental | 0          |
| Profissional de educação                    | 0          |
| Outros                                      | 0          |
| Não informado                               | 0          |
| <b>Total:</b>                               | <b>6</b>   |

#### Temas para saúde

| Descrição   | Quantidade |
|---|------------|
| Ações de combate ao Aedes aegypti                   | 0          |
| Agravos e doenças negligenciadas                    | 0          |
| Alimentação saudável                                | 5          |
| Autocuidado de pessoas com doenças crônicas         | 0          |
| Cidadania e direitos humanos                        | 0          |
| Prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas  | 0          |
| Envelhecimento (climatério, andropausa, etc)        | 0          |
| Plantas medicinais / Fitoterapia                    | 0          |
| Prevenção da violência e promoção da cultura da paz | 0          |
| Saúde ambiental                                     | 0          |
| Saúde bucal   | 0          |

FILTROS: Período: 01/02/2026 a 28/02/2026 | Equipe: 0001478303 - EMULTI - IPUA | Profissional: [704207241660280] - Maria Vaudeide de Carvalho Muniz da Costa Brito | CBO: 223710 - NUTRICIONISTA | Filtros personalizados: Nenhum

### Temas para saúde

| Descrição                         | Quantidade |
|-----------------------------------|------------|
| Saúde do trabalhador              | 0          |
| Saúde mental                      | 0          |
| Saúde sexual e reprodutiva        | 0          |
| Semana saúde na escola            | 0          |
| Amamentação                       | 0          |
| Alimentação complementar saudável | 0          |
| Outros                            | 1          |
| Não informado                     | 12         |
| <b>Total:</b>                     | <b>18</b>  |

### Práticas em saúde

| Descrição                             | Quantidade |
|---------------------------------------|------------|
| Antropometria                         | 0          |
| Aplicação tópica de flúor             | 0          |
| Desenvolvimento da linguagem          | 0          |
| Escovação dental supervisionada       | 0          |
| Práticas corporais e atividade física | 0          |
| PNCT sessão 1                         | 0          |
| PNCT sessão 2                         | 0          |
| PNCT sessão 3                         | 0          |
| PNCT sessão 4                         | 0          |
| Saúde auditiva                        | 0          |
| Saúde ocular                          | 0          |
| Verificação da situação vacinal       | 0          |
| Outras                                | 0          |
| Outro procedimento coletivo           | 0          |
| Não informado                         | 6          |
| <b>Total:</b>                         | <b>6</b>   |

### Temas para reunião

| Descrição   | Quantidade |
|---|------------|
| Questões administrativas / Funcionamento                | 0          |
| Processo de trabalho                                    | 3          |
| Diagnóstico do território / Monitoramento do território | 0          |
| Planejamento / Monitoramento das ações da equipe        | 0          |
| Discussão de caso / Projeto terapêutico singular        | 5          |
| Educação permanente                                     | 5          |
| Outros  | 0          |
| Não informado   | 0          |
| <b>Total:</b>   | <b>13</b>  |

### Práticas em saúde - Outros procedimentos coletivos

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| <b>Total:</b> | <b>0</b>   |

FILTROS: Período: 01/02/2026 a 28/02/2026 | Equipe: 0001478303 - EMULTI - IPUA | Profissional: [704207241660280] - Maria Vaudeide de Carvalho  
Muniz da Costa Brito | CBO: 223710 - NUTRICIONISTA | Filtros personalizados: Nenhum

### Relatório de procedimentos individualizados

#### Resumo de produção

| Descrição                   | Quantidade |
|-----------------------------|------------|
| Registros identificados     | 89         |
| Registros não identificados | 0          |
| <b>Total:</b>               | <b>89</b>  |

#### Faixa etária

| Descrição       | Masc.     | Fem.      | Indet.   | N. Inf.  | Total     |
|-----------------|-----------|-----------|----------|----------|-----------|
| 80 anos ou mais | 4         | 2         | 0        | 0        | 6         |
| Não informado   | 0         | 0         | 0        | 0        | 0         |
| <b>Total:</b>   | <b>34</b> | <b>55</b> | <b>0</b> | <b>0</b> | <b>89</b> |

#### Turno

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Manhã         | 41         |
| Tarde         | 48         |
| Noite         | 0          |
| Não informado | 0          |
| <b>Total:</b> | <b>89</b>  |

#### Sexo

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Masculino     | 34         |
| Feminino      | 55         |
| Indeterminado | 0          |
| Não informado | 0          |
| <b>Total:</b> | <b>89</b>  |

#### Faixa etária

| Descrição       | Masc. | Fem. | Indet. | N. Inf. | Total |
|-----------------|-------|------|--------|---------|-------|
| Menos de 01 ano | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |
| 01 ano          | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |
| 02 anos         | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |
| 03 anos         | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |
| 04 anos         | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |
| 05 a 09 anos    | 5     | 0    | 0      | 0       | 5     |
| 10 a 14 anos    | 3     | 1    | 0      | 0       | 4     |
| 15 a 19 anos    | 1     | 6    | 0      | 0       | 7     |
| 20 a 24 anos    | 1     | 4    | 0      | 0       | 5     |
| 25 a 29 anos    | 0     | 5    | 0      | 0       | 5     |
| 30 a 34 anos    | 2     | 6    | 0      | 0       | 8     |
| 35 a 39 anos    | 1     | 6    | 0      | 0       | 7     |
| 40 a 44 anos    | 0     | 6    | 0      | 0       | 6     |
| 45 a 49 anos    | 4     | 3    | 0      | 0       | 7     |
| 50 a 54 anos    | 2     | 3    | 0      | 0       | 5     |
| 55 a 59 anos    | 3     | 5    | 0      | 0       | 8     |
| 60 a 64 anos    | 4     | 2    | 0      | 0       | 6     |
| 65 a 69 anos    | 0     | 3    | 0      | 0       | 3     |
| 70 a 74 anos    | 2     | 2    | 0      | 0       | 4     |
| 75 a 79 anos    | 2     | 1    | 0      | 0       | 3     |

#### Local de atendimento

| Descrição                       | Quantidade |
|---------------------------------|------------|
| Domicílio                       | 9          |
| Escola / Creche                 | 0          |
| Instituição / Abrigo            | 0          |
| Polo (Academia da saúde)        | 0          |
| Rua                             | 0          |
| UBS                             | 80         |
| Unidade móvel                   | 0          |
| Unidade prisional ou congêneres | 0          |
| Unidade socioeducativa          | 0          |
| Outros                          | 0          |
| <b>Total:</b>                   | <b>89</b>  |

#### Dados gerais

| Descrição                   | Quantidade |
|-----------------------------|------------|
| Escuta inicial / Orientação | 0          |

FILTROS: Período: 01/02/2026 a 28/02/2026 | Equipe: 0001478303 - EMULTI - IPUA | Profissional: [704207241660280] - Maria Vaudeide de Carvalho Muniz da Costa Brito | CBO: 223710 - NUTRICIONISTA | Filtros personalizados: Nenhum

### Procedimentos / Pequenas cirurgias

| Descrição  | Quantidade |
|--|------------|
| Acupuntura com inserção de agulhas                         | 0          |
| Administração de vitamina A                                | 0          |
| Cateterismo vesical de alívio                              | 0          |
| Cauterização química de pequenas lesões                    | 0          |
| Cirurgia de unha (cantoplastia)                            | 0          |
| Coleta de citopatológico de colo uterino                   | 0          |
| Cuidado de estomas   | 0          |
| Curativo especial  | 0          |
| Drenagem de abscesso                                       | 0          |
| Eletrocardiograma  | 0          |
| Exame de fundo de olho (Fundoscopia)                       | 0          |
| Exame do pé diabético                                      | 0          |
| Exérese / Biópsia / Punção de tumores superficiais de pele | 0          |
| Infiltração em cavidade sinovial                           | 0          |
| Remoção de corpo estranho da cavidade auditiva e nasal     | 0          |
| Remoção de corpo estranho subcutâneo                       | 0          |
| Retirada de cerume   | 0          |
| Retirada de pontos de cirurgias básicas (por paciente)     | 0          |
| Sutura simples   | 0          |
| Tamponamento de epistaxe                                   | 0          |
| Teste do olhinho (TRV)                                     | 0          |
| Triagem oftalmológica                                      | 0          |
| <b>Total:</b>  | <b>0</b>   |

### Procedimentos - Administração de medicamentos

| Descrição                             | Quantidade |
|---------------------------------------|------------|
| Endovenosa                            | 0          |
| Inalação / Nebulização                | 0          |
| Intramuscular                         | 0          |
| Oral                                  | 0          |
| Penicilina para tratamento de sífilis | 0          |
| Subcutânea (SC)                       | 0          |
| Tópica                                | 0          |
| <b>Total:</b>                         | <b>0</b>   |

### Outros procedimentos (SIGTAP)

| Descrição  | Quantidade |
|--|------------|
| 0101040024 - AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA  | 53         |
| 0301010030 - CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA (EXCETO MÉDICO) | 89         |
| <b>Total:</b>  | <b>142</b> |

### Procedimentos - Teste rápido

| Descrição              | Quantidade |
|------------------------|------------|
| De gravidez            | 0          |
| Dosagem de proteinúria | 0          |
| Para HIV               | 0          |
| Para hepatite C        | 0          |
| Para sífilis           | 0          |
| <b>Total:</b>          | <b>0</b>   |

FILTROS: Período: 01/02/2026 a 28/02/2026 | Equipe: 0001478303 - EMULTI - IPUA | Profissional: [704207241660280] - Maria Vaudeide de Carvalho Muniz da Costa Brito | CBO: 223710 - NUTRICIONISTA | Filtros personalizados: Nenhum

### Relatório de atendimento individual

#### Resumo de produção

| Descrição                   | Quantidade |
|-----------------------------|------------|
| Registros identificados     | 89         |
| Registros não identificados | 0          |
| <b>Total:</b>               | <b>89</b>  |

#### Dados gerais

| Descrição           | Sim | Não | Não Inf. |
|---------------------|-----|-----|----------|
| Ficou em observação | 0   | 89  | 0        |
| Gravidez planejada  | 0   | 0   | 89       |
| Vacinação em dia    | 0   | 0   | 89       |

#### Turno

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Manhã         | 41         |
| Tarde         | 48         |
| Noite         | 0          |
| Não informado | 0          |
| <b>Total:</b> | <b>89</b>  |

#### Sexo

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Masculino     | 34         |
| Feminino      | 55         |
| Indeterminado | 0          |
| Não informado | 0          |
| <b>Total:</b> | <b>89</b>  |

#### Faixa etária

| Descrição       | Masc. | Fem. | Indet. | N. Inf. | Total |
|-----------------|-------|------|--------|---------|-------|
| Menos de 01 ano | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |
| 01 ano          | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |
| 02 anos         | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |
| 03 anos         | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |
| 04 anos         | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |
| 05 a 09 anos    | 5     | 0    | 0      | 0       | 5     |
| 10 a 14 anos    | 3     | 1    | 0      | 0       | 4     |

#### Faixa etária

| Descrição       | Masc.     | Fem.      | Indet.   | N. Inf.  | Total     |
|-----------------|-----------|-----------|----------|----------|-----------|
| 15 a 19 anos    | 1         | 6         | 0        | 0        | 7         |
| 20 a 24 anos    | 1         | 4         | 0        | 0        | 5         |
| 25 a 29 anos    | 0         | 5         | 0        | 0        | 5         |
| 30 a 34 anos    | 2         | 6         | 0        | 0        | 8         |
| 35 a 39 anos    | 1         | 6         | 0        | 0        | 7         |
| 40 a 44 anos    | 0         | 6         | 0        | 0        | 6         |
| 45 a 49 anos    | 4         | 3         | 0        | 0        | 7         |
| 50 a 54 anos    | 2         | 3         | 0        | 0        | 5         |
| 55 a 59 anos    | 3         | 5         | 0        | 0        | 8         |
| 60 a 64 anos    | 4         | 2         | 0        | 0        | 6         |
| 65 a 69 anos    | 0         | 3         | 0        | 0        | 3         |
| 70 a 74 anos    | 2         | 2         | 0        | 0        | 4         |
| 75 a 79 anos    | 2         | 1         | 0        | 0        | 3         |
| 80 anos ou mais | 4         | 2         | 0        | 0        | 6         |
| Não informado   | 0         | 0         | 0        | 0        | 0         |
| <b>Total:</b>   | <b>34</b> | <b>55</b> | <b>0</b> | <b>0</b> | <b>89</b> |

#### Local de atendimento

| Descrição                       | Quantidade |
|---------------------------------|------------|
| Domicílio                       | 9          |
| Escola / Creche                 | 0          |
| Instituição / Abrigo            | 0          |
| Polo (Academia da saúde)        | 0          |
| Rua                             | 0          |
| UBS                             | 80         |
| Unidade móvel                   | 0          |
| Unidade prisional ou congêneres | 0          |
| Unidade socioeducativa          | 0          |
| Outros                          | 0          |
| Não informado                   | 0          |
| <b>Total:</b>                   | <b>89</b>  |

FILTROS: Período: 01/02/2026 a 28/02/2026 | Equipe: 0001478303 - EMULTI - IPUA | Profissional: [704207241660280] - Maria Vaudeide de Carvalho Muniz da Costa Brito | CBO: 223710 - NUTRICIONISTA | Filtros personalizados: Nenhum

### Tipo de atendimento

| Descrição   | Quantidade |
|---|------------|
| Atendimento de urgência                           | 0          |
| Consulta agendada                                 | 69         |
| Consulta agendada programada / Cuidado continuado | 8          |
| Consulta no dia                                   | 12         |
| Escuta inicial / Orientação                       | 0          |
| Não informado                                     | 0          |
| <b>Total:</b>                                     | <b>89</b>  |

### Atenção domiciliar

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| AD1           | 0          |
| AD2           | 0          |
| AD3           | 0          |
| Não informado | 89         |
| <b>Total:</b> | <b>89</b>  |

### Racionalidade em saúde

| Descrição                     | Quantidade |
|-------------------------------|------------|
| Medicina tradicional chinesa  | 0          |
| Antroposofia aplicada à saúde | 0          |
| Homeopatia                    | 0          |
| Fitoterapia                   | 0          |
| Ayurveda                      | 0          |
| Outra                         | 0          |
| Não informado                 | 89         |
| <b>Total:</b>                 | <b>89</b>  |

### Criança - Aleitamento materno

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Exclusivo     | 0          |
| Predominante  | 0          |
| Complementado | 0          |
| Inexistente   | 0          |
| Não informado | 89         |
| <b>Total:</b> | <b>89</b>  |

### NASF / Polo

A lista apresenta registros do LEDI anteriores à versão 5.5.0.

| Descrição                            | Quantidade |
|--------------------------------------|------------|
| Avaliação / Diagnóstico              | 0          |
| Procedimentos clínicos / Terapêutico | 0          |
| Prescrição terapêutica               | 0          |
| Não informado                        | 0          |
| <b>Total:</b>                        | <b>0</b>   |

### eMulti / Polo

A lista apresenta registros do LEDI versão 5.5.0 ou superior.

| Descrição                            | Quantidade |
|--------------------------------------|------------|
| Avaliação / Diagnóstico              | 0          |
| Procedimentos clínicos / Terapêutico | 0          |
| Prescrição terapêutica               | 0          |
| Não informado                        | 89         |
| <b>Total:</b>                        | <b>89</b>  |

### Conduta / Desfecho

| Descrição                                    | Quantidade |
|--|------------|
| Retorno para consulta agendada               | 87         |
| Retorno para cuidado continuado / programado | 22         |
| Agendamento para grupos                      | 0          |
| Agendamento para NASF                        | 0          |
| Agendamento para eMulti                      | 4          |
| Alta do episódio                             | 0          |
| Não informado                                | 0          |
| <b>Total:</b>                                | <b>113</b> |

### Encaminhamento

| Descrição   | Quantidade |
|---|------------|
| Encaminhamento interno no dia                     | 0          |
| Encaminhamento para serviço especializado         | 0          |
| Encaminhamento para CAPS                          | 0          |
| Encaminhamento para internação hospitalar         | 0          |
| Encaminhamento para urgência                      | 0          |
| Encaminhamento para serviço de atenção domiciliar | 0          |
| Encaminhamento intersetorial                      | 0          |

FILTROS: Período: 01/02/2026 a 28/02/2026 | Equipe: 0001478303 - EMULTI - IPUA | Profissional: [704207241660280] - Maria Vaudeide de Carvalho Muniz da Costa Brito | CBO: 223710 - NUTRICIONISTA | Filtros personalizados: Nenhum

### Encaminhamento

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Não informado | 89         |
| <b>Total:</b> | <b>89</b>  |

### Problemas / Condições avaliadas

| Descrição                  | Quantidade |
|----------------------------|------------|
| Asma                       | 0          |
| Cardiopatía                | 0          |
| Catarata                   | 0          |
| Desnutrição                | 0          |
| Diabetes                   | 0          |
| DPOC                       | 0          |
| Hipertensão arterial       | 0          |
| Nefropatia                 | 0          |
| Neoplasia                  | 0          |
| Obesidade                  | 0          |
| Pré-natal                  | 0          |
| Puericultura               | 0          |
| Puerpério (até 42 dias)    | 0          |
| Reabilitação               | 0          |
| Saúde mental               | 0          |
| Saúde sexual e reprodutiva | 0          |
| Tabagismo                  | 0          |
| Usuário de álcool          | 0          |
| Usuário de outras drogas   | 0          |
| <b>Total:</b>              | <b>0</b>   |

### Problemas / Condições avaliadas - Doenças transmissíveis, infecciosas e parasitárias

| Descrição              | Quantidade |
|------------------------|------------|
| Dengue                 | 0          |
| Doença diarreica aguda | 0          |
| Hanseníase             | 0          |
| Hepatites A/B/C        | 0          |
| IST                    | 0          |
| Malária                | 0          |
| Sífilis feminina       | 0          |

### Problemas / Condições avaliadas - Doenças transmissíveis, infecciosas e parasitárias

| Descrição               | Quantidade |
|-------------------------|------------|
| Sífilis masculina       | 0          |
| Síndrome respiratória   | 0          |
| Toxoplasmose / Tungíase | 0          |
| Tracoma                 | 0          |
| Tuberculose             | 0          |
| <b>Total:</b>           | <b>0</b>   |

### Problemas / Condições avaliadas - Rastreamento

| Descrição               | Quantidade |
|-------------------------|------------|
| Câncer do colo do útero | 0          |
| Câncer de mama          | 0          |
| Risco cardiovascular    | 0          |
| <b>Total:</b>           | <b>0</b>   |

### Problemas / Condições avaliadas - Outros CIAP2

| Descrição   | Quantidade |
|---|------------|
| A97 - SEM DOENÇA  | 22         |
| A98 - MEDICINA PREVENTIVA/MANUTENÇÃO DA SAÚDE                           | 45         |
| T08 - PERDA DE PESO   | 3          |
| T29 - SINAIS/SINTOMAS ENDOCRINOLÓGICOS/METABÓLICOS/NUTRICIONAIS, OUTROS | 10         |
| T82 - OBESIDADE   | 17         |
| <b>Total:</b>   | <b>97</b>  |

### Problemas / Condições avaliadas - Outros CID10

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| <b>Total:</b> | <b>0</b>   |

### Exames solicitados e avaliados

| Descrição                   | Solicitado | Avaliado |
|-----------------------------|------------|----------|
| Colesterol total            | 0          | 0        |
| Creatinina                  | 0          | 0        |
| EAS / EQU                   | 0          | 0        |
| Eletrocardiograma           | 0          | 0        |
| Eletroforese de hemoglobina | 0          | 0        |

FILTROS: Período: 01/02/2026 a 28/02/2026 | Equipe: 0001478303 - EMULTI - IPUA | Profissional: [704207241660280] - Maria Vaudeide de Carvalho Muniz da Costa Brito | CBO: 223710 - NUTRICIONISTA | Filtros personalizados: Nenhum

**Exames solicitados e avaliados**

| Descrição                                       | Solicitado | Avaliado |
|---|------------|----------|
| Espirometria                                    | 0          | 0        |
| Exame de escarro                                | 0          | 0        |
| Glicemia  | 0          | 0        |
| HDL   | 0          | 0        |
| Hemoglobina glicada                             | 0          | 0        |
| Hemograma                                       | 0          | 0        |
| LDL   | 0          | 0        |
| Retinografia / Fundo de olho com oftalmologista | 0          | 0        |
| Sorologia de Hepatite B                         | 0          | 0        |
| Sorologia de Hepatite C                         | 0          | 0        |
| Sorologia de Hepatite D                         | 0          | 0        |
| Sorologia de sífilis (VDRL)                     | 0          | 0        |
| Sorologia para HIV                              | 0          | 0        |
| Sorologia para dengue                           | 0          | 0        |
| Teste de gravidez                               | 0          | 0        |
| Teste indireto de antiglobulina humana (TIA)    | 0          | 0        |
| Ultrassonografia obstétrica                     | 0          | 0        |
| Urocultura                                      | 0          | 0        |
| <b>Total:</b>                                   | <b>0</b>   | <b>0</b> |

**Ofertas de Cuidados Integrados - OCI (código do SIGTAP)**

| Descrição     | Solicitado |
|---------------|------------|
| <b>Total:</b> | <b>0</b>   |

**Exames - Triagem neonatal**

| Descrição                | Solicitado | Avaliado |
|--------------------------|------------|----------|
| Teste da orelhinha (EOA) | 0          | 0        |
| Teste do olhinho (TRV)   | 0          | 0        |
| Teste do pezinho         | 0          | 0        |
| <b>Total:</b>            | <b>0</b>   | <b>0</b> |

**Outros exames solicitados e avaliados (código do SIGTAP)**

| Descrição     | Solicitado | Avaliado |
|---------------|------------|----------|
| <b>Total:</b> | <b>0</b>   | <b>0</b> |



## Emitir comprovantes (versão antiga)

G3381815521328661  
18/03/2026 16:13:03

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
18/03/2026 - AUTOATENDIMENTO - 16.13.03  
3156903156 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: IRMANDADE S C M IPUA

AGENCIA: 3156-9 CONTA: 1.012.026-2

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : IRMANDADE S C M IPUA

BANCO: 260 - NU PAGAMENTOS - IP

AGENCIA: 0001-9

CONTA: 809.398.617-4

FAVORECIDO: MARIA VAUDEIDE DE CARVALHO MUNIZ DA

CPF/CNPJ: 61.599.843/0001-40

VALOR: R\$ 4.172,00

DEBITO EM: 18/03/2026

=====

DOCUMENTO: 031801

AUTENTICACAO SISBB: F.27C.AA8.08D.3B6.9F9

Transação efetuada com sucesso por: JJ549137 ADILSON DIAS CAMPOS.