

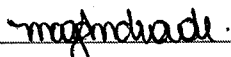
**AVISO PRÉVIO DE FÉRIAS**

IPUA/SP, 06 de março de 2026

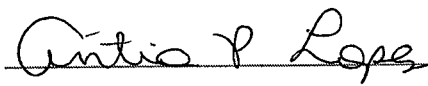
Pelo presente comunicamos, Sr(a) **CINTIA PEREIRA LOPES**, portador(a) da CTPS nº **0034941** série **00279**, que serão concedidas Férias de **06/04/2026** a **15/04/2026**, referente ao período aquisitivo de **05/05/2024** a **04/05/2025**.

A importância correspondente as Férias, e se for o caso, ao Abono Pecuniário e o 13º Salário, estará a sua disposição a partir de **01/04/2026**.

Solicito apor seu ciente na cópia deste.



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



Empregado(a)

**RECIBO DE FÉRIAS**

Folha: 1/1

Funcionário: **0241-CINTIA PEREIRA LOPES**Admissão: **05/05/2014**CTPS/Série: **0034941/00279** CPF: **351.965.618-38** Livro: **364**Folha: **364**

Aquisição: **05** de maio de **2024** a **04** de maio de **2025**  
Gozo : **06** de abril de **2026** a **15** de abril de **2026**  
1/3 Abono:  
Lic.Remun:

**CÁLCULO DA REMUNERAÇÃO BASE PARA PAGAMENTO DE FÉRIAS**

|               |                       |   |                   |          |
|---------------|-----------------------|---|-------------------|----------|
| Faltas :      | 1 Dias Desconsiderar: | 0 |                   |          |
| Dias Gozo :   | 10                    |   | Salario Base :    | 1.640,00 |
| Dias Abono :  |                       |   | Medias Eventos :  | 324,20   |
| Dias Licença: | 0                     |   | Remuneração Base: | 1.964,20 |

**D E M O N S T R A T I V O**

| Código | Descrição..... | Referência.... | Valor..... | Código | Descrição..... | Referência.... | Valor..... |
|--------|----------------|----------------|------------|--------|----------------|----------------|------------|
| 5001   | FERIAS         | 10,000000      | 654,73     | 5011   | INSS           | 7,500000       | 65,47      |
| 5002   | 1/3 FERIAS     | 1,000000       | 218,24     |        |                |                |            |

|                         |               |                            |               |
|-------------------------|---------------|----------------------------|---------------|
| <b>Total Proventos:</b> | <b>872,97</b> | <b>Total Descontos:</b>    | <b>65,47</b>  |
|                         |               | <b>Valor Líquido -&gt;</b> | <b>807,50</b> |

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\$ 807,50 (Oitocentos e Sete Reais, e Cinquenta Centavos) conforme demonstrativo acima.

IPUA/SP, 01 de abril de 2026.



CINTIA PEREIRA LOPES

**Remessa**

Cliente IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA

Data 01/04/2026

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

|                     |                             |                 |            |              |          |
|---------------------|-----------------------------|-----------------|------------|--------------|----------|
| Arquivo             | Férias Cintia Pereira Lopes |                 |            |              |          |
| Data de modificação | 01/04/2026-16:26:12         | Tamanho         | 1452 bytes |              |          |
| Formato             | CNAB240                     | Início do envio | 16:26:12   | Fim do envio | 16:26:12 |
| Resultado           | Arquivo enviado com sucesso |                 |            |              |          |

**Dados da transmissão**

|                 |          |              |          |               |            |
|-----------------|----------|--------------|----------|---------------|------------|
| Início do envio | 16:26:12 | Fim do envio | 16:26:12 | 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 01/04/2026

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

|                     |                             |                 |            |                       |
|---------------------|-----------------------------|-----------------|------------|-----------------------|
| Arquivo             | Ferias Cintia Pereira Lopes |                 |            |                       |
| Data de modificação | 01/04/2026-16:26:12         | Tamanho         | 1452 bytes |                       |
| Formato             | CNAB240                     | Início do envio | 16:26:12   | Fim do envio 16:26:12 |
| Resultado           | Arquivo enviado com sucesso |                 |            |                       |

**Dados da transmissão**

|                 |          |              |          |               |            |
|-----------------|----------|--------------|----------|---------------|------------|
| Início do envio | 16:26:12 | Fim do envio | 16:26:12 | 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**G334011634249679026  
01/04/2026 16:40:51**Dados consultados**

Agência 3156-9  
Conta 1012026-2 IRMANDADE DA SANTA CASA DE MIS  
Descrição lote PAG SALÁRIO C/CTA  
Situação lote LIBERADO  
Data para débito 01/04/2026  
Data para pagamento 02/04/2026

**Favorecidos**

| Nome                 | Situação lançamento | Banco | Agência | Conta  | Valor R\$ |
|----------------------|---------------------|-------|---------|--------|-----------|
| CINTIA PEREIRA LOPES | LIBERADO            | 001   | 3156    | 17.622 | 807,50    |

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**

G334011634249679026

01/04/2026 16:40:51

**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 01/04/2026  
Data para pagamento 02/04/2026

**Favorecidos**

| Nome                 | Situação lançamento | Banco | Agência | Conta  | Valor R\$ |
|----------------------|---------------------|-------|---------|--------|-----------|
| CINTIA PEREIRA LOPES | LIBERADO            | 001   | 3156    | 17.622 | 807,50    |

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

# AVISO PRÉVIO DE FÉRIAS

IPUA/SP, 06 de março de 2026

Pelo presente comunicamos, Sr(a) **GISELE AUGUSTA PEREIRA**, portador(a) da CTPS nº **0014077** série **00173**, que serão concedidas Férias de **06/04/2026** a **20/04/2026**, referente ao período aquisitivo de **01/08/2024** a **31/07/2025**.

A importância correspondente as Férias, e se for o caso, ao Abono Pecuniário e o 13º Salário, estará a sua disposição a partir de **01/04/2026**.

Solicito apor seu ciente na cópia deste.

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

*Gisele Augusta Pereira*  
Empregado(a)

## RECIBO DE FÉRIAS

Folha: 1/1

Funcionário: **0204-GISELE AUGUSTA PEREIRA**

Admissão: **01/08/2013**

CTPS/Série: **0014077/00173** CPF: **292.549.808-62** Livro: **327**

Folha: **327**

Aquisição: 01 de agosto de 2024 a 31 de julho de 2025  
Gozo : 06 de abril de 2026 a 20 de abril de 2026  
1/3 Abono:  
Lic.Remun:

### CÁLCULO DA REMUNERAÇÃO BASE PARA PAGAMENTO DE FÉRIAS

|               |    |                     |          |
|---------------|----|---------------------|----------|
| Faltas :      | 0  | Dias Desconsiderar: | 0        |
| Dias Gozo :   | 15 | Salario Base :      | 1.779,21 |
| Dias Abono :  |    | Medias Eventos :    | 324,20   |
| Dias Licença: | 0  | Remuneração Base:   | 2.103,41 |

### DEMONSTRATIVO

| Código | Descrição..... | Referência.... | Valor..... | Código | Descrição..... | Referência.... | Valor..... |
|--------|----------------|----------------|------------|--------|----------------|----------------|------------|
| 5001   | FERIAS         | 15,000000      | 1.051,71   | 5011   | INSS           | 7,500000       | 105,17     |
| 5002   | 1/3 FERIAS     | 1,000000       | 350,57     |        |                |                |            |

|                         |                 |                            |                 |
|-------------------------|-----------------|----------------------------|-----------------|
| <b>Total Proventos:</b> | <b>1.402,28</b> | <b>Total Descontos:</b>    | <b>105,17</b>   |
|                         |                 | <b>Valor Líquido -&gt;</b> | <b>1.297,11</b> |

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\$ 1.297,11 (Um Mil, Duzentos e Noventa e Sete Reais, e Onze Centavos) conforme demonstrativo acima.  
IPUA/SP, 01 de abril de 2026.

*Gisele Augusta Pereira*  
GISELE AUGUSTA PEREIRA

ag-3156-9  
conta-14540-4

conta: 303.2026-2

Remessa

Cliente IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA

Data 01/04/2026

Dados do(s) Arquivo(s)

|                     |                               |                 |            |              |          |
|---------------------|-------------------------------|-----------------|------------|--------------|----------|
| Arquivo             | Ferias Gisele Augusta Pereira |                 |            |              |          |
| Data de modificação | 01/04/2026-16:27:34           | Tamanho         | 1452 bytes |              |          |
| Formato             | CNAB240                       | Início do envio | 16:27:34   | Fim do envio | 16:27:34 |
| Resultado           | Arquivo enviado com sucesso   |                 |            |              |          |

Dados da transmissão

|                 |          |              |          |               |            |
|-----------------|----------|--------------|----------|---------------|------------|
| Início do envio | 16:27:34 | Fim do envio | 16:27:34 | 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 01/04/2026

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

|                     |                               |                 |            |                       |
|---------------------|-------------------------------|-----------------|------------|-----------------------|
| Arquivo             | Ferias Gisele Augusta Pereira |                 |            |                       |
| Data de modificação | 01/04/2026-16:27:34           | Tamanho         | 1452 bytes |                       |
| Formato             | CNAB240                       | Início do envio | 16:27:34   | Fim do envio 16:27:34 |
| Resultado           | Arquivo enviado com sucesso   |                 |            |                       |

**Dados da transmissão**

|                 |          |              |          |               |            |
|-----------------|----------|--------------|----------|---------------|------------|
| Início do envio | 16:27:34 | Fim do envio | 16:27:34 | 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**

G334011634249679030

01/04/2026 16:41:48

**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 01/04/2026  
Data para pagamento 02/04/2026

**Favorecidos**

| Nome                   | Situação lançamento | Banco | Agência | Conta  | Valor R\$ |
|------------------------|---------------------|-------|---------|--------|-----------|
| GISELE AUGUSTA PEREIRA | LIBERADO            | 001   | 3156    | 17.540 | 1.297,11  |

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**

G334011634249679030

01/04/2026 16:41:48

**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 01/04/2026  
Data para pagamento 02/04/2026

**Favorecidos**

| Nome                   | Situação lançamento | Banco | Agência | Conta  | Valor R\$ |
|------------------------|---------------------|-------|---------|--------|-----------|
| GISELE AUGUSTA PEREIRA | LIBERADO            | 001   | 3156    | 17.540 | 1.297,11  |

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



## Consultas - Extrato de conta corrente

G3370617394063001  
06/04/2026 17:51:10

Agência 3156-9  
Conta corrente 1012026-2IRMANDADE S C M IPUA

---

Data 06/04/2026 Valor R\$ 90.368,36 C

Importe referente a Transferência recebida, 06/04 09:23 PREFEITURA MUNICIPAL DE, agência de origem 3156, documento 553.156.000.135.067, lote 03156, lançado a crédito em sua conta corrente, na data acima.

(Noventa mil e trezentos e sessenta e oito reais e trinta e seis centavos)

---

\* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.

Documento emitido por:SANTO OLIVATTOem06/04/202617:51:10

---

Transação efetuada com sucesso por: JJ633906 SANTO OLIVATTO.

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC 0800 729 0722

Ouvidoria BB 0800 729 5678  
Para deficientes auditivos 0800 729 0088

# Relação de Pagamento

Data : 06/04/2026

Razao Social: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA

Hora : 19:01

CNPJ/CEI : 45.708.765/0001-19 CPF:

Fone: (16) 3832-1222

Folha: 0007

## FOLHA DE PAGAMENTO

Referência: 03/2026 Pagamento: 07/04/2026

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-BANCO DO BRASIL | 03156-9 | C/000000017759-8  | 2.061,83         |
| F                                          | 241    | CINTIA PEREIRA LOPES                 | 351.965.618-38 | 001-BANCO DO BRASIL | 03156-9 | C/000000017622-2  | 1.299,74         |
| F                                          | 305    | DALVANA PERES PROCOPIO DO NASCIMENTO | 348.915.998-55 | 001-BANCO DO BRASIL | 03156-9 | C/000000017520-X  | 1.408,97         |
| F                                          | 166    | DANIELA DE OLIVEIRA FORTUNATO        | 223.119.138-59 | 001-BANCO DO BRASIL | 03156-9 | C/000000007537-X  | 1.994,29         |
| F                                          | 337    | FERNANDA SANTANA CAETANO             | 475.252.858-45 | 001-BANCO DO BRASIL | 03156-9 | C/000000018628-7  | 1.926,75         |
| F                                          | 464    | FRANCIELE LIMA ALVES DA CUNHA        | 492.717.728-90 | 001-BANCO DO BRASIL | 03156-9 | C/000000023175-4  | 1.926,75         |
| F                                          | 288    | FRANCINE MICHELE CANDIDO             | 223.654.318-28 | 001-BANCO DO BRASIL | 03156-9 | C/000000014909-8  | 1.926,75         |
| F                                          | 279    | GABRIELA GOMES DA SILVA              | 471.834.108-62 | 001-BANCO DO BRASIL | 03156-9 | C/000000017609-5  | 1.475,67         |
| F                                          | 204    | GISELE AUGUSTA PEREIRA               | 292.549.808-62 | 001-BANCO DO BRASIL | 03156-9 | C/000000017540-4  | 2.053,43         |
| F                                          | 313    | ISADORA GABRIEL DA SILVA             | 423.616.078-16 | 001-BANCO DO BRASIL | 03156-9 | C/000000015916-6  | 1.926,75         |
| F                                          | 435    | ISTELA DE SOUSA SANTOS               | 451.782.948-07 | 001-BANCO DO BRASIL | 03156-9 | C/000000021425-6  | 1.926,75         |
| F                                          | 170    | JESSICA DE SOUZA GELONI              | 426.579.288-03 | 001-BANCO DO BRASIL | 03156-9 | C/000000015252-8  | 1.381,77         |
| F                                          | 410    | JOVANA MARA DA SILVA                 | 387.566.298-93 | 001-BANCO DO BRASIL | 03156-9 | C/000000016273-6  | 2.003,39         |
| F                                          | 308    | JULIANA CASSIA DA SILVA BARBOSA      | 349.352.958-99 | 001-BANCO DO BRASIL | 03156-9 | C/000000016306-6  | 2.935,60         |
| F                                          | 169    | KARINA FRANCISCA DA SILVA RESENDE    | 269.485.398-66 | 001-BANCO DO BRASIL | 03156-9 | C/000000017614-1  | 1.926,75         |
| F                                          | 202    | MAISA RAMOS AZEVEDO                  | 349.629.348-99 | 001-BANCO DO BRASIL | 03156-9 | C/000000016332-5  | 1.926,75         |
| F                                          | 318    | MARIA DA CRUZ OSTERNA DE ARAUJO      | 342.996.448-24 | 001-BANCO DO BRASIL | 03156-9 | C/000000014194-1  | 1.376,64         |
| F                                          | 297    | MARILINE MARTINS GALHARDO RIOS       | 305.067.078-90 | 001-BANCO DO BRASIL | 03156-9 | C/000000017604-4  | 1.926,75         |
| F                                          | 448    | MOISES ALVES DOS SANTOS              | 420.671.838-50 | 001-BANCO DO BRASIL | 03156-9 | C/000000021945-2  | 1.926,75         |
| F                                          | 320    | PATRICIA PAVANELLI ALVES             | 333.681.238-07 | 001-BANCO DO BRASIL | 03156-9 | C/0000000105088-5 | 1.506,92         |
| F                                          | 421    | STEFANIA CRISTINA BARBETO            | 345.047.478-20 | 001-BANCO DO BRASIL | 03156-9 | C/000000011579-0  | 1.994,29         |
| F                                          | 434    | THAIS ANANIAS BORGES                 | 497.896.208-02 | 001-BANCO DO BRASIL | 03156-9 | C/000000021426-4  | 1.574,90         |
| F                                          | 296    | VIVIANE SOARES FORTUNATO             | 354.087.458-56 | 001-BANCO DO BRASIL | 03156-9 | C/000000017519-6  | 824,95           |
| Legenda: F=Funcionario / Trabalhadores: 23 |        |                                      |                |                     |         |                   | Total: 41.233,14 |

Remessa

Cliente IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA

Data 06/04/2026

Dados do(s) Arquivo(s)

|                     |                             |                 |             |              |          |
|---------------------|-----------------------------|-----------------|-------------|--------------|----------|
| Arquivo             | 032026 ESTAGIARIOS          |                 |             |              |          |
| Data de modificação | 06/04/2026-18:32:59         | Tamanho         | 2420 bytes  |              |          |
| Formato             | CNAB240                     | Início do envio | 18:32:59    | Fim do envio | 18:32:59 |
| Resultado           | Arquivo enviado com sucesso |                 |             |              |          |
| Arquivo             | 032026 AB-ESF               |                 |             |              |          |
| Data de modificação | 06/04/2026-18:32:59         | Tamanho         | 12100 bytes |              |          |
| Formato             | CNAB240                     | Início do envio | 18:32:59    | Fim do envio | 18:32:59 |
| Resultado           | Arquivo enviado com sucesso |                 |             |              |          |
| Arquivo             | 032026 LEITOS SAUDE MENTAL  |                 |             |              |          |
| Data de modificação | 06/04/2026-18:33:00         | Tamanho         | 2420 bytes  |              |          |
| Formato             | CNAB240                     | Início do envio | 18:33:00    | Fim do envio | 18:33:00 |
| Resultado           | Arquivo enviado com sucesso |                 |             |              |          |
| Arquivo             | 032026 CAPS                 |                 |             |              |          |
| Data de modificação | 06/04/2026-18:33:00         | Tamanho         | 1452 bytes  |              |          |
| Formato             | CNAB240                     | Início do envio | 18:32:59    | Fim do envio | 18:32:59 |
| Resultado           | Arquivo enviado com sucesso |                 |             |              |          |
| Arquivo             | 032026 ESPA - PLANTAO       |                 |             |              |          |
| Data de modificação | 06/04/2026-18:33:00         | Tamanho         | 2904 bytes  |              |          |
| Formato             | CNAB240                     | Início do envio | 18:33:00    | Fim do envio | 18:33:00 |
| Resultado           | Arquivo enviado com sucesso |                 |             |              |          |
| Arquivo             | 032026 SUS                  |                 |             |              |          |
| Data de modificação | 06/04/2026-18:33:01         | Tamanho         | 19360 bytes |              |          |
| Formato             | CNAB240                     | Início do envio | 18:33:00    | Fim do envio | 18:33:00 |
| Resultado           | Arquivo enviado com sucesso |                 |             |              |          |
| Arquivo             | 032026 UCP                  |                 |             |              |          |
| Data de modificação | 06/04/2026-18:33:01         | Tamanho         | 20328 bytes |              |          |
| Formato             | CNAB240                     | Início do envio | 18:33:01    | Fim do envio | 18:33:01 |
| Resultado           | Arquivo enviado com sucesso |                 |             |              |          |
| Arquivo             | 032026 Santa Casa           |                 |             |              |          |
| Data de modificação | 06/04/2026-18:33:01         | Tamanho         | 3872 bytes  |              |          |
| Formato             | CNAB240                     | Início do envio | 18:33:00    | Fim do envio | 18:33:00 |
| Resultado           | Arquivo enviado com sucesso |                 |             |              |          |

Dados da transmissão

|                 |          |              |          |               |            |
|-----------------|----------|--------------|----------|---------------|------------|
| Início do envio | 18:33:00 | Fim do envio | 18:33:00 | Total Enviado | 3872 bytes |
|-----------------|----------|--------------|----------|---------------|------------|

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

G3310618295107021  
06/04/2026 18:51:37

### 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 06/04/2026  
Data para pagamento 07/04/2026

### 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  | 1.376,64  |
| 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  | 2.003,39  |
| 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  | 824,95    |
| DALVANA PERES PROCOPIO DO | LIBERADO            | 001   | 3156    | 17.520  | 1.408,97  |
| 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  | 1.475,67  |
| 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  | 1.926,75  |
| THAIS ANANIAS BORGES      | LIBERADO            | 001   | 3156    | 21.426  | 1.574,90  |
| MOISES ALVES DOS SANTOS   | LIBERADO            | 001   | 3156    | 21.945  | 1.926,75  |
| FRANCIELE LIMA ALVES DA C | LIBERADO            | 001   | 3156    | 23.175  | 1.926,75  |
| PATRICIA PAVANELLI ALVES  | LIBERADO            | 001   | 3156    | 105.088 | 1.506,92  |
| STEFANIA CRISTINA BARBETO | LIBERADO            | 001   | 3156    | 111.579 | 1.994,29  |

Transação efetuada com sucesso por: JJ633906 SANTO OLIVATTO.

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 02 03/2026

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE IPUÃ - 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 **MARÇO** de 2026.

A importância de R\$ 2.417,55 (Dois mil, quatrocentos e dezessete reais e cinquenta e cinco centavos), cf.discriminado abaixo:

|                         |                | Especificação                        |                   |
|-------------------------|----------------|--------------------------------------|-------------------|
| Número de Inscrição     |                | I- Valor do Serviço Prestado.....    | R\$ 3.036,00      |
| No INSS:                | 113.312.930-86 | II - .....                           | R\$               |
| No CPF:                 | 181.917.248-12 |                                      | Soma R\$ 3.036,00 |
| Documento de Identidade |                | Descontos                            |                   |
| Número                  | Orgão Emissor  | III- Imposto de Renda Fonte.....     | R\$ 11,25         |
| 26.411.983-6            | SSP-SP         | IV- INSS 20%.....                    | R\$ 607,20        |
|                         |                | V.....                               | R\$ 618,45        |
|                         |                | Valor Líquido R\$                    | 2.417,55          |
| Localidade              | Data           | Assinatura:                          |                   |
| Ipuã - SP               | 08/04/2026     | Nome: Gustavo Brenner Garcia Peixoto |                   |

contá: AOA-2026-2

**RECIBO DE PAGAMENTO AUTÔNOMO - RPA**

Recibo nº 02 03/2026

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 **MARÇO** de 2026.

A importância de R\$ 2.417,55 (Dois mil, quatrocentos e dezessete reais e cinquenta e cinco centavos), cf.discriminado abaixo:

|                         |                | Especificação                        |                   |
|-------------------------|----------------|--------------------------------------|-------------------|
| Número de Inscrição     |                | I- Valor do Serviço Prestado.....    | R\$ 3.036,00      |
| No INSS:                | 113.312.930-86 | II - .....                           | R\$               |
| No CPF:                 | 181.917.248-12 |                                      | Soma R\$ 3.036,00 |
| Documento de Identidade |                | Descontos                            |                   |
| Número                  | Orgão Emissor  | III- Imposto de Renda Fonte.....     | R\$ 11,25         |
| 26.411.983-6            | SSP-SP         | IV- INSS 20%.....                    | R\$ 607,20        |
|                         |                | V.....                               | R\$ 618,45        |
|                         |                | Valor Líquido R\$                    | 2.417,55          |
| Localidade              | Data           | Assinatura:                          |                   |
| Ipuã - SP               | 08/04/2026     | Nome: Gustavo Brenner Garcia Peixoto |                   |



## Emitir comprovantes (versão antiga)

G3350914383740491  
09/04/2026 15:01:02

09/04/2026 - BANCO DO BRASIL - 14:57:35  
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 | 09/04/2026          |
| NR. DOCUMENTO         | 613.156.000.105.478 |
| VALOR TOTAL           | 2.417,55            |

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

|                                    |                     |
|------------------------------------|---------------------|
| CLIENTE: GUSTAVO BRENNER G PEIXOTO |                     |
| AGENCIA: 3156-9                    | CONTA: 105.478-3    |
| NR. DOCUMENTO                      | 613.156.001.012.026 |

=====

|                 |                       |
|-----------------|-----------------------|
| NR.AUTENTICACAO | D.8B7.ACB.F53.B6A.96E |
|-----------------|-----------------------|

Transação efetuada com sucesso por: JJ633906 SANTO OLIVATTO.

**Chave de Acesso da NFS-e**

35162001244848743000191000000000006626040293671734

**Número da NFS-e**  
66

**Competência da NFS-e**  
01/04/2026

**Data da emissão da NFS-e**  
13/04/2026

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

**Número da DPS**  
66

**Série da DPS**  
49999

**Data da emissão da DPS**  
13/04/2026

**EMITENTE DA NFS-e**  
Prestador do Serviço  
**Nome / Nome Empresarial**  
TEIXEIRA SANTOS CLINICA MEDICA LTDA  
**Endereço**  
14404-608 - RUA RUA FRANCISCO PRESTES MAIA - DR., 1250  
**Simples Nacional na Data de Competência**  
Optante - Microempresa ou Empresa de Pequeno Porte (ME/EPP)

**CNPJ / CPF / NIF**  
44.848.743/0001-91

**Inscrição Municipal**  
110503  
**E-mail**  
sattva@sattvacontabilidade.com.br

**Telefone**  
1694620750

**Município**  
FRANCA - SP  
**CEP**  
14404-608  
**Regime de Apuração Tributária pelo SN**  
Regime de apuração dos tributos federais e municipal pelo SN

**TOMADOR DO SERVIÇO**  
**CNPJ / CPF / NIF**  
45.708.765/0001-19

**Inscrição Municipal**  
-

**Telefone**  
-

**Nome / Nome Empresarial**  
IRMANDADE DA SANTA CASA DE IPUÃ  
**Endereço**  
RUA FERDINANDO FRATIN, 335, CENTRO

**E-mail**  
-  
**Município**  
Ipuã - 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**  
Ipuã - SP

**País da Prestação**  
BRASIL

**Descrição do Serviço**

REFERENTE A SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADO NO MÊS DE MARÇO DE 2026. TERMO DE COLABORAÇÃO: 01/2025 - ATENÇÃO BÁSICA E ESTRATEGIA DE SAÚDE DA FAMILIA. EMPRESA: Teixeira Santos Clinica Medica LTDA CNPJ: 44848743/0001-91 Banco do brasil agencia: 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: 101.2026-2



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE IPUÃ**

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

Ipuã, 01 de abril 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 março 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 28.773

Responsável pelo Relatório

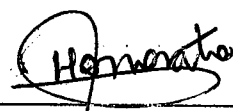
---

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: 01/03/2026 a 31/03/2026 | 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     | 324        |
| Registros não identificados | 0          |
| Total:                      | 324        |

Dados gerais

| Descrição           | Sim | Não | Não Inf. |
|---------------------|-----|-----|----------|
| Ficou em observação | 0   | 324 | 0        |
| Gravidez planejada  | 0   | 0   | 324      |
| Vacinação em dia    | 2   | 0   | 322      |

Turno

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Manhã         | 229        |
| Tarde         | 95         |
| Noite         | 0          |
| Não informado | 0          |
| Total:        | 324        |

Sexo

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Masculino     | 98         |
| Feminino      | 226        |
| Indeterminado | 0          |
| Não informado | 0          |
| Total:        | 324        |

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         | 1     | 3    | 0      | 0       | 4     |
| 03 anos         | 0     | 1    | 0      | 0       | 1     |
| 04 anos         | 1     | 0    | 0      | 0       | 1     |
| 05 a 09 anos    | 4     | 4    | 0      | 0       | 8     |
| 10 a 14 anos    | 4     | 4    | 0      | 0       | 8     |

Faixa etária

| Descrição       | Masc. | Fem. | Indet. | N. Inf. | Total |
|-----------------|-------|------|--------|---------|-------|
| 15 a 19 anos    | 1     | 5    | 0      | 0       | 6     |
| 20 a 24 anos    | 0     | 6    | 0      | 0       | 6     |
| 25 a 29 anos    | 8     | 11   | 0      | 0       | 19    |
| 30 a 34 anos    | 3     | 10   | 0      | 0       | 13    |
| 35 a 39 anos    | 3     | 19   | 0      | 0       | 22    |
| 40 a 44 anos    | 6     | 19   | 0      | 0       | 25    |
| 45 a 49 anos    | 7     | 20   | 0      | 0       | 27    |
| 50 a 54 anos    | 8     | 16   | 0      | 0       | 24    |
| 55 a 59 anos    | 9     | 19   | 0      | 0       | 28    |
| 60 a 64 anos    | 15    | 24   | 0      | 0       | 39    |
| 65 a 69 anos    | 7     | 21   | 0      | 0       | 28    |
| 70 a 74 anos    | 5     | 23   | 0      | 0       | 28    |
| 75 a 79 anos    | 14    | 3    | 0      | 0       | 17    |
| 80 anos ou mais | 2     | 18   | 0      | 0       | 20    |
| Não informado   | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |
| Total:          | 98    | 226  | 0      | 0       | 324   |

Local de atendimento

| Descrição                       | Quantidade |
|---------------------------------|------------|
| Domicílio                       | 5          |
| Escola / Creche                 | 0          |
| Instituição / Abrigo            | 0          |
| Polo (Academia da saúde)        | 0          |
| Rua                             | 0          |
| UBS                             | 318        |
| Unidade móvel                   | 0          |
| Unidade prisional ou congêneres | 0          |
| Unidade socioeducativa          | 0          |
| Outros                          | 1          |
| Não informado                   | 0          |
| Total:                          | 324        |

FILTROS: Período: 01/03/2026 a 31/03/2026 | 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                           | 2          |
| Consulta agendada                                 | 208        |
| Consulta agendada programada / Cuidado continuado | 3          |
| Consulta no dia                                   | 111        |
| Escuta inicial / Orientação                       | 0          |
| Não informado                                     | 0          |
| Total:                                            | 324        |

### Atenção domiciliar

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| AD1           | 0          |
| AD2           | 0          |
| AD3           | 0          |
| Não informado | 324        |
| Total:        | 324        |

### Racionalidade em saúde

| Descrição                     | Quantidade |
|-------------------------------|------------|
| Medicina tradicional chinesa  | 0          |
| Antroposofia aplicada à saúde | 0          |
| Homeopatia                    | 0          |
| Fitoterapia                   | 0          |
| Ayurveda                      | 0          |
| Outra                         | 0          |
| Não informado                 | 324        |
| Total:                        | 324        |

### Criança - Aleitamento materno

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Exclusivo     | 0          |
| Predominante  | 0          |
| Complementado | 0          |
| Inexistente   | 0          |
| Não informado | 324        |
| Total:        | 324        |

### 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          |
| Total:                               | 0          |

### 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                        | 324        |
| Total:                               | 324        |

### Conduta / Desfecho

| Descrição                                    | Quantidade |
|----------------------------------------------|------------|
| Retorno para consulta agendada               | 178        |
| Retorno para cuidado continuado / programado | 233        |
| Agendamento para grupos                      | 0          |
| Agendamento para NASF                        | 0          |
| Agendamento para eMulti                      | 0          |
| Alta do episódio                             | 119        |
| Não informado                                | 0          |
| Total:                                       | 530        |

### Encaminhamento

| Descrição                                         | Quantidade |
|---------------------------------------------------|------------|
| Encaminhamento interno no dia                     | 21         |
| 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: 01/03/2026 a 31/03/2026 | 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 | 264        |
| <b>Total:</b> | <b>328</b> |

### Problemas / Condições avaliadas

| Descrição                  | Quantidade |
|----------------------------|------------|
| Asma                       | 0          |
| Cardiopatias               | 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 |
|----------------------------------------|------------|
| D82 - DOENÇA DOS DENTES/GENGIVAS       | 2          |
| K86 - HIPERTENSÃO SEM COMPLICAÇÕES     | 8          |
| T89 - DIABETES INSULINO-DEPENDENTE     | 1          |
| T90 - DIABETES NÃO INSULINO-DEPENDENTE | 9          |
| W78 - GRAVIDEZ                         | 2          |
| <b>Total:</b>                          | <b>22</b>  |

### Problemas / Condições avaliadas - Outros CID10

| Descrição                                                                   | Quantidade |
|-----------------------------------------------------------------------------|------------|
| A09 - DIARRÉIA E GASTROENTERITE DE ORIGEM INFECCIOSA PRESUMÍVEL             | 4          |
| A15 - TUBERCULOSE RESPIRATÓRIA COM CONFIRMAÇÃO BACTERIOLÓGICA E HISTOLÓGICA | 1          |
| B35 - DERMATOFITOSE                                                         | 1          |
| B356 - TINEA CRURIS                                                         | 1          |
| B37 - CANDIDÍASE                                                            | 1          |
| B373 - CANDIDÍASE DA VULVA E DA VAGINA                                      | 2          |
| B86 - ESCABIOSE [SARNA]                                                     | 1          |
| B92 - SEQÜELAS DE HANSENÍASE [LEPRA]                                        | 1          |
| C16 - NEOPLASIA MALIGNA DO ESTÔMAGO                                         | 3          |

FILTROS: Período: 01/03/2026 a 31/03/2026 | 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 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| D21 - OUTRAS NEOPLASIAS BENIGNAS DO TECIDO CONJUNTIVO E DE OUTROS TECIDOS MOLES                                           | 2          |
| D25 - LEIOMIOMA DO UTERO                                                                                                  | 1          |
| D429 - NEOPLASIA DE COMPORTAMENTO INCERTO OU DESCONHECIDO DE MENINGES NÃO ESPECIFICADAS                                   | 1          |
| D467 - OUTRAS SÍNDROMES MIELODISPLÁSICAS                                                                                  | 1          |
| E039 - HIPOTIREOIDISMO NÃO ESPECIFICADO                                                                                   | 7          |
| E10 - DIABETES MELLITUS INSULINO-DEPENDENTE                                                                               | 5          |
| E109 - DIABETES MELLITUS INSULINO-DEPENDENTE - SEM COMPLICAÇÕES                                                           | 1          |
| E11 - DIABETES MELLITUS NÃO-INSULINO-DEPENDENTE                                                                           | 16         |
| E119 - DIABETES MELLITUS NÃO-INSULINO-DEPENDENTE - SEM COMPLICAÇÕES                                                       | 1          |
| E149 - DIABETES MELLITUS NÃO ESPECIFICADO - SEM COMPLICAÇÕES                                                              | 3          |
| E282 - SÍNDROME DO OVÁRIO POLICÍSTICO                                                                                     | 1          |
| E66 - OBESIDADE                                                                                                           | 15         |
| E78 - DISTÚRBIOS DO METABOLISMO DE LIPOPROTEÍNAS E OUTRAS LIPIDEMIAS                                                      | 3          |
| E780 - HIPERCOLESTEROLEMIA PURA                                                                                           | 3          |
| F00 - DEMÊNCIA NA DOENÇA DE ALZHEIMER                                                                                     | 2          |
| F19 - TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS DEVIDOS AO USO DE MÚLTIPLAS DROGAS E AO USO DE OUTRAS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS | 1          |
| F20 - ESQUIZOFRENIA                                                                                                       | 1          |
| F31 - TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR                                                                                          | 2          |
| F320 - EPISÓDIO DEPRESSIVO LEVE                                                                                           | 1          |
| F33 - TRANSTORNO DEPRESSIVO RECORRENTE                                                                                    | 3          |
| F41 - OUTROS TRANSTORNOS ANSIOSOS                                                                                         | 1          |
| F411 - ANSIEDADE GENERALIZADA                                                                                             | 9          |
| F413 - OUTROS TRANSTORNOS ANSIOSOS MISTOS                                                                                 | 1          |
| F418 - OUTROS TRANSTORNOS ANSIOSOS ESPECIFICADOS                                                                          | 1          |
| F438 - OUTRAS REAÇÕES AO STRESS GRAVE                                                                                     | 1          |

### Problemas / Condições avaliadas - Outros CID10

| Descrição                                                                                                 | Quantidade |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| F609 - TRANSTORNO NÃO ESPECIFICADO DA PERSONALIDADE                                                       | 2          |
| F71 - RETARDO MENTAL MODERADO                                                                             | 1          |
| F711 - RETARDO MENTAL MODERADO - COMPROMETIMENTO SIGNIF. DO COMPORT., REQUERENDO VIGILÂNCIA OU TRATAMENTO | 1          |
| F841 - AUTISMO ATÍPICO                                                                                    | 1          |
| F900 - DISTÚRBIOS DA ATIVIDADE E DA ATENÇÃO                                                               | 2          |
| G20 - DOENÇA DE PARKINSON                                                                                 | 2          |
| G30 - DOENÇA DE ALZHEIMER                                                                                 | 1          |
| G40 - EPILEPSIA                                                                                           | 3          |
| G431 - ENXAQUECA COM AURA [ENXAQUECA CLÁSSICA]                                                            | 1          |
| G470 - DISTÚRBIOS DO INÍCIO E DA MANUTENÇÃO DO SONO [INSÔNIAS]                                            | 1          |
| G500 - NEURALGIA DO TRIGÊMEO                                                                              | 1          |
| G542 - TRANSTORNOS DAS RAÍZES CERVICAIS NÃO CLASSIFICADAS EM OUTRA PARTE                                  | 1          |
| G80 - PARALISIA CEREBRAL                                                                                  | 1          |
| H612 - CERUME IMPACTADO                                                                                   | 2          |
| H903 - PERDA DE AUDIÇÃO BILATERAL NEURO-SENSORIAL                                                         | 1          |
| H920 - OTALGIA                                                                                            | 1          |
| H931 - TINNITUS                                                                                           | 1          |
| I10 - HIPERTENSÃO ESSENCIAL (PRIMÁRIA)                                                                    | 58         |
| I238 - OUTRAS COMPLICAÇÕES ATUAIS SUBSEQÜENTES AO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO                              | 1          |
| I252 - INFARTO ANTIGO DO MIOCÁRDIO                                                                        | 1          |
| I50 - INSUFICIÊNCIA CARDÍACA                                                                              | 3          |
| I64 - ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL, NÃO ESPECIFICADO COMO HEMORRÁGICO OU ISQUÊMICO                          | 1          |
| I694 - SEQÜELAS DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL NÃO ESPECIFICADO COMO HEMORRÁGICO OU ISQUÊMICO              | 4          |
| I742 - EMBOLIA E TROMBOSE DE ARTÉRIAS DOS MEMBROS SUPERIORES                                              | 1          |
| I83 - VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES                                                                      | 1          |
| I84 - HEMORRÓIDAS                                                                                         | 1          |

FILTROS: Período: 01/03/2026 a 31/03/2026 | 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 |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------|
| I845 - HEMORRÓIDAS EXTERNAS SEM COMPLICAÇÃO                                      | 1          |
| I872 - INSUFICIÊNCIA VENOSA (CRÔNICA) (PERIFÉRICA)                               | 12         |
| J01 - SINUSITE AGUDA                                                             | 1          |
| J069 - INFECÇÃO AGUDA DAS VIAS AÉREAS SUPERIORES NÃO ESPECIFICADA                | 4          |
| J302 - OUTRAS RINITES ALÉRGICAS SAZONAIS                                         | 1          |
| J310 - RINITE CRÔNICA                                                            | 1          |
| J441 - DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA COM EXACERBAÇÃO AGUDA NÃO ESPECIFICADA | 1          |
| K01 - DENTES INCLUSOS E IMPACTADOS                                               | 1          |
| K083 - RAIZ DENTÁRIA RETIDA                                                      | 1          |
| K21 - DOENÇA DE REFLUXO GASTROESOFÁGICO                                          | 1          |
| K295 - GASTRITE CRÔNICA, SEM OUTRA ESPECIFICAÇÃO                                 | 1          |
| K296 - OUTRAS GASTRITES                                                          | 1          |
| K57 - DOENÇA DIVERTICULAR DO INTESTINO                                           | 1          |
| K590 - CONSTIPAÇÃO                                                               | 1          |
| L028 - ABSCESSO CUTÂNEO, FURÚNCULO E ANTRAZ DE OUTRAS LOCALIZAÇÕES               | 1          |
| L29 - PRURIDO                                                                    | 1          |
| L40 - PSORÍASE                                                                   | 1          |
| L60 - AFECÇÕES DAS UNHAS                                                         | 1          |
| L70 - ACNE                                                                       | 1          |
| L989 - AFECÇÕES DA PELE E DO TECIDO SUBCUTÂNEO, NÃO ESPECIFICADOS                | 3          |
| M199 - ARTROSE NÃO ESPECIFICADA                                                  | 1          |
| M47 - ESPONDILOSE                                                                | 1          |
| M519 - TRANSTORNO NÃO ESPECIFICADO DE DISCO INTERVERTEBRAL                       | 1          |
| M54 - DORSALGIA                                                                  | 5          |
| M545 - DOR LOMBAR BAIXA                                                          | 1          |
| M629 - TRANSTORNO MUSCULAR NÃO ESPECIFICADO                                      | 1          |
| M755 - BURSITE DO OMBRO                                                          | 2          |
| M771 - EPICONDILITE LATERAL                                                      | 1          |

### Problemas / Condições avaliadas - Outros CID10

| Descrição                                                                               | Quantidade |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| M796 - DOR EM MEMBRO                                                                    | 10         |
| M797 - FIBROMIALGIA                                                                     | 3          |
| M819 - OSTEOPOROSE NÃO ESPECIFICADA                                                     | 1          |
| N18 - INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA                                                       | 2          |
| N200 - CALCULOSE DO RIM                                                                 | 1          |
| N30 - CISTITE                                                                           | 6          |
| N300 - CISTITE AGUDA                                                                    | 1          |
| N40 - HIPERPLASIA DA PRÓSTATA                                                           | 1          |
| N76 - OUTRAS AFECÇÕES INFLAMATÓRIAS DA VAGINA E DA VULVA                                | 1          |
| N80 - ENDOMETRIOSE                                                                      | 1          |
| N83 - TRANSTORNOS NÃO-INFLAMATÓRIOS DO OVÁRIO DA TROMPA DE FALÓPIO E DO LIGAMENTO LARGO | 1          |
| P916 - ENCEFALOPATIA HIPÓXICO-ISQUÊMICA DO RECÉM-NASCIDO                                | 1          |
| R002 - PALPITAÇÕES                                                                      | 1          |
| R03 - VALOR ANORMAL DA PRESSÃO ARTERIAL SEM DIAGNÓSTICO                                 | 3          |
| R05 - TOSSE                                                                             | 1          |
| R10 - DOR ABDOMINAL E PÉLVICA                                                           | 6          |
| R11 - NÁUSEA E VÔMITOS                                                                  | 2          |
| R15 - INCONTINÊNCIA FECAL                                                               | 1          |
| R22 - TUMEFACÇÃO, MASSA OU TUMORAÇÃO LOCALIZADAS DA PELE E DO TECIDO SUBCUTÂNEO         | 1          |
| R32 - INCONTINÊNCIA URINÁRIA NÃO ESPECIFICADA                                           | 1          |
| R42 - TONTURA E INSTABILIDADE                                                           | 1          |
| R45 - SINTOMAS E SINAIS RELATIVOS AO ESTADO EMOCIONAL                                   | 2          |
| R51 - CEFALÉIA                                                                          | 2          |
| R73 - AUMENTO DA GLICEMIA                                                               | 2          |
| S01 - FERIMENTO DA CABEÇA                                                               | 1          |
| W54 - MORDEDURA OU GOLPE PROVOCADO POR CÃO                                              | 1          |
| W540 - MORDEDURA/GOLPE PROVOCADO POR CÃO - RESIDÊNCIA                                   | 2          |
| Z000 - EXAME MÉDICO GERAL                                                               | 11         |

FILTROS: Período: 01/03/2026 a 31/03/2026 | 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 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| Z001 - EXAME DE ROTINA DE SAÚDE DA CRIANÇA                                                              | 7          |
| Z017 - EXAME DE LABORATÓRIO                                                                             | 56         |
| Z018 - OUTROS EXAMES ESPECIAIS ESPECIFICADOS                                                            | 27         |
| Z123 - EXAME ESPECIAL DE RASTREAMENTO DE NEOPLASIA DE MAMA                                              | 1          |
| Z124 - EXAME ESPECIAL DE RASTREAMENTO DE NEOPLASIA DO COLO DO ÚTERO                                     | 1          |
| Z34 - SUPERVISÃO DE GRAVIDEZ NORMAL                                                                     | 2          |
| Z480 - CUIDADOS A CURATIVOS E SUTURAS CIRÚRGICAS                                                        | 5          |
| Z532 - PROCEDIMENTO NÃO REALIZADO DEVIDO À DECISÃO DO PACIENTE POR OUTRAS RAZÕES E AS NÃO ESPECIFICADAS | 1          |
| Z700 - ACOMPANHAMENTO RELATIVO ÀS ATITUDES EM MATÉRIA DE SEXUALIDADE                                    | 19         |
| Z713 - ACONSELHAMENTO E SUPERVISÃO DIETÉTICOS                                                           | 1          |
| Z720 - USO DO TABACO                                                                                    | 3          |
| Z741 - NECESSIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CUIDADOS PESSOAIS                                                 | 1          |
| Z76 - PESSOAS EM CONTATO COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE EM OUTRAS CIRCUNSTÂNCIAS                              | 20         |
| Z760 - EMISSÃO DE PRESCRIÇÃO DE REPETIÇÃO                                                               | 92         |
| Z768 - CONTATOS COM SERVIÇOS DE SAÚDE POR OUTRAS CIRCUNSTÂNCIAS ESPECIFICADAS                           | 8          |
| Z890 - AUSÊNCIA ADQUIRIDA DE DEDO(S) DA MÃO [INCLUSIVE POLEGAR] UNILATERAL                              | 1          |
| Z931 - GASTROSTOMIA                                                                                     | 1          |
| Z950 - PRESENÇA DE MARCA-PASSO CARDÍACO                                                                 | 1          |
| <b>Total:</b>                                                                                           | <b>555</b> |

### Exames solicitados e avaliados

| Descrição                                       | Solicitado | Avaliado   |
|-------------------------------------------------|------------|------------|
| Colesterol total                                | 37         | 37         |
| Creatinina                                      | 35         | 29         |
| EAS / EQU                                       | 38         | 39         |
| Eletrocardiograma                               | 22         | 14         |
| Eletroforese de hemoglobina                     | 0          | 0          |
| Espirometria                                    | 2          | 0          |
| Exame de escarro                                | 0          | 0          |
| Glicemia                                        | 37         | 38         |
| HDL                                             | 38         | 37         |
| Hemoglobina glicada                             | 12         | 19         |
| Hemograma                                       | 43         | 46         |
| LDL                                             | 0          | 36         |
| 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)                     | 1          | 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                     | 1          | 0          |
| Urocultura                                      | 8          | 11         |
| <b>Total:</b>                                   | <b>274</b> | <b>306</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> |

FILTROS: Período: 01/03/2026 a 31/03/2026 | 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 |
|----------------------------------------------------------------------------|------------|----------|
| 0201010470 - BIOPSIA DE TIREOIDE OU PARATIREOIDE - PAAF                    | 1          | 0        |
| 0201020033 - COLETA DE MATERIAL DO COLO DE ÚTERO PARA EXAME CITOPATOLÓGICO | 1          | 0        |
| 0202010120 - DOSAGEM DE ACIDO URICO                                        | 12         | 3        |
| 0202010180 - DOSAGEM DE AMILASE                                            | 0          | 3        |
| 0202010201 - DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES                        | 0          | 4        |
| 0202010210 - DOSAGEM DE CALCIO                                             | 1          | 3        |
| 0202010325 - DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)                         | 3          | 9        |
| 0202010384 - DOSAGEM DE FERRITINA                                          | 1          | 2        |
| 0202010392 - DOSAGEM DE FERRO SERICO                                       | 1          | 2        |
| 0202010406 - DOSAGEM DE FOLATO                                             | 1          | 0        |
| 0202010422 - DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA                                 | 0          | 3        |
| 0202010465 - DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)                | 0          | 5        |
| 0202010554 - DOSAGEM DE LIPASE                                             | 0          | 1        |
| 0202010600 - DOSAGEM DE POTASSIO                                           | 28         | 17       |
| 0202010635 - DOSAGEM DE SODIO                                              | 9          | 5        |
| 0202010643 - DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)           | 3          | 15       |
| 0202010651 - DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)              | 3          | 16       |
| 0202010678 - DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS                                     | 37         | 37       |
| 0202010694 - DOSAGEM DE UREIA                                              | 27         | 22       |

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

| Descrição                                                                          | Solicitado | Avaliado |
|------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------|
| 0202010708 - DOSAGEM DE VITAMINA B12                                               | 8          | 10       |
| 0202010767 - DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D                                       | 7          | 12       |
| 0202020134 - DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA) | 1          | 2        |
| 0202020142 - DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)                | 1          | 2        |
| 0202020150 - DETERMINAÇÃO DE VELOCIDADE DE HEMOSSSEDIMENTAÇÃO (VHS)                | 0          | 3        |
| 0202030105 - DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)                       | 3          | 1        |
| 0202030202 - DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA                                         | 0          | 5        |
| 0202030628 - PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA                             | 1          | 0        |
| 0202031039 - PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO-ESPECIFICA                | 0          | 1        |
| 0202040127 - PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS                                | 0          | 1        |
| 0202040143 - PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES                                   | 8          | 4        |
| 0202050114 - DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)                              | 2          | 0        |
| 0202060250 - DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)                            | 11         | 17       |
| 0202060349 - DOSAGEM DE TESTOSTERONA                                               | 1          | 1        |
| 0202060357 - DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE                                         | 1          | 1        |
| 0202060373 - DOSAGEM DE TIROXINA (T4)                                              | 1          | 1        |
| 0202060381 - DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)                                  | 1          | 6        |
| 0202060390 - DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)                                       | 0          | 1        |
| 0202080013 - ANTIBIOGRAMA                                                          | 8          | 5        |

FILTROS: Período: 01/03/2026 a 31/03/2026 | 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 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------|
| 0202080030 - TESTE DE SENSIBILIDADE EM MEIO SÓLIDO PARA OS FÁRMACOS CONTRA MICOBACTERIAS  | 0          | 1        |
| 0203010019 - EXAME CITOPATOLÓGICO CERVICO-VAGINAL/MICROFLORA                              | 1          | 2        |
| 0203010086 - EXAME CITOPATOLÓGICO CERVICO VAGINAL/MICROFLORA- RASTREAMENTO                | 6          | 0        |
| 0204020042 - RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXAO)                  | 1          | 1        |
| 0204020069 - RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA                                            | 4          | 2        |
| 0204030030 - MAMOGRAFIA                                                                   | 0          | 1        |
| 0204030072 - RADIOGRAFIA DE COSTELAS (POR HEMITORAX)                                      | 1          | 0        |
| 0204030153 - RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)                                           | 2          | 4        |
| 0204030188 - MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO                                       | 4          | 1        |
| 0204040060 - RADIOGRAFIA DE CLAVICULA                                                     | 0          | 1        |
| 0204040086 - RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MAO                                                  | 1          | 0        |
| 0204060028 - DENSITOMETRIA OSSEA DUO-ENERGETICA DE COLUNA (VERTEBRAS LOMBARES E/OU FEMUR) | 0          | 2        |
| 0204060095 - RADIOGRAFIA DE BACIA                                                         | 1          | 2        |
| 0204060109 - RADIOGRAFIA DE CALCANEIO                                                     | 1          | 0        |
| 0204060125 - RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL)                                         | 2          | 0        |
| 0205010032 - ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA                                                | 1          | 2        |
| 0205010040 - ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS                                   | 2          | 5        |
| 0205020038 - ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR                                         | 2          | 1        |

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

| Descrição                                                                        | Solicitado | Avaliado |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------|----------|
| 0205020046 - ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL                                   | 0          | 4        |
| 0205020054 - ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO                               | 6          | 1        |
| 0205020062 - ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULACAO                                     | 3          | 5        |
| 0205020070 - ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL                                  | 2          | 0        |
| 0205020097 - ULTRASSONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL                                  | 2          | 2        |
| 0205020100 - ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA POR VIA ABDOMINAL                      | 2          | 0        |
| 0205020127 - ULTRASSONOGRAFIA DE TIREOIDE                                        | 1          | 1        |
| 0205020186 - ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL                                       | 4          | 3        |
| 0206010010 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE    | 1          | 1        |
| 0206010028 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/ CONTRASTE | 4          | 2        |
| 0206010079 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO                                | 0          | 2        |
| 0206020031 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX                                 | 1          | 2        |
| 0206030010 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR                      | 1          | 3        |
| 0206030037 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE Pelve / BACIA / ABDOMEN INFERIOR      | 2          | 2        |
| 0207010048 - RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO-SACRA                         | 0          | 1        |
| 0207010064 - RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO                                     | 0          | 1        |



## Consultas - Emissão de comprovantes

G3361414222858931  
14/04/2026 16:37:19

14/04/2026 - BANCO DO BRASIL - 16:20:07  
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 | 14/04/2026          |
| NR. DOCUMENTO         | 610.053.000.097.674 |
| VALOR TOTAL           | 17.000,00           |

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

CLIENTE: TEIXEIRA S C M LTDA  
AGENCIA: 0053-1 CONTA: 97.674-1  
NR. DOCUMENTO 613.156.001.012.026  
=====

|                 |                       |
|-----------------|-----------------------|
| NR.AUTENTICACAO | 7.0FF.145.823.8D7.527 |
|-----------------|-----------------------|

Transação efetuada com sucesso por: JJ633906 SANTO OLIVATTO.



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

431

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: williancesarpss@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>13/04/2026 - 13:25:58 | Código de autenticidade<br>510760212369970150001130000000000431<br>26040230166787 |  |
| 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. | Local de prestação |
|                                        | Aliquota<br>5,00 % |

**Descrição do serviço**

REFERENTE A SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADO NO MÊS MARÇO 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

cont: 01.0006-0

|                |             |                       |                                            |                                         |                               |                                           |
|----------------|-------------|-----------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------------|
| 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

431

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: 13/04/2026 - 13:25:58

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:



51076021235587915000113000000000043126040230166787

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

Nota fiscal de serviço  
eletrônica - NFS-e  
431





## **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, 06 de Abril 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 março 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 Henrique Cruz*

Gestor do Convênio

Alexandre Henrique Cruz

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

*Priscila Honorato de Oliveira*

Secretária de Saúde  
Priscila Honorato de Oliveira

FILTROS: Período: 01/03/2026 a 31/03/2026 | 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     | 529        |
| Registros não identificados | 0          |
| Total:                      | 529        |

## Dados gerais

| Descrição           | Sim | Não | Não Inf. |
|---------------------|-----|-----|----------|
| Ficou em observação | 0   | 529 | 0        |
| Gravidez planejada  | 0   | 0   | 529      |
| Vacinação em dia    | 22  | 1   | 506      |

## Turno

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Manhã         | 391        |
| Tarde         | 138        |
| Noite         | 0          |
| Não informado | 0          |
| Total:        | 529        |

## Sexo

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Masculino     | 193        |
| Feminino      | 336        |
| Indeterminado | 0          |
| Não informado | 0          |
| Total:        | 529        |

## Faixa etária

| Descrição       | Masc. | Fem. | Indet. | N. Inf. | Total |
|-----------------|-------|------|--------|---------|-------|
| Menos de 01 ano | 2     | 9    | 0      | 0       | 11    |
| 01 ano          | 1     | 1    | 0      | 0       | 2     |
| 02 anos         | 2     | 4    | 0      | 0       | 6     |
| 03 anos         | 0     | 3    | 0      | 0       | 3     |
| 04 anos         | 3     | 0    | 0      | 0       | 3     |
| 05 a 09 anos    | 9     | 5    | 0      | 0       | 14    |
| 10 a 14 anos    | 15    | 9    | 0      | 0       | 24    |

## Faixa etária

| Descrição       | Masc. | Fem. | Indet. | N. Inf. | Total |
|-----------------|-------|------|--------|---------|-------|
| 15 a 19 anos    | 10    | 15   | 0      | 0       | 25    |
| 20 a 24 anos    | 6     | 15   | 0      | 0       | 21    |
| 25 a 29 anos    | 4     | 12   | 0      | 0       | 16    |
| 30 a 34 anos    | 6     | 10   | 0      | 0       | 16    |
| 35 a 39 anos    | 12    | 20   | 0      | 0       | 32    |
| 40 a 44 anos    | 10    | 26   | 0      | 0       | 36    |
| 45 a 49 anos    | 14    | 28   | 0      | 0       | 42    |
| 50 a 54 anos    | 15    | 47   | 0      | 0       | 62    |
| 55 a 59 anos    | 25    | 33   | 0      | 0       | 58    |
| 60 a 64 anos    | 15    | 27   | 0      | 0       | 42    |
| 65 a 69 anos    | 20    | 27   | 0      | 0       | 47    |
| 70 a 74 anos    | 11    | 17   | 0      | 0       | 28    |
| 75 a 79 anos    | 7     | 21   | 0      | 0       | 28    |
| 80 anos ou mais | 6     | 7    | 0      | 0       | 13    |
| Não informado   | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |
| Total:          | 193   | 336  | 0      | 0       | 529   |

## Local de atendimento

| Descrição                       | Quantidade |
|---------------------------------|------------|
| Domicílio                       | 0          |
| Escola / Creche                 | 0          |
| Instituição / Abrigo            | 0          |
| Polo (Academia da saúde)        | 0          |
| Rua                             | 0          |
| UBS                             | 529        |
| Unidade móvel                   | 0          |
| Unidade prisional ou congêneres | 0          |
| Unidade socioeducativa          | 0          |
| Outros                          | 0          |
| Não informado                   | 0          |
| Total:                          | 529        |

FILTROS: Período: 01/03/2026 a 31/03/2026 | 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                           | 16         |
| Consulta agendada                                 | 261        |
| Consulta agendada programada / Cuidado continuado | 148        |
| Consulta no dia                                   | 104        |
| Escuta inicial / Orientação                       | 0          |
| Não informado                                     | 0          |
| <b>Total:</b>                                     | <b>529</b> |

### Atenção domiciliar

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| AD1           | 0          |
| AD2           | 0          |
| AD3           | 0          |
| Não informado | 529        |
| <b>Total:</b> | <b>529</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                 | 529        |
| <b>Total:</b>                 | <b>529</b> |

### Criança - Aleitamento materno

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Exclusivo     | 4          |
| Predominante  | 1          |
| Complementado | 3          |
| Inexistente   | 0          |
| Não informado | 521        |
| <b>Total:</b> | <b>529</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                        | 529        |
| <b>Total:</b>                        | <b>529</b> |

### Conduta / Desfecho

| Descrição                                    | Quantidade |
|----------------------------------------------|------------|
| Retorno para consulta agendada               | 95         |
| Retorno para cuidado continuado / programado | 191        |
| Agendamento para grupos                      | 0          |
| Agendamento para NASF                        | 0          |
| Agendamento para eMulti                      | 1          |
| Alta do episódio                             | 270        |
| Não informado                                | 0          |
| <b>Total:</b>                                | <b>557</b> |

### Encaminhamento

| Descrição                                         | Quantidade |
|---------------------------------------------------|------------|
| Encaminhamento interno no dia                     | 18         |
| Encaminhamento para serviço especializado         | 66         |
| Encaminhamento para CAPS                          | 2          |
| Encaminhamento para internação hospitalar         | 0          |
| Encaminhamento para urgência                      | 0          |
| Encaminhamento para serviço de atenção domiciliar | 0          |
| Encaminhamento intersetorial                      | 1          |

FILTROS: Período: 01/03/2026 a 31/03/2026 | 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 | 448        |
| <b>Total:</b> | <b>535</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               | 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 | 12         |
| ABP004 - PUERICULTURA                         | 12         |
| D02 - DORES ABDOMINAIS, EPIGÁSTRICAS          | 1          |
| D82 - DOENÇA DOS DENTES/GENGIVAS              | 3          |
| K86 - HIPERTENSÃO SEM COMPLICAÇÕES            | 6          |
| R99 - OUTRAS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS            | 1          |
| T89 - DIABETES INSULINO-DEPENDENTE            | 2          |
| T90 - DIABETES NÃO INSULINO-DEPENDENTE        | 2          |
| W14 - CONTRACEPÇÃO/OUTROS                     | 12         |
| W78 - GRAVIDEZ                                | 9          |
| W90 - PARTO SEM COMPLICAÇÕES DE NASCIDO VIVO  | 2          |
| X15 - SINAIS/SINTOMAS DA VAGINA               | 1          |
| <b>Total:</b>                                 | <b>63</b>  |

FILTROS: Período: 01/03/2026 a 31/03/2026 | 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 |
|--------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| A09 - DIARRÉIA E GASTROENTERITE DE ORIGEM INFECCIOSA PRESUMÍVEL                      | 4          |
| B07 - VERRUGAS DE ORIGEM VIRAL                                                       | 2          |
| B20 - DOENÇA PELO HIV RESULTANDO EM DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS               | 1          |
| B24 - DOENÇA PELO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA [HIV] NÃO ESPECIFICADA            | 1          |
| B349 - INFECÇÃO VIRAL NÃO ESPECIFICADA                                               | 1          |
| B37 - CANDIDÍASE                                                                     | 1          |
| B374 - CANDIDÍASE DE OUTRAS LOCALIZAÇÕES UROGENITAIS                                 | 1          |
| B432 - ABSCESSO E CISTO FEOMICÓTICO SUBCUTÂNEOS                                      | 1          |
| B80 - OXIURÍASE                                                                      | 2          |
| B86 - ESCABIOSE [SARNA]                                                              | 2          |
| B91 - SEQÜELAS DE POLIOMIELITE                                                       | 1          |
| C16 - NEOPLASIA MALIGNA DO ESTÔMAGO                                                  | 1          |
| C920 - LEUCEMIA MIELÓIDE AGUDA                                                       | 1          |
| D25 - LEIOMIOMA DO UTERO                                                             | 1          |
| D252 - LEIOMIOMA SUBSEROZO DO ÚTERO                                                  | 1          |
| D360 - NEOPLASIA BENIGNA DOS GÂNGLIOS LINFÁTICOS (LINFONODOS)                        | 1          |
| D50 - ANEMIA POR DEFICIÊNCIA DE FERRO                                                | 2          |
| D51 - ANEMIA POR DEFICIÊNCIA DE VITAMINA B12                                         | 1          |
| D649 - ANEMIA NÃO ESPECIFICADA                                                       | 1          |
| E039 - HIPOTIREOIDISMO NÃO ESPECIFICADO                                              | 8          |
| E042 - BÓCIO NÃO-TÓXICO MULTINODULAR                                                 | 1          |
| E10 - DIABETES MELLITUS INSULINO-DEPENDENTE                                          | 12         |
| E106 - DIABETES MELLITUS INSULINO-DEPENDENTE - COM OUTRAS COMPLICAÇÕES ESPECIFICADAS | 1          |
| E109 - DIABETES MELLITUS INSULINO-DEPENDENTE - SEM COMPLICAÇÕES                      | 1          |
| E11 - DIABETES MELLITUS NÃO-INSULINO-DEPENDENTE                                      | 22         |
| E119 - DIABETES MELLITUS NÃO-INSULINO-DEPENDENTE - SEM COMPLICAÇÕES                  | 1          |

### Problemas / Condições avaliadas - Outros CID10

| Descrição                                                                             | Quantidade |
|---------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| E14 - DIABETES MELLITUS NÃO ESPECIFICADO                                              | 7          |
| E149 - DIABETES MELLITUS NÃO ESPECIFICADO - SEM COMPLICAÇÕES                          | 2          |
| E282 - SÍNDROME DO OVÁRIO POLICÍSTICO                                                 | 1          |
| E53 - DEFICIÊNCIA DE OUTRAS VITAMINAS DO GRUPO B                                      | 1          |
| E55 - DEFICIÊNCIA DE VITAMINA D                                                       | 1          |
| E66 - OBESIDADE                                                                       | 20         |
| E78 - DISTÚRBIOS DO METABOLISMO DE LIPOPROTEÍNAS E OUTRAS LIPIDEMIAS                  | 7          |
| E780 - HIPERCOLESTEROLEMIA PURA                                                       | 8          |
| E782 - HIPERLIPIDEMIA MISTA                                                           | 1          |
| E785 - HIPERLIPIDEMIA NÃO ESPECIFICADA                                                | 2          |
| E789 - DISTÚRBO NÃO ESPECIFICADO DO METABOLISMO DE LIPOPROTEÍNAS                      | 8          |
| F00 - DEMÊNCIA NA DOENÇA DE ALZHEIMER                                                 | 1          |
| F102 - TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORT. DEVIDOS USO DE ÁLCOOL - SÍNDROME DE DEPENDÊNCIA | 1          |
| F172 - TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORT. DEV. USO FUMO - SÍNDROME DE DEPENDÊNCIA         | 1          |
| F20 - ESQUIZOFRENIA                                                                   | 1          |
| F29 - PSICOSE NÃO-ORGÂNICA NÃO ESPECIFICADA                                           | 1          |
| F32 - EPISÓDIOS DEPRESSIVOS                                                           | 1          |
| F320 - EPISÓDIO DEPRESSIVO LEVE                                                       | 1          |
| F322 - EPISÓDIO DEPRESSIVO GRAVE SEM SINTOMAS PSICÓTICOS                              | 1          |
| F329 - EPISÓDIO DEPRESSIVO NÃO ESPECIFICADO                                           | 1          |
| F33 - TRANSTORNO DEPRESSIVO RECORRENTE                                                | 1          |
| F339 - TRANSTORNO DEPRESSIVO RECORRENTE SEM ESPECIFICAÇÃO                             | 1          |
| F410 - TRANSTORNO DE PÂNICO [ANSIEDADE PAROXÍSTICA EPISÓDICA]                         | 1          |
| F411 - ANSIEDADE GENERALIZADA                                                         | 25         |
| F419 - TRANSTORNO ANSIOSO NÃO ESPECIFICADO                                            | 1          |

FILTROS: Período: 01/03/2026 a 31/03/2026 | 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 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| F453 - TRANSTORNO NEUROVEGETATIVO SOMATOFORME                                                              | 1          |
| F508 - OUTROS TRANSTORNOS DA ALIMENTAÇÃO                                                                   | 1          |
| F603 - TRANSTORNO DE PERSONALIDADE COM INSTABILIDADE EMOCIONAL                                             | 1          |
| F604 - PERSONALIDADE HISTRIÔNICA                                                                           | 1          |
| F609 - TRANSTORNO NÃO ESPECIFICADO DA PERSONALIDADE                                                        | 2          |
| F73 - RETARDO MENTAL PROFUNDO                                                                              | 1          |
| F841 - AUTISMO ATÍPICO                                                                                     | 1          |
| F900 - DISTÚRBIOS DA ATIVIDADE E DA ATENÇÃO                                                                | 3          |
| F989 - TRANSTORNOS COMPORTAM. E EMOCIONAIS Ñ ESPECIF. COM INÍCIO HABITUALMENTE NA INFÂNCIA OU ADOLESCÊNCIA | 1          |
| G40 - EPILEPSIA                                                                                            | 1          |
| G43 - ENXAQUECA                                                                                            | 5          |
| G442 - CEFALÉIA TENSIONAL                                                                                  | 2          |
| G47 - DISTÚRBIOS DO SONO                                                                                   | 1          |
| G470 - DISTÚRBIOS DO INÍCIO E DA MANUTENÇÃO DO SONO [INSÔNIAS]                                             | 2          |
| G479 - DISTÚRBO DO SONO, NÃO ESPECIFICADO                                                                  | 1          |
| G632 - POLINEUROPATIA DIABÉTICA                                                                            | 1          |
| G934 - ENCEFALOPATIA NÃO ESPECIFICADA                                                                      | 1          |
| H612 - CERUME IMPACTADO                                                                                    | 1          |
| I10 - HIPERTENSÃO ESSENCIAL (PRIMÁRIA)                                                                     | 65         |
| I110 - DOENÇA CARDÍACA HIPERTENSIVA COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA (CONGESTIVA)                                | 1          |
| I21 - INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO                                                                           | 1          |
| I252 - INFARTO ANTIGO DO MIOCÁRDIO                                                                         | 1          |
| I341 - PROLAPSO (DA VALVA) MITRAL                                                                          | 2          |
| I48 - FLUTTER E FIBRILAÇÃO ATRIAL                                                                          | 1          |
| I50 - INSUFICIÊNCIA CARDÍACA                                                                               | 6          |
| I739 - DOENÇAS VASCULARES PERIFÉRICAS NÃO ESPECIFICADA                                                     | 1          |

### Problemas / Condições avaliadas - Outros CID10

| Descrição                                                               | Quantidade |
|-------------------------------------------------------------------------|------------|
| I743 - EMBOLIA E TROMBOSE DE ARTÉRIAS DOS MEMBROS INFERIORES            | 1          |
| I829 - EMBOLIA E TROMBOSE VENOSAS DE VEIA NÃO ESPECIFICADA              | 2          |
| I83 - VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES                                    | 3          |
| I84 - HEMORRÓIDAS                                                       | 3          |
| I872 - INSUFICIÊNCIA VENOSA (CRÔNICA) (PERIFÉRICA)                      | 8          |
| J03 - AMIGDALITE AGUDA                                                  | 1          |
| J069 - INFECÇÃO AGUDA DAS VIAS AÉREAS SUPERIORES NÃO ESPECIFICADA       | 1          |
| J11 - INFLUENZA (GRIPE) DEVIDA A VÍRUS NÃO IDENTIFICADO                 | 1          |
| J180 - BRONCOPNEUMONIA NÃO ESPECIFICADA                                 | 1          |
| J20 - BRONQUITE AGUDA                                                   | 1          |
| J303 - OUTRAS RINITES ALÉRGICAS                                         | 1          |
| J42 - BRONQUITE CRÔNICA NÃO ESPECIFICADA                                | 3          |
| J449 - DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA NÃO ESPECIFICADA              | 2          |
| J45 - ASMA                                                              | 4          |
| J459 - ASMA NÃO ESPECIFICADA                                            | 1          |
| K02 - CÁRIE DENTÁRIA                                                    | 1          |
| K04 - DOENÇAS DA POLPA E DOS TECIDOS PERIAPICAIS                        | 1          |
| K08 - OUTROS TRANSTORNOS DOS DENTES E DE SUAS ESTRUTURAS DE SUSTENTAÇÃO | 1          |
| K21 - DOENÇA DE REFLUXO GASTROESOFÁGICO                                 | 3          |
| K29 - GASTRITE E DUODENITE                                              | 2          |
| K292 - GASTRITE ALCOÓLICA                                               | 1          |
| K295 - GASTRITE CRÔNICA, SEM OUTRA ESPECIFICAÇÃO                        | 2          |
| K297 - GASTRITE NÃO ESPECIFICADA                                        | 2          |
| K40 - HÉRNIA INGUINAL                                                   | 1          |
| K521 - GASTROENTERITE E COLITE TÓXICAS                                  | 1          |
| K528 - OUTRAS GASTROENTERITES E COLITES ESPECIFICADAS, NÃO-INFECIOSAS   | 1          |

FILTROS: Período: 01/03/2026 a 31/03/2026 | 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 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| K529 - GASTROENTERITE E COLITE NÃO-INFECIOSAS, NÃO ESPECIFICADAS                           | 1          |
| K920 - HEMATÊMESE                                                                          | 1          |
| K922 - HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL, SEM OUTRA ESPECIFICAÇÃO                                | 1          |
| L02 - ABSCESSO CUTÂNEO, FURÚNCULO E ANTRAZ                                                 | 2          |
| L028 - ABSCESSO CUTÂNEO, FURÚNCULO E ANTRAZ DE OUTRAS LOCALIZAÇÕES                         | 1          |
| L20 - DERMATITE ATÓPICA                                                                    | 3          |
| L21 - DERMATITE SEBORRÉICA                                                                 | 1          |
| L238 - DERMATITE ALÉRGICA DE CONTATO DEVIDO A OUTROS AGENTES                               | 1          |
| L239 - DERMATITE ALÉRGICA DE CONTATO, DE CAUSA NÃO ESPECIFICADA                            | 1          |
| L40 - PSORÍASE                                                                             | 1          |
| L720 - CISTO EPIDÉRMICO                                                                    | 1          |
| L93 - LÚPUS ERITEMATOSO                                                                    | 3          |
| L97 - ÚLCERA DOS MEMBROS INFERIORES NÃO CLASSIFICADA EM OUTRA PARTE                        | 1          |
| M069 - ARTRITE REUMATÓIDE NÃO ESPECIFICADA                                                 | 2          |
| M13 - OUTRAS ARTRITES                                                                      | 1          |
| M179 - GONARTROSE NÃO ESPECIFICADA                                                         | 1          |
| M199 - ARTROSE NÃO ESPECIFICADA                                                            | 1          |
| M235 - INSTABILIDADE CRÔNICA DO JOELHO                                                     | 1          |
| M255 - DOR ARTICULAR                                                                       | 4          |
| M501 - TRANSTORNO DO DISCO CERVICAL COM RADICULOPATIA                                      | 1          |
| M503 - OUTRA DEGENERAÇÃO DE DISCO CERVICAL                                                 | 1          |
| M511 - TRANSTORNOS DE DISCOS LOMBARES E DE OUTROS DISCOS INTERVERTEBRAIS COM RADICULOPATIA | 2          |
| M54 - DORSALGIA                                                                            | 2          |
| M541 - RADICULOPATIA                                                                       | 2          |
| M542 - CERVICALGIA                                                                         | 2          |
| M543 - CIÁTICA                                                                             | 1          |
| M544 - LUMBAGO COM CIÁTICA                                                                 | 1          |

### Problemas / Condições avaliadas - Outros CID10

| Descrição                                                         | Quantidade |
|-------------------------------------------------------------------|------------|
| M545 - DOR LOMBAR BAIXA                                           | 6          |
| M546 - DOR NA COLUNA TORÁCICA                                     | 1          |
| M771 - EPICONDILITE LATERAL                                       | 1          |
| M796 - DOR EM MEMBRO                                              | 1          |
| M797 - FIBROMIALGIA                                               | 4          |
| M81 - OSTEOPOROSE SEM FRATURA PATOLÓGICA                          | 1          |
| M819 - OSTEOPOROSE NÃO ESPECIFICADA                               | 1          |
| M85 - OUTROS TRANSTORNOS DA DENSIDADE E DA ESTRUTURA ÓSSEAS       | 1          |
| N200 - CALCULOSE DO RIM                                           | 1          |
| N209 - CALCULOSE URINÁRIA, NÃO ESPECIFICADA                       | 1          |
| N30 - CISTITE                                                     | 1          |
| N390 - INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO DE LOCALIZAÇÃO NÃO ESPECIFICADA | 6          |
| N73 - DOENÇAS INFLAMATÓRIAS PÉLVICAS FEMININAS                    | 1          |
| N941 - DISPAUREUNIA                                               | 1          |
| N946 - DISMENORRÉIA NÃO ESPECIFICADA                              | 1          |
| O808 - OUTROS TIPOS DE PARTO ÚNICO ESPONTÂNEO                     | 1          |
| R05 - TOSSE                                                       | 5          |
| R060 - DISPNEIA                                                   | 1          |
| R070 - DOR DE GARGANTA                                            | 1          |
| R072 - DOR PRECORDIAL                                             | 1          |
| R10 - DOR ABDOMINAL E PÉLVICA                                     | 1          |
| R101 - DOR LOCALIZADA NO ABDOME SUPERIOR                          | 4          |
| R103 - DOR LOCALIZADA EM OUTRAS PARTES DO ABDOME INFERIOR         | 2          |
| R11 - NÁUSEA E VÔMITOS                                            | 2          |
| R202 - PARESTESIAS CUTÂNEAS                                       | 2          |
| R32 - INCONTINÊNCIA URINÁRIA NÃO ESPECIFICADA                     | 2          |
| R42 - TONTURA E INSTABILIDADE                                     | 1          |
| R51 - CEFALÉIA                                                    | 4          |
| R521 - DOR CRÔNICA INTRATÁVEL                                     | 3          |

FILTROS: Período: 01/03/2026 a 31/03/2026 | 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 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| R53 - MAL ESTAR, FADIGA                                                                                 | 1          |
| R56 - CONVULSÕES, NÃO CLASSIFICADAS EM OUTRA PARTE                                                      | 1          |
| R634 - PERDA DE PESO ANORMAL                                                                            | 1          |
| R73 - AUMENTO DA GLICEMIA                                                                               | 1          |
| R827 - ACHADOS ANORMAIS AO EXAME MICROBIOLÓGICO DA URINA                                                | 1          |
| S637 - ENTORSE E DISTENSÃO DE OUTRAS PARTES E DAS NÃO ESPECIFICADAS DA MÃO                              | 1          |
| S900 - CONTUSÃO DO TORNOZELO                                                                            | 1          |
| T784 - ALERGIA NÃO ESPECIFICADA                                                                         | 1          |
| W176 - OUTRAS QUEDAS DE UM NÍVEL A OUTRO - ÁREAS INDUSTRIAIS E EM CONSTRUÇÃO                            | 1          |
| W559 - MORDEDURA/GOLPE PROVOCADO POR OUTROS ANIMAIS MAMÍFEROS - LOCAL NÃO ESPECIFICADO                  | 1          |
| W57 - MORDEDURAS E PICADAS DE INSETO E DE OUTROS ARTRÓPODES, NÃO-VENENOSOS                              | 1          |
| Z000 - EXAME MÉDICO GERAL                                                                               | 34         |
| Z001 - EXAME DE ROTINA DE SAÚDE DA CRIANÇA                                                              | 39         |
| Z008 - OUTROS EXAMES GERAIS                                                                             | 1          |
| Z014 - EXAME GINECOLÓGICO (GERAL) (DE ROTINA)                                                           | 4          |
| Z10 - EXAME GERAL DE ROTINA ("CHECK UP") DE UMA SUBPOPAÇÃO DEFINIDA                                     | 1          |
| Z302 - ESTERILIZAÇÃO                                                                                    | 1          |
| Z34 - SUPERVISÃO DE GRAVIDEZ NORMAL                                                                     | 9          |
| Z370 - NASCIMENTO ÚNICO, NATIVO [NADO-VIVO]                                                             | 2          |
| Z392 - SEGUIMENTO PÓS-PARTO DE ROTINA                                                                   | 1          |
| Z502 - REABILITAÇÃO DE ALCOÓLATRA                                                                       | 1          |
| Z532 - PROCEDIMENTO NÃO REALIZADO DEVIDO À DECISÃO DO PACIENTE POR OUTRAS RAZÕES E AS NÃO ESPECIFICADAS | 1          |
| Z63 - OUTROS PROBLEMAS RELACIONADOS COM O GRUPO PRIMÁRIO DE APOIO, INCLUSIVE COM A SITUAÇÃO FAMILIAR    | 1          |
| Z700 - ACOMPANHAMENTO RELATIVO ÀS ATITUDES EM MATÉRIA DE SEXUALIDADE                                    | 38         |

### Problemas / Condições avaliadas - Outros CID10

| Descrição                                               | Quantidade |
|---------------------------------------------------------|------------|
| Z715 - ACONSELHAMENTO E SUPERVISÃO PARA ABUSO DE DROGAS | 1          |
| Z720 - USO DO TABACO                                    | 11         |
| Z760 - EMISSÃO DE PRESCRIÇÃO DE REPETIÇÃO               | 246        |
| Z98 - OUTROS ESTADOS PÓS-CIRÚRGICOS                     | 1          |
| <b>Total:</b>                                           | <b>823</b> |

### Exames solicitados e avaliados

| Descrição                                       | Solicitado | Avaliado   |
|-------------------------------------------------|------------|------------|
| Colesterol total                                | 65         | 31         |
| Creatinina                                      | 56         | 25         |
| EAS / EQU                                       | 60         | 20         |
| Eletrcardiograma                                | 19         | 4          |
| Eletrforese de hemoglobina                      | 0          | 0          |
| Espirometria                                    | 8          | 0          |
| Exame de escarro                                | 1          | 0          |
| Glicemia                                        | 69         | 36         |
| HDL                                             | 59         | 30         |
| Hemoglobina glicada                             | 45         | 16         |
| Hemograma                                       | 74         | 33         |
| LDL                                             | 3          | 6          |
| Retinografia / Fundo de olho com oftalmologista | 0          | 0          |
| Sorologia de Hepatite B                         | 0          | 1          |
| Sorologia de Hepatite C                         | 0          | 0          |
| Sorologia de Hepatite D                         | 0          | 0          |
| Sorologia de sífilis (VDRL)                     | 1          | 0          |
| Sorologia para HIV                              | 0          | 0          |
| Sorologia para dengue                           | 0          | 0          |
| Teste de gravidez                               | 1          | 1          |
| Teste indireto de antiglobulina humana (TIA)    | 0          | 0          |
| Ultrassonografia obstétrica                     | 0          | 0          |
| Urocultura                                      | 15         | 5          |
| <b>Total:</b>                                   | <b>476</b> | <b>208</b> |

FILTROS: Período: 01/03/2026 a 31/03/2026 | 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 - 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 |
|----------------------------------------------------------------------------|------------|----------|
| 0201020033 - COLETA DE MATERIAL DO COLO DE ÚTERO PARA EXAME CITOPATOLÓGICO | 1          | 0        |
| 0202010120 - DOSAGEM DE ACIDO URICO                                        | 15         | 9        |
| 0202010201 - DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES                        | 2          | 1        |
| 0202010210 - DOSAGEM DE CALCIO                                             | 1          | 0        |
| 0202010325 - DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)                         | 31         | 4        |
| 0202010384 - DOSAGEM DE FERRITINA                                          | 8          | 1        |
| 0202010392 - DOSAGEM DE FERRO SERICO                                       | 5          | 1        |
| 0202010406 - DOSAGEM DE FOLATO                                             | 2          | 0        |
| 0202010422 - DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA                                 | 1          | 0        |
| 0202010465 - DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)                | 1          | 0        |
| 0202010600 - DOSAGEM DE POTASSIO                                           | 40         | 16       |
| 0202010635 - DOSAGEM DE SODIO                                              | 12         | 4        |
| 0202010643 - DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO- OXALACETICA (TGO)          | 42         | 8        |
| 0202010651 - DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO- PIRUVICA (TGP)             | 42         | 8        |
| 0202010660 - DOSAGEM DE TRANSFERRINA                                       | 1          | 1        |

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

| Descrição                                                                          | Solicitado | Avaliado |
|------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------|
| 0202010678 - DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS                                             | 64         | 30       |
| 0202010694 - DOSAGEM DE UREA                                                       | 46         | 16       |
| 0202010708 - DOSAGEM DE VITAMINA B12                                               | 36         | 9        |
| 0202010767 - DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D                                       | 33         | 7        |
| 0202020029 - CONTAGEM DE PLAQUETAS                                                 | 1          | 0        |
| 0202020070 - DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE COAGULAÇÃO                                   | 1          | 0        |
| 0202020126 - DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBINA                                     | 1          | 0        |
| 0202020134 - DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA) | 7          | 0        |
| 0202020142 - DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)                | 4          | 0        |
| 0202020150 - DETERMINAÇÃO DE VELOCIDADE DE HEMOSSEDIMENTAÇÃO (VHS)                 | 3          | 2        |
| 0202020363 - ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO)                   | 0          | 1        |
| 0202030059 - DETECÇÃO DE RNA DO VÍRUS DA HEPATITE C (QUALITATIVO)                  | 1          | 1        |
| 0202030075 - DETERMINAÇÃO DE FATOR REUMATOIDE                                      | 2          | 1        |
| 0202030105 - DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)                       | 4          | 2        |
| 0202030202 - DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA                                         | 7          | 1        |
| 0202030768 - PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA                             | 0          | 1        |
| 0202030873 - PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA                             | 0          | 1        |
| 0202040089 - PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES                                          | 5          | 1        |

FILTROS: Período: 01/03/2026 a 31/03/2026 | 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 |
|----------------------------------------------------------------------------|------------|----------|
| 0202040127 - PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS                        | 1          | 0        |
| 0202040143 - PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES                           | 10         | 3        |
| 0202050025 - CLEARANCE DE CREATININA                                       | 1          | 2        |
| 0202050092 - DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA                             | 1          | 1        |
| 0202060250 - DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)                    | 37         | 13       |
| 0202060349 - DOSAGEM DE TESTOSTERONA                                       | 1          | 1        |
| 0202060373 - DOSAGEM DE TIROXINA (T4)                                      | 1          | 1        |
| 0202060381 - DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)                          | 11         | 7        |
| 0202070255 - DOSAGEM DE LITIO                                              | 1          | 0        |
| 0202080013 - ANTIBIOGRAMA                                                  | 10         | 1        |
| 0202090302 - PROVA DO LATEX P/ PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE                | 1          | 1        |
| 0202120023 - DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO                    | 1          | 1        |
| 0202120082 - PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)                         | 1          | 1        |
| 0203010019 - EXAME CITOPATOLÓGICO CERVICO-VAGINAL/MICROFLORA               | 12         | 3        |
| 0203010086 - EXAME CITOPATOLÓGICO CERVICO VAGINAL/MICROFLORA- RASTREAMENTO | 1          | 0        |
| 0204010144 - RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL + HIRTZ)      | 1          | 1        |
| 0204020034 - RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO + OBLIQUAS) | 3          | 0        |
| 0204020069 - RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA                             | 6          | 1        |

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

| Descrição                                                                        | Solicitado | Avaliado |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------|----------|
| 0204020093 - RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACICA (AP + LATERAL)                       | 1          | 0        |
| 0204020107 - RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR                                 | 4          | 1        |
| 0204030030 - MAMOGRAFIA                                                          | 13         | 2        |
| 0204030153 - RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)                                  | 7          | 0        |
| 0204030170 - RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)                                           | 2          | 0        |
| 0204030188 - MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO                              | 5          | 0        |
| 0204040027 - RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR                       | 1          | 0        |
| 0204040078 - RADIOGRAFIA DE COTOVELO                                             | 1          | 0        |
| 0204060095 - RADIOGRAFIA DE BACIA                                                | 3          | 1        |
| 0204060109 - RADIOGRAFIA DE CALCANEIO                                            | 5          | 0        |
| 0204060125 - RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL)                                | 4          | 0        |
| 0204060141 - RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + OBLIQUA + 3 AXIAIS) | 1          | 1        |
| 0204060150 - RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE                                     | 1          | 0        |
| 0205010032 - ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA                                       | 3          | 0        |
| 0205010040 - ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS                          | 1          | 1        |
| 0205020038 - ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR                                | 1          | 0        |
| 0205020046 - ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL                                   | 7          | 0        |
| 0205020054 - ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO                               | 2          | 2        |

FILTROS: Período: 01/03/2026 a 31/03/2026 | 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 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------|
| 0205020062 - ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULACAO                                                                               | 6          | 0        |
| 0205020097 - ULTRASSONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL                                                                            | 6          | 0        |
| 0205020127 - ULTRASSONOGRAFIA DE TIREOIDE                                                                                  | 1          | 0        |
| 0205020160 - ULTRASSONOGRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA)                                                                       | 0          | 1        |
| 0205020186 - ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL                                                                                 | 4          | 0        |
| 0206020031 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX                                                                           | 0          | 1        |
| 0207010030 - RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL/PESCOÇO                                                              | 0          | 1        |
| 0207010048 - RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO-SACRA                                                                   | 0          | 2        |
| 0209010029 - COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA)                                                                                     | 1          | 0        |
| 0209010037 - ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA                                                                                    | 1          | 2        |
| 0211050024 - ELETROENCEFALOGRAFIA EM VIGILIA C/ OU S/ FOTO-ESTIMULO                                                        | 0          | 1        |
| 0214010058 - TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE ANTICORPOS ANTI-HIV PARAPOPULAÇÃO GERAL (EXCETO GESTANTE, PARCEIRO OU PARCERIA) | 5          | 3        |
| 0214010066 - TESTE RÁPIDO DE GRAVIDEZ                                                                                      | 2          | 0        |
| 0214010074 - TESTE RÁPIDO TREPONÊMICO (SÍFILIS) PARA POPULAÇÃO GERAL(EXCETO GESTANTE, PARCEIRO OU PARCERIA)                | 5          | 3        |
| 0214010120 - TESTE RÁPIDO PARA DENGUE IGG/IGM                                                                              | 1          | 0        |

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

| Descrição                                                                                                                                                           | Solicitado | Avaliado |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------|
| 0214010228 - TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DO ANTÍGENO DE SUPERFÍCIE DO VÍRUS DA HEPATITE B - HBV (HBSAG) PARA POPULAÇÃO GERAL (EXCETO GESTANTE, PARCEIRO OU PARCERIA) | 0          | 1        |
| 0214010295 - TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE ANTICORPOS CONTRA O VÍRUS DA HEPATITE C PARA POPULAÇÃO GERAL (EXCETO GESTANTE, PARCEIRO OU PARCERIA)                     | 0          | 1        |
| Total:                                                                                                                                                              | 613        | 187      |

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

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



## Consultas - Emissão de comprovantes

G3361414222858931  
14/04/2026 16:35:39

---

14/04/2026 - BANCO DO BRASIL - 16:20:05  
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 | 14/04/2026          |
| NR. DOCUMENTO         | 613.156.000.002.029 |
| VALOR TOTAL           | 15.954,50           |

\*\*\*\*\* TRANSFERIDO PARA:  
CLIENTE: W. C PENA SOARES SILVA  
AGENCIA: 3156-9 CONTA: 2.029-X  
NR. DOCUMENTO 613.156.001.012.026  
=====

|                 |                       |
|-----------------|-----------------------|
| NR.AUTENTICACAO | F.916.86D.5AF.274.2F8 |
|-----------------|-----------------------|

---

Transação efetuada com sucesso por: JJ633906 SANTO OLIVATTO.



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



**Número da NFS-e**  
**54**  
**Código de Verificação de Autenticidade**  
**BZRG5B822**  
**Data e Hora de Emissão da NFS-e**  
**13/04/2026 às 14:09:10**  
**Chave de Acesso**  
**88103A7US5QITQD3JO83BVTU3FFMNL2P**

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>13/04/2026</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>45.862.649/0001-50</b>       | RG/Inscrição Estadual<br><b>52.477.404-3</b> | Inscrição Municipal<br><b>1.129.3994</b> | Cadastro<br><b>000016007</b>            | Nome/Razão Social<br><b>RENATA FERREIRA ANTONIASSI</b> |
| Logradouro<br><b>RUA MOREIRA CESAR, 441</b> | Complemento<br><b>CASA</b>                   | Bairro<br><b>CENTRO</b>                  | E-mail<br><b>SAOLUCASIPUA@GMAIL.COM</b> |                                                        |
| CEP<br><b>14610-051</b>                     | Cidade<br><b>IPUÃ-SP</b>                     | Telefone                                 |                                         |                                                        |

**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         | REFERENTE A 160 HORAS DE PSICOTERAPIA NO VALOR UNITÁRIO DE R\$ 28,00 NO MÊS MARÇO DE 2026.<br>TERMO DE COLABORAÇÃO: 01/2025 - ATENÇÃO BÁSICA E ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.<br>VALOR BRUTO: R\$ 4.480,00<br>VALOR LÍQUIDO: R\$ 4.480,00<br>agência 3156-9<br>conta corrente:20538-9 | 4.480,00      | R\$ 4.480,00 |

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

|                                                 |                                            |                                             |                                        |                                  |                                          |
|-------------------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------------|
| LC 116/2003: <b>041501</b>                      | Alíquota<br><b>2,01%</b>                   | Atividade Município<br><b>0000041500001</b> | Código CNAE                            | Código da Obra                   | Código ART                               |
| Psicanálise.                                    |                                            |                                             |                                        |                                  |                                          |
| Valor Total dos Serviços<br><b>R\$ 4.480,00</b> | Desconto Incondicionado<br><b>R\$ 0,00</b> | Deduções Base Cálculo<br><b>R\$ 0,00</b>    | Base de Cálculo<br><b>R\$ 4.480,00</b> | Total do ISS<br><b>R\$ 90,05</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\$ 4.480,00**

Val. Aprox. Tributos:

**Informações Complementares**

*conta 101.2026-2*

RECEBI(EMOS) DE **RENATA FERREIRA ANTONIASSI** O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO **54** E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO **BZRG5B822**.

Data

CPF/RG

Assinatura

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

Identificador:

CPF/CNPJ/NIF do fornecedor

Número da Nota

Código de Verificação

54

**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\$ 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\$ 8,78     |
| 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           |
| 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)

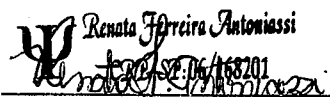
Ipuã, 06 de Abril de 2026

**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 MARÇO de 2026, no Centro de Especialidades conforme relatório em anexo.

Totalizando: 160 horas.

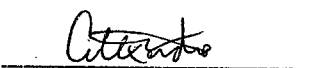
**TERMO DE COLABORAÇÃO 01/2025 - ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE /ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.**

  
Renata Ferreira Antonassi  
CNPJ: 45.862.649/0001-50

Responsável pelo Relatório

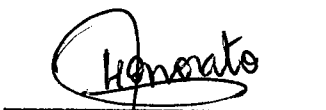
---

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



## Consultas - Emissão de comprovantes

G3361414222858931  
14/04/2026 16:36:31

---

14/04/2026 - BANCO DO BRASIL - 16:20:06  
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 14/04/2026  
NR. DOCUMENTO 613.156.000.020.538  
VALOR TOTAL 4.480,00

\*\*\*\*\* TRANSFERIDO PARA:  
CLIENTE: RENATA F ANTONIASSI  
AGENCIA: 3156-9 CONTA: 20.538-9  
NR. DOCUMENTO 613.156.001.012.026  
=====

NR.AUTENTICACAO 1.B5D.3F4.5FC.D2A.BCF

---

Transação efetuada com sucesso por: JJ633906 SANTO OLIVATTO.



**PM DE IPUÃ - SP**  
**PREF. MUNIC. DE IPUÃ - SP**

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



**Número da NFS-e**  
**172**  
**Código de Verificação de Autenticidade**  
**EBTGUJD4Y**  
**Data e Hora de Emissão da NFS-e**  
**13/04/2026 às 13:31:38**  
**Chave de Acesso**  
**88097THGG7UQ5NILQPZ0YZ52V1SVXRWJ**

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>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>13/04/2026          |
| 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 |

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

|                                    |                                    |                             |                        |                                           |
|------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------|------------------------|-------------------------------------------|
| CPF/CNPJ<br>17.245.717/0001-04     | RG/Inscrição Estadual<br>301142506 | Inscrição Municipal<br>2976 | Cadastro<br>000011292  | Nome/Razão Social<br>ROSELI MEIRE DE SENA |
| Logradouro<br>R. CAMPOS SALES, 383 |                                    |                             | Complemento            | Bairro<br>CENTRO                          |
| CEP<br>14610-000                   | Cidade<br>IPUÃ-SP                  |                             | Telefone<br>0038322630 | E-mail<br>roselisenafislo@gmail.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 |                          |                         | Complemento                                                          |
| CEP/Cod. Postal<br>14610-029             | Cidade/Pais<br>IPUA - SP | Cod. IBGE<br>3521309    | Bairro<br>CENTRO                                                     |
|                                          |                          | 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 120 HORAS PRESTADAS COMO FISIOTERAPEUTA NO VALOR UNITÁRIO DE R\$ 28,00 NO MÊS DE MARÇO DE 2026.<br>TERMO DE COLABORAÇÃO: 01/2025 - ATENÇÃO BÁSICA E ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.<br><br>Conta Corrente: 20810-8<br>Agência: 3156-9 | 3.360,00      | R\$ 3.360,00 |

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

**Construção Civil**

|                                          |                                     |                                      |                                 |                           |                                   |
|------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|---------------------------|-----------------------------------|
| LC 116/2003: 040801                      | Alíquota<br>2,01%                   | Atividade Município<br>0000040800001 | Código CNAE                     | Código da Obra            | Código ART                        |
| Terapia ocupacional.                     |                                     |                                      |                                 |                           |                                   |
| Valor Total dos Serviços<br>R\$ 3.360,00 | Desconto Incondicionado<br>R\$ 0,00 | Deduções Base Cálculo<br>R\$ 0,00    | Base de Cálculo<br>R\$ 3.360,00 | Total do ISS<br>R\$ 67,54 | 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\$ 3.360,00

Val. Aprox. Tributos:

**Informações Complementares**

conta 101-2026-2

RECEBI(EMOS) DE ROSELI MEIRE DE SENA O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO 172 E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO EBTGUJD4Y.

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

172

**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: 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\$ 3.292,46      | Estadual: 0.0        | Estadual: 0.0                   | Estadual: 0.1                | Estadual: R\$ 0,00     | Estadual: R\$ 3,29  |
| Valor dos Serviços Antes dos Tributos: R\$ 0,00 | Municipal: 0.1       | Municipal: 0.0                  | Municipal: 0.1               | Municipal: R\$ 0,00    | Municipal: R\$ 3,29 |
|                                                 |                      |                                 |                              |                        | Total: R\$ 6,58     |
| 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\$ 29,63           |
| VALOR TOTAL COBRADO = R\$ 0,00                  |                      |                                 |                              |                        |                     |

INFORMAÇÕES ADICIONAIS



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE IPUÃ**

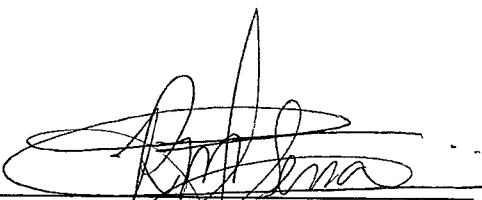
Av. Carlos Fernandes nº 766, Centro – Cx Postal 5-Fone: PABX (16) 3832 0183  
CEP 14610-000 - I P U Ã – Estado de São Paulo E-mail: [saude@ipua.sp.gov.br](mailto:saude@ipua.sp.gov.br)

Ipuã, 06 de Março de 2026.

**RELATÓRIO DE PRODUÇÃO**

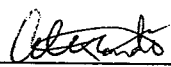
Venho, através deste, comunicar a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Ipuã-SP que a empresa Roséli Meire de Sena **CNPJ: 17.245.717/0001-04** , prestou 120 horas em serviços de Fisioterapia no mês de Março de 2026, na Atenção Básica e Estratégia de Saúde da Família no Município de Ipuã, conforme relatório em anexo.

Totalizando: 120 horas.

  
Responsável pelo Relatório

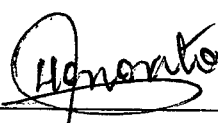
---

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

  
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



## Consultas - Emissão de comprovantes

G3361414222858931  
14/04/2026 16:36:45

---

14/04/2026 - BANCO DO BRASIL - 16:20:06  
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 14/04/2026  
NR. DOCUMENTO 613.156.000.020.810  
VALOR TOTAL 3.360,00  
\*\*\*\*\* TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ROSELI MEIRE DE SENA  
AGENCIA: 3156-9 CONTA: 20.810-8  
NR. DOCUMENTO 613.156.001.012.026  
=====

NR.AUTENTICACAO 4.440.310.F3F.A7B.FC4

---

Transação efetuada com sucesso por: JJ633906 SANTO OLIVATTO.

NFS-e COMPOSTA POR 2 PÁGINA(S)

| PM DE IPUÃ - SP                                                                                                               |                         |                                                                                 |                                                 | Número da NFS-e                        |                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------|
| PREF. MUNIC. DE IPUÃ - SP                                                                                                     |                         |                                                                                 |                                                 | 44                                     |                                  |
| NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e                                                                                    |                         |                                                                                 |                                                 | Código de Verificação de Autenticidade |                                  |
|                                                                                                                               |                         |                                                                                 |                                                 | 5R29I9QG7                              |                                  |
|                                                                                                                               |                         |                                                                                 |                                                 | Data e Hora de Emissão da NFS-e        |                                  |
|                                                                                                                               |                         |                                                                                 |                                                 | 13/04/2026 às 11:04:52                 |                                  |
|                                                                                                                               |                         |                                                                                 |                                                 | Chave de Acesso                        |                                  |
|                                                                                                                               |                         |                                                                                 |                                                 | 88093J89W4WXUSC5100J0X97EOE3MG2V       |                                  |
| <b>Informações Fiscais</b>                                                                                                    |                         |                                                                                 |                                                 |                                        |                                  |
| Exigibilidade do ISS                                                                                                          | Número do Processo      | Município de Incidência do ISS                                                  | Local da Prestação                              |                                        |                                  |
| Exigível                                                                                                                      |                         | IPUA-SP                                                                         | IPUA - SP                                       |                                        |                                  |
| Número da DPS                                                                                                                 | Série da DPS            | Data da DPS                                                                     | Competência                                     |                                        |                                  |
|                                                                                                                               |                         |                                                                                 | 13/04/2026                                      |                                        |                                  |
| 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                          |                                        |                                  |
| <b>PRESTADOR DE SERVIÇOS</b>                                                                                                  |                         |                                                                                 |                                                 |                                        |                                  |
| CPF/CNPJ                                                                                                                      | RG/Inscrição Estadual   | Inscrição Municipal                                                             | Cadastro                                        | Nome/Razão Social                      |                                  |
| 49.612.533/0001-13                                                                                                            |                         | 2.172.4099                                                                      | 000002181                                       | DEVANIL MOREIRA DOS SANTOS FILHO       |                                  |
| Logradouro                                                                                                                    |                         |                                                                                 | Complemento                                     | Bairro                                 |                                  |
| AVENIDA ALBERTO CONRADO, 1720                                                                                                 |                         |                                                                                 | CASA                                            | OLHOS D AGUA                           |                                  |
| CEP                                                                                                                           | Cidade                  |                                                                                 | Telefone                                        | E-mail                                 |                                  |
| 14610-096                                                                                                                     | IPUA-SP                 |                                                                                 | 0000000000                                      |                                        |                                  |
| <b>TOMADOR DE SERVIÇOS</b>                                                                                                    |                         |                                                                                 |                                                 |                                        |                                  |
| 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 |
| <b>Discriminação dos Serviços</b>                                                                                             |                         |                                                                                 |                                                 |                                        |                                  |
| Qtde.                                                                                                                         | Un. Medida              | Descrição                                                                       |                                                 | Vir. Unitário                          | Total                            |
| 1,00                                                                                                                          | UN                      | Ginástica, dança, esportes, natação, artes marciais e demais atividades físicas |                                                 | 4.984,00                               | R\$ 4.984,00                     |
| <b>Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS</b>                                                                      |                         |                                                                                 |                                                 |                                        |                                  |
| LC 116/2003: 060401                                                                                                           |                         |                                                                                 | Alíquota                                        | Atividade Município                    | Código CNAE                      |
|                                                                                                                               |                         |                                                                                 | 2,01%                                           | 0000060400001                          |                                  |
| Ginástica, dança, esportes, natação, artes marciais e demais atividades físicas.                                              |                         |                                                                                 |                                                 |                                        |                                  |
| Valor Total dos Serviços                                                                                                      | Desconto Incondicionado | Deduções Base Cálculo                                                           | Base de Cálculo                                 | Total do ISS                           | ISS Retido                       |
| R\$ 4.984,00                                                                                                                  | R\$ 0,00                | R\$ 0,00                                                                        | R\$ 4.984,00                                    | R\$ 100,18                             | 2 - Não                          |
|                                                                                                                               |                         |                                                                                 |                                                 |                                        | Desconto Condicionado            |
|                                                                                                                               |                         |                                                                                 |                                                 |                                        | R\$ 0,00                         |
| <b>Retenções de Impostos</b>                                                                                                  |                         |                                                                                 |                                                 |                                        |                                  |
| 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\$ 4.984,00                                                                                          |                         |                                                                                 |                                                 |                                        | Val. Aprox. Tributos:            |
| <b>Informações Complementares</b>                                                                                             |                         |                                                                                 |                                                 |                                        |                                  |
| REFERENTE A 178 HORAS PRESTADAS COMO EDUCADOR FISICO NO VALOR UNITÁRIO DE R\$ 28,00 NO MÊS DE MARÇO DE 2026.                  |                         |                                                                                 |                                                 |                                        |                                  |
| TERMO DE COLABORAÇÃO: 01/2025 - ATENÇÃO BÁSICA E ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.                                              |                         |                                                                                 |                                                 |                                        |                                  |
| VALOR BRUTO: R\$ 4.984,00                                                                                                     |                         |                                                                                 |                                                 |                                        |                                  |
| VALOR LÍQUIDO: R\$ 4.984,00                                                                                                   |                         |                                                                                 |                                                 |                                        |                                  |
| RECEBI(EMOS) DE DEVANIL MOREIRA DOS SANTOS FILHO O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO 44 E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO 5R29I9QG7. |                         |                                                                                 |                                                 |                                        |                                  |
| 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  
44

Código de Verificação

**DESTINATÁRIO**

CPF/CNPJ:

Nome/Razão Social:

Endereço:

Nº:

Complemento:

Bairro:

E-mail:

INFORMAÇÕES DE ENDEREÇO NACIONAL

Município:

CEP:

**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

INFORMAÇÕES DE ENDEREÇO NACIONAL

Município: IPUA

CEP: 14810029

**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\$ 4.883,82 | Estadual: 0.0        | Estadual: 0.0                   | Estadual: 0.1                | Estadual: R\$ 0,00     | Estadual: R\$ 4,88  |
| Valor dos Serviços Antes dos Tributos: | R\$ 0,00     | Municipal: 0.1       | Municipal: 0.0                  | Municipal: 0.1               | Municipal: R\$ 0,00    | Municipal: R\$ 4,88 |
|                                        |              |                      |                                 |                              |                        | Total: R\$ 9,77     |
| 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\$ 43,95           |
| 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, 07 de abril de 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 março de 2026 na Atenção Básica e Estratégia de Saúde da Família no Município de Ipuã - SP conforme relatório.

Total: 178 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 Honrato de Oliveira

Secretária Municipal de Saúde.

FILTROS: Período: 01/03/2026 a 31/03/2026 | 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 | 116        |

#### Número de participantes

| Descrição                   | Quantidade |
|-----------------------------|------------|
| Participantes identificados | 255        |
| Total de participantes      | 514        |

#### Turno

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Manhã         | 62         |
| Tarde         | 54         |
| Noite         | 0          |
| Não informado | 0          |
| Total:        | 116        |

#### Programa saúde na escola

| Descrição | Quantidade |
|-----------|------------|
| Educação  | 0          |
| Saúde     | 0          |
| Total:    | 0          |

#### Atividade

| Descrição                                                         | Quantidade |
|-------------------------------------------------------------------|------------|
| Reunião de equipe                                                 | 4          |
| Reunião com outras equipes de saúde                               | 6          |
| Reunião intersetorial / Conselho local de saúde / Controle social | 1          |
| Educação em saúde                                                 | 4          |
| Atendimento em grupo                                              | 101        |
| Avaliação / Procedimento coletivo                                 | 0          |
| Mobilização social                                                | 0          |
| Não informado                                                     | 0          |
| Total:                                                            | 116        |

#### 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                         | 1          |
| Adolescente                                 | 2          |
| Mulher                                      | 89         |
| Gestante                                    | 0          |
| Homem                                       | 19         |
| Familiares                                  | 1          |
| Pessoa idosa                                | 77         |
| Pessoas com doenças crônicas                | 11         |
| 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                                      | 8          |
| Não informado                               | 0          |
| Total:                                      | 208        |

#### 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         | 12         |
| 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: 01/03/2026 a 31/03/2026 | 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                      | 3          |
| Saúde sexual e reprodutiva        | 0          |
| Semana saúde na escola            | 0          |
| Amamentação                       | 0          |
| Alimentação complementar saudável | 0          |
| Outros                            | 104        |
| Não informado                     | 11         |
| Total:                            | 130        |

### Temas para reunião

| Descrição                                               | Quantidade |
|---------------------------------------------------------|------------|
| Questões administrativas / Funcionamento                | 0          |
| Processo de trabalho                                    | 5          |
| Diagnóstico do território / Monitoramento do território | 0          |
| Planejamento / Monitoramento das ações da equipe        | 4          |
| Discussão de caso / Projeto terapêutico singular        | 10         |
| Educação permanente                                     | 2          |
| Outros                                                  | 0          |
| Não informado                                           | 0          |
| Total:                                                  | 21         |

### 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 | 101        |
| 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                         | 4          |
| Total:                                | 105        |

### Práticas em saúde - Outros procedimentos coletivos

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



## Consultas - Emissão de comprovantes

G3361414222858931  
14/04/2026 16:35:21

14/04/2026 - BANCO DO BRASIL - 16:20:05  
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 | 14/04/2026          |
| NR. DOCUMENTO         | 613.156.000.021.468 |
| VALOR TOTAL           | 4.984,00            |

\*\*\*\*\* TRANSFERIDO PARA:  
CLIENTE: DEVANIL M S FH LTDA  
AGENCIA: 3156-9 CONTA: 21.468-X  
NR. DOCUMENTO 613.156.001.012.026  
=====

|                 |                       |
|-----------------|-----------------------|
| NR.AUTENTICACAO | 3.984.6B2.528.856.4D1 |
|-----------------|-----------------------|

Transação efetuada com sucesso por: JJ633906 SANTO OLIVATTO.



PM DE IPUÃ - SP

PREF. MUNIC. DE IPUÃ - SP

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e



Número da NFS-e

57

Código de Verificação de Autenticidade

PN2JPV7RC

Data e Hora de Emissão da NFS-e

13/04/2026 às 13:38:24

Chave de Acesso

88099REGPZ5RYQTSNK91GGYNZP7PKIB

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>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>13/04/2026       |
| 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                        |

## PRESTADOR DE SERVIÇOS

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

## 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/País<br>IPUA - SP | 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 SERVICOS PRESTADOS COMO DENTISTA MÊS DE MARÇO 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

## Construção Civil

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

conta: 305.2026-2

RECEBI(EMOS) DE GIOVANNA PARONITTI GALERA - ME O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO 57 E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO PN2JPV7RC.

Data

CPF/RG

Assinatura

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

Identificador:

CPF/CNPJ/NIF do fornecedor

Número da Nota

Código de Verificação

57

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

INFORMAÇÕES ADICIONAIS



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE IPUÃ**

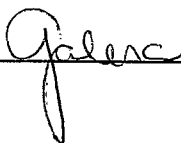
Av. Carlos Fernandes nº 766, Centro – Cx Postal 5-Fone: PABX (16) 3832 0183  
CEP 14610-000 - I P U Ã – Estado de São Paulo E-mail: [saude@ipua.sp.gov.br](mailto:saude@ipua.sp.gov.br)

Ipuã, 06 de Abril 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 Março 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

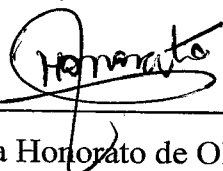
De acordo com o comunicado acima, eu Alexandre Henrique da Cruz, gestor do **TERMO DE COLABORAÇÃO 01/2025 - ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE /ESTRATEGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**, declaro ciência do relatório em anexo.



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: 01/03/2026 a 31/03/2026 | 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     | 105        |
| Registros não identificados | 0          |
| <b>Total:</b>               | <b>105</b> |

### Dados gerais

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

### Turno

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Manhã         | 48         |
| Tarde         | 57         |
| Noite         | 0          |
| Não informado | 0          |
| <b>Total:</b> | <b>105</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         | 2     | 0    | 0      | 0       | 2     |
| 04 anos         | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |
| 05 a 09 anos    | 6     | 11   | 0      | 0       | 17    |
| 10 a 14 anos    | 0     | 1    | 0      | 0       | 1     |
| 15 a 19 anos    | 0     | 1    | 0      | 0       | 1     |
| 20 a 24 anos    | 1     | 4    | 0      | 0       | 5     |
| 25 a 29 anos    | 6     | 6    | 0      | 0       | 12    |
| 30 a 34 anos    | 2     | 7    | 0      | 0       | 9     |
| 35 a 39 anos    | 1     | 4    | 0      | 0       | 5     |
| 40 a 44 anos    | 4     | 4    | 0      | 0       | 8     |
| 45 a 49 anos    | 3     | 6    | 0      | 0       | 9     |
| 50 a 54 anos    | 1     | 4    | 0      | 0       | 5     |
| 55 a 59 anos    | 1     | 7    | 0      | 0       | 8     |

### Faixa etária

| Descrição       | Masc.     | Fem.      | Indet.   | N. Inf.  | Total      |
|-----------------|-----------|-----------|----------|----------|------------|
| 60 a 64 anos    | 2         | 7         | 0        | 0        | 9          |
| 65 a 69 anos    | 1         | 0         | 0        | 0        | 1          |
| 70 a 74 anos    | 0         | 0         | 0        | 0        | 0          |
| 75 a 79 anos    | 5         | 0         | 0        | 0        | 5          |
| 80 anos ou mais | 1         | 7         | 0        | 0        | 8          |
| Não informado   | 0         | 0         | 0        | 0        | 0          |
| <b>Total:</b>   | <b>36</b> | <b>69</b> | <b>0</b> | <b>0</b> | <b>105</b> |

### Sexo

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Masculino     | 36         |
| Feminino      | 69         |
| Indeterminado | 0          |
| Não informado | 0          |
| <b>Total:</b> | <b>105</b> |

### Local de atendimento

| Descrição                       | Quantidade |
|---------------------------------|------------|
| Domicílio                       | 11         |
| Escola / Creche                 | 0          |
| Instituição / Abrigo            | 0          |
| Polo (Academia da saúde)        | 0          |
| Rua                             | 0          |
| UBS                             | 94         |
| Unidade móvel                   | 0          |
| Unidade prisional ou congêneres | 0          |
| Unidade socioeducativa          | 0          |
| Outros                          | 0          |
| Não informado                   | 0          |
| <b>Total:</b>                   | <b>105</b> |

FILTROS: Período: 01/03/2026 a 31/03/2026 | 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           | 69         |
| Escuta inicial / Orientação | 0          |
| Consulta no dia             | 36         |
| Atendimento de urgência     | 0          |
| Não informado               | 0          |
| <b>Total:</b>               | <b>105</b> |

### Tipo de consulta

| Descrição                                   | Quantidade |
|---------------------------------------------|------------|
| Primeira consulta odontológica programática | 92         |
| Consulta de retorno em odontologia          | 13         |
| Consulta de manutenção em odontologia       | 0          |
| Não informado                               | 0          |
| <b>Total:</b>                               | <b>105</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                     | 105        |
| Não informado                        | 0          |
| <b>Total:</b>                        | <b>105</b> |

### Procedimentos

| Descrição                                         | Quantidade |
|---------------------------------------------------|------------|
| Acesso à polpa dentária e medicação (por dente)   | 1          |
| 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                                 | 0          |
| Cimentação de prótese dentária                    | 0          |

### Procedimentos

| Descrição                                                     | Quantidade |
|---------------------------------------------------------------|------------|
| Curativo de demora com ou sem preparo biomecânico             | 1          |
| Drenagem de abscesso                                          | 0          |
| Evidenciação de placa bacteriana                              | 0          |
| Exodontia de dente decíduo                                    | 2          |
| Exodontia de dente permanente                                 | 0          |
| Instalação de prótese dentária                                | 0          |
| Moldagem dentogengival para construção de prótese dentária    | 0          |
| Orientação de higiene bucal                                   | 105        |
| Profilaxia / Remoção da placa bacteriana                      | 0          |
| Pulpotomia dentária                                           | 0          |
| Radiografia interproximal (bite wing)                         | 0          |
| Radiografia periapical                                        | 0          |
| Raspagem alisamento e polimento supragengivais (por sextante) | 201        |
| Raspagem alisamento subgengivais (por sextante)               | 159        |
| Restauração de dente permanente anterior com resina composta  | 22         |
| Restauração de dente permanente posterior com resina composta | 17         |
| Retirada de pontos de cirurgias básicas (por paciente)        | 5          |
| Selamento provisório de cavidade dentária                     | 3          |
| Tratamento de alveolite                                       | 0          |
| Ulotomia / Ulectomia                                          | 0          |
| <b>Total:</b>                                                 | <b>516</b> |

### Outros procedimentos (SIGTAP)

| Descrição                                                                                    | Quantidade |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 0101020120 - ORIENTAÇÃO DE HIGIENIZAÇÃO DE PRÓTESES DENTÁRIAS                                | 13         |
| 0301010030 - CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA (EXCETO MÉDICO) | 13         |
| 0301010137 - CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR                                                 | 11         |
| 0301010153 - PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA                                     | 92         |

FILTROS: Período: 01/03/2026 a 31/03/2026 | 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) | 29         |
| 0307040151 - AJUSTE OCLUSAL                               | 7          |
| <b>Total:</b>                                             | <b>165</b> |

### Fornecimento

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Escova dental | 0          |
| Creme dental  | 0          |
| Fio dental    | 0          |
| Não informado | 105        |
| <b>Total:</b> | <b>105</b> |

### Conduta / Desfecho

| Descrição                                | Quantidade |
|------------------------------------------|------------|
| Retorno para consulta agendada           | 20         |
| Agendamento para outros profissionais AB | 11         |
| Agendamento para NASF                    | 0          |
| Agendamento para eMulti                  | 0          |
| Agendamento para grupos                  | 0          |
| Alta do episódio                         | 0          |
| Tratamento concluído                     | 78         |
| <b>Total:</b>                            | <b>109</b> |

### Encaminhamento

| Descrição                                          | Quantidade |
|----------------------------------------------------|------------|
| Atendimento a pacientes com necessidades especiais | 0          |
| Cirurgia BMF                                       | 7          |
| Endodontia                                         | 1          |
| Estomatologia                                      | 0          |
| Implantodontia                                     | 0          |
| Odontopediatria                                    | 1          |
| Ortodontia / Ortopedia                             | 0          |
| Periodontia                                        | 0          |
| Prótese dentária                                   | 4          |
| Radiologia                                         | 2          |

### Encaminhamento

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Outros        | 0          |
| Não informado | 92         |
| <b>Total:</b> | <b>107</b> |

### Problemas / Condições avaliadas - CIAP2

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

### Problemas / Condições avaliadas - CID10

| Descrição             | Quantidade |
|-----------------------|------------|
| Z012 - EXAME DENTÁRIO | 105        |
| <b>Total:</b>         | <b>105</b> |

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

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



## Consultas - Emissão de comprovantes

G3361414222858931  
14/04/2026 16:36:18

---

14/04/2026 - BANCO DO BRASIL - 16:20:06  
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 | 14/04/2026          |
| NR. DOCUMENTO         | 613.156.000.021.824 |
| VALOR TOTAL           | 4.800,00            |

\*\*\*\*\* TRANSFERIDO PARA:  
CLIENTE: GIOVANNA P GALERA  
AGENCIA: 3156-9 CONTA: 21.824-3  
NR. DOCUMENTO 613.156.001.012.026  
=====

|                 |                       |
|-----------------|-----------------------|
| NR.AUTENTICACAO | A.8BC.76C.FB5.A20.148 |
|-----------------|-----------------------|

---

Transação efetuada com sucesso por: JJ633906 SANTO OLIVATTO.



PM DE IPUÃ - SP

PREF. MUNIC. DE IPUÃ - SP

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e



Número da NFS-e

35

Código de Verificação de Autenticidade

ICFN36C8D

Data e Hora de Emissão da NFS-e

13/04/2026 às 17:56:15

Chave de Acesso

88123XYDIFF61JJK9LP67BP9P8QQV2H3

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 13/04/2026          |
| Optante Simples Nacional 1 - Sim | Incentivo Fiscal 1 - Sim | Regime Especial Tributação Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP) | Tipo ISS 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                     | IPUÃ-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                                        |
| 14610-029                  | IPUÃ - SP             | 3521309             | 16 38321222                                     |
|                            |                       |                     | faturamento@santacasaihua.com.br                |

## Discriminação dos Serviços

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

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

Conta: 301.2026-2

## 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                     |
| R\$ 4.800,00             | R\$ 0,00                | R\$ 0,00              | R\$ 4.800,00    | R\$ 96,48      | 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\$ 4.800,00

Val. Aprox. Tributos:

## Informações Complementares

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

RECEBI(EMOS) DE ALICIA SIMÕES BURANELO O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO 35 E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO ICFN36C8D.

Data

CPF/RG

Assinatura

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

Identificador:

CPF/CNPJ/NIF do fornecedor

Número da Nota

Código de Verificação

35

**DESTINATÁRIO**

CPF/CNPJ:

Nome/Razão Social:

Endereço:

Nº:

Complemento:

Bairro:

E-mail:

INFORMAÇÕES DE ENDEREÇO NACIONAL

Município:

CEP:

**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

INFORMAÇÕES DE ENDEREÇO NACIONAL

Município: IPUA

CEP: 14610029

**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 |
|                                        |              |                      |                                 |                              |                        | 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           |
| 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 – Estad. de São Paulo E-mail: [saude@ipua.sp.gov.br](mailto:saude@ipua.sp.gov.br)

Ipuã, 06 de Abril de 2026.

**RELATÓRIO DE PRODUÇÃO**

Venho através deste, comunicar a Irmandade Santa Casa de Misericórdia que a empresa Alícia Simões Buranelo - CNPJ 49.122.813/0001-43, prestou serviços ODONTOLÓGICOS no mês de Março 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.**

Alicia S. Buranelo

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

FILTROS: Período: 01/03/2026 a 31/03/2026 | Equipe: -- SEM EQUIPE | Profissional: [704609617522529] - Alicia Simoes Buranelo | CBO: 223208 - CIRURGIÃO DENTISTA - CLÍNICO GERAL | Filtros personalizados: Nenhum

## Relatório de atendimento odontológico

### Resumo de produção

| Descrição                   | Quantidade |
|-----------------------------|------------|
| Registros identificados     | 99         |
| Registros não identificados | 0          |
| <b>Total:</b>               | <b>99</b>  |

### Dados gerais

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

### Turno

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Manhã         | 43         |
| Tarde         | 56         |
| Noite         | 0          |
| Não informado | 0          |
| <b>Total:</b> | <b>99</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     | 1    | 0      | 0       | 3     |
| 10 a 14 anos    | 0     | 1    | 0      | 0       | 1     |
| 15 a 19 anos    | 2     | 3    | 0      | 0       | 5     |
| 20 a 24 anos    | 2     | 5    | 0      | 0       | 7     |
| 25 a 29 anos    | 5     | 5    | 0      | 0       | 10    |
| 30 a 34 anos    | 4     | 5    | 0      | 0       | 9     |
| 35 a 39 anos    | 6     | 6    | 0      | 0       | 12    |
| 40 a 44 anos    | 2     | 9    | 0      | 0       | 11    |
| 45 a 49 anos    | 1     | 5    | 0      | 0       | 6     |
| 50 a 54 anos    | 7     | 2    | 0      | 0       | 9     |
| 55 a 59 anos    | 3     | 3    | 0      | 0       | 6     |

### Faixa etária

| Descrição       | Masc.     | Fem.      | Indet.   | N. Inf.  | Total     |
|-----------------|-----------|-----------|----------|----------|-----------|
| 60 a 64 anos    | 2         | 5         | 0        | 0        | 7         |
| 65 a 69 anos    | 3         | 0         | 0        | 0        | 3         |
| 70 a 74 anos    | 4         | 2         | 0        | 0        | 6         |
| 75 a 79 anos    | 0         | 0         | 0        | 0        | 0         |
| 80 anos ou mais | 3         | 1         | 0        | 0        | 4         |
| Não informado   | 0         | 0         | 0        | 0        | 0         |
| <b>Total:</b>   | <b>46</b> | <b>53</b> | <b>0</b> | <b>0</b> | <b>99</b> |

### Sexo

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Masculino     | 46         |
| Feminino      | 53         |
| Indeterminado | 0          |
| Não informado | 0          |
| <b>Total:</b> | <b>99</b>  |

### Local de atendimento

| Descrição                       | Quantidade |
|---------------------------------|------------|
| Domicílio                       | 0          |
| Escola / Creche                 | 0          |
| Instituição / Abrigo            | 0          |
| Polo (Academia da saúde)        | 0          |
| Rua                             | 0          |
| UBS                             | 99         |
| Unidade móvel                   | 0          |
| Unidade prisional ou congêneres | 0          |
| Unidade socioeducativa          | 0          |
| Outros                          | 0          |
| Não informado                   | 0          |
| <b>Total:</b>                   | <b>99</b>  |

FILTROS: Período: 01/03/2026 a 31/03/2026 | Equipe: - - SEM EQUIPE | Profissional: [704609617522529] - Alicia Simoes Buranelo | CBO: 223208 - CIRURGIÃO DENTISTA - CLÍNICO GERAL | Filtros personalizados: Nenhum

#### Tipo de atendimento

| Descrição                   | Quantidade |
|-----------------------------|------------|
| Consulta agendada           | 47         |
| Escuta inicial / Orientação | 0          |
| Consulta no dia             | 20         |
| Atendimento de urgência     | 32         |
| Não informado               | 0          |
| <b>Total:</b>               | <b>99</b>  |

#### Tipo de consulta

| Descrição                                   | Quantidade |
|---------------------------------------------|------------|
| Primeira consulta odontológica programática | 56         |
| Consulta de retorno em odontologia          | 42         |
| Consulta de manutenção em odontologia       | 1          |
| Não informado                               | 0          |
| <b>Total:</b>                               | <b>99</b>  |

#### Vigilância em saúde bucal

| Descrição                            | Quantidade |
|--------------------------------------|------------|
| Abscesso dentoalveolar               | 0          |
| Alteração em tecidos moles           | 0          |
| Dor de dente                         | 16         |
| Fendas ou fissuras labiopalatais     | 0          |
| Fluorose dentária moderada ou severa | 0          |
| Traumatismo dentoalveolar            | 0          |
| Não identificado                     | 83         |
| Não informado                        | 0          |
| <b>Total:</b>                        | <b>99</b>  |

#### Procedimentos

| Descrição                                         | Quantidade |
|---------------------------------------------------|------------|
| Acesso à polpa dentária e medicação (por dente)   | 8          |
| Adaptação de prótese dentária                     | 0          |
| Aplicação de cariostático (por dente)             | 0          |
| Aplicação de selante (por dente)                  | 0          |
| Aplicação tópica de flúor (individual por sessão) | 12         |
| Capeamento pulpar                                 | 4          |
| Cimentação de prótese dentária                    | 0          |

#### Procedimentos

| Descrição                                                     | Quantidade |
|---------------------------------------------------------------|------------|
| Curativo de demora com ou sem preparo biomecânico             | 10         |
| Drenagem de abscesso                                          | 0          |
| Evidenciação de placa bacteriana                              | 12         |
| Exodontia de dente decíduo                                    | 1          |
| Exodontia de dente permanente                                 | 28         |
| Instalação de prótese dentária                                | 0          |
| Moldagem dentogengival para construção de prótese dentária    | 0          |
| Orientação de higiene bucal                                   | 4          |
| Profilaxia / Remoção da placa bacteriana                      | 12         |
| Pulpotomia dentária                                           | 0          |
| Radiografia interproximal (bite wing)                         | 0          |
| Radiografia periapical                                        | 4          |
| Raspagem alisamento e polimento supragengivais (por sextante) | 78         |
| Raspagem alisamento subgengivais (por sextante)               | 72         |
| Restauração de dente permanente anterior com resina composta  | 11         |
| Restauração de dente permanente posterior com resina composta | 25         |
| Retirada de pontos de cirurgias básicas (por paciente)        | 10         |
| Selamento provisório de cavidade dentária                     | 8          |
| Tratamento de alveolite                                       | 0          |
| Ulotomia / Ulectomia                                          | 0          |
| <b>Total:</b>                                                 | <b>299</b> |

#### Outros procedimentos (SIGTAP)

| Descrição                                                                                         | Quantidade |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 0301010048 - CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) | 42         |
| 0301010153 - PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLOGICA PROGRAMÁTICA                                          | 56         |
| 0301060061 - ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA                                     | 1          |
| 0404020097 - EXCISÃO E SUTURA DE LESÃO NA BOCA                                                    | 2          |
| 0414020073 - CURETAGEM PERIAPICAL                                                                 | 29         |

FILTROS: Período: 01/03/2026 a 31/03/2026 | Equipe: - SEM EQUIPE | Profissional: [704609617522529] - Alicia Simoes Buranelo | CBO: 223208 - CIRURGIÃO DENTISTA - CLÍNICO GERAL | Filtros personalizados: Nenhum

### Outros procedimentos (SIGTAP)

| Descrição                                                  | Quantidade |
|------------------------------------------------------------|------------|
| 0414020219 - ODONTOSECÇÃO / RADILECTOMIA / TUNELIZAÇÃO     | 20         |
| 0414020278 - REMOÇÃO DE DENTE RETIDO (INCLUSO / IMPACTADO) | 1          |
| 0414020430 - EXODONTIA DE DENTE SUPRANUMERÁRIO             | 1          |
| <b>Total:</b>                                              | <b>152</b> |

### Fornecimento

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Escova dental | 0          |
| Creme dental  | 0          |
| Fio dental    | 0          |
| Não informado | 99         |
| <b>Total:</b> | <b>99</b>  |

### Conduta / Desfecho

| Descrição                                | Quantidade |
|------------------------------------------|------------|
| Retorno para consulta agendada           | 92         |
| Agendamento para outros profissionais AB | 4          |
| Agendamento para NASF                    | 0          |
| Agendamento para eMulti                  | 0          |
| Agendamento para grupos                  | 0          |
| Alta do episódio                         | 0          |
| Tratamento concluído                     | 3          |
| <b>Total:</b>                            | <b>99</b>  |

### Encaminhamento

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

### Encaminhamento

| Descrição        | Quantidade |
|------------------|------------|
| Prótese dentária | 0          |
| Radiologia       | 0          |
| Outros           | 0          |
| Não informado    | 99         |
| <b>Total:</b>    | <b>99</b>  |

### Problemas / Condições avaliadas - CIAP2

| Descrição                        | Quantidade |
|----------------------------------|------------|
| D82 - DOENÇA DOS DENTES/GENGIVAS | 3          |
| <b>Total:</b>                    | <b>3</b>   |

### Problemas / Condições avaliadas - CID10

| Descrição                                                               | Quantidade |
|-------------------------------------------------------------------------|------------|
| K02 - CÁRIE DENTÁRIA                                                    | 27         |
| K031 - ABRASÃO DENTÁRIA                                                 | 1          |
| K04 - DOENÇAS DA POLPA E DOS TECIDOS PERIAPICAIS                        | 2          |
| K041 - NECROSE DA POLPA                                                 | 1          |
| K08 - OUTROS TRANSTORNOS DOS DENTES E DE SUAS ESTRUTURAS DE SUSTENTAÇÃO | 31         |
| Z012 - EXAME DENTÁRIO                                                   | 37         |
| <b>Total:</b>                                                           | <b>99</b>  |

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

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



## Consultas - Emissão de comprovantes

G3361414222858931  
14/04/2026 16:30:20

---

14/04/2026 - BANCO DO BRASIL - 16:20:00  
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 | 14/04/2026          |
| NR. DOCUMENTO         | 613.156.000.021.843 |
| VALOR TOTAL           | 4.800,00            |

\*\*\*\*\* TRANSFERIDO PARA:  
CLIENTE: ALICIA S BURANELO  
AGENCIA: 3156-9 CONTA: 21.843-X  
NR. DOCUMENTO 613.156.001.012.026  
=====

|                 |                       |
|-----------------|-----------------------|
| NR.AUTENTICACAO | 7.198.C47.44F.D58.601 |
|-----------------|-----------------------|

---

Transação efetuada com sucesso por: JJ633906 SANTO OLIVATTO.



PM DE IPUÃ - SP

PREF. MUNIC. DE IPUÃ - SP

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e



Número da NFS-e

57

Código de Verificação de Autenticidade

OLIQWNVPL

Data e Hora de Emissão da NFS-e

13/04/2026 às 13:41:00

Chave de Acesso

88100R0BOR9X3AX5WW6IEONXF159C060

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>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>13/04/2026       |
| 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                      | RG/Inscrição Estadual | Inscrição Municipal | Cadastro  | Nome/Razão Social       |
| 53.048.171/0001-57            | 455.346.79-3          | 1.125.4223          | 000017572 | GABRIEL FLORES CUSTODIO |
| Logradouro                    | Complemento           |                     | Bairro    |                         |
| AVENIDA CARLOS FERNANDES, 922 | CASA                  |                     | CENTRO    |                         |
| CEP                           | Cidade                | Telefone            |           | E-mail                  |
| 14610-015                     | IPUÃ-SP               |                     |           |                         |

## 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/País           | Cod. IBGE                        | Telefone                                        |
| 14610-029                  | IPUA - SP             | 3521309                          | 16 38321222                                     |
|                            |                       | E-mail                           |                                                 |
|                            |                       | faturamento@santacasaihua.com.br |                                                 |

## Discriminação dos Serviços

| Qtde. | Un. Medida | Descrição                                                                                                                                                                                                                                                                             | Un. Unitário | Total        |
|-------|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|
| 1,00  | UN         | REFERENTE A SERVIÇOS PRESTADOS COMO CIRURGIAO DENTISTA COORDENADOR NO MÊS DE MARÇO 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>Agência:3156-9 Conta Corrente: 22306-9 | 5.500,00     | R\$ 5.500,00 |

## 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 |
| R\$ 5.500,00             | R\$ 0,00                | R\$ 0,00              | R\$ 5.500,00          | R\$ 110,55     | 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\$ 5.500,00

Val. Aprox. Tributos:

## Informações Complementares

DATA: 10.04.2026-2

RECEBI(EMOS) DE GABRIEL FLORES CUSTODIO O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO 57 E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO OLIQWNVPL.

Data

CPF/RG

Assinatura

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

Identificador:

CPF/CNPJ/NIF do fornecedor

Número da Nota

Código de Verificação

57

**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\$ 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, 06 de Abril 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 Março 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.

Priscila Honorato

Priscila Honorato de Oliveira  
Secretária Municipal de Saúde

FILTROS: Período: 01/03/2026 a 31/03/2026 | Equipe: -- SEM EQUIPE | Profissional: [706404343710890] - Gabriel Flores Custodio | CBO: 223208 - CIRURGIÃO DENTISTA - CLÍNICO GERAL | Filtros personalizados: Nenhum

## Relatório de atendimento odontológico

### Resumo de produção

| Descrição                   | Quantidade |
|-----------------------------|------------|
| Registros identificados     | 171        |
| Registros não identificados | 0          |
| <b>Total:</b>               | <b>171</b> |

### Dados gerais

| Descrição                           | Quantidade |
|-------------------------------------|------------|
| Gestante                            | 4          |
| Paciente com necessidades especiais | 2          |

### Turno

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Manhã         | 110        |
| Tarde         | 61         |
| Noite         | 0          |
| Não informado | 0          |
| <b>Total:</b> | <b>171</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    | 1     | 0    | 0      | 0      | 1     |
| 10 a 14 anos    | 2     | 1    | 0      | 0      | 3     |
| 15 a 19 anos    | 5     | 4    | 0      | 0      | 9     |
| 20 a 24 anos    | 3     | 15   | 0      | 0      | 18    |
| 25 a 29 anos    | 5     | 9    | 0      | 0      | 14    |
| 30 a 34 anos    | 11    | 11   | 0      | 0      | 22    |
| 35 a 39 anos    | 5     | 6    | 0      | 0      | 11    |
| 40 a 44 anos    | 6     | 9    | 0      | 0      | 15    |
| 45 a 49 anos    | 8     | 5    | 0      | 0      | 13    |
| 50 a 54 anos    | 6     | 11   | 0      | 0      | 17    |
| 55 a 59 anos    | 4     | 10   | 0      | 0      | 14    |

### Faixa etária

| Descrição       | Masc.     | Fem.      | Indet.   | N. Inf.  | Total      |
|-----------------|-----------|-----------|----------|----------|------------|
| 60 a 64 anos    | 5         | 7         | 0        | 0        | 12         |
| 65 a 69 anos    | 9         | 3         | 0        | 0        | 12         |
| 70 a 74 anos    | 0         | 1         | 0        | 0        | 1          |
| 75 a 79 anos    | 4         | 2         | 0        | 0        | 6          |
| 80 anos ou mais | 1         | 2         | 0        | 0        | 3          |
| Não informado   | 0         | 0         | 0        | 0        | 0          |
| <b>Total:</b>   | <b>75</b> | <b>96</b> | <b>0</b> | <b>0</b> | <b>171</b> |

### Sexo

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Masculino     | 75         |
| Feminino      | 96         |
| Indeterminado | 0          |
| Não informado | 0          |
| <b>Total:</b> | <b>171</b> |

### Local de atendimento

| Descrição                       | Quantidade |
|---------------------------------|------------|
| Domicílio                       | 0          |
| Escola / Creche                 | 0          |
| Instituição / Abrigo            | 0          |
| Polo (Academia da saúde)        | 0          |
| Rua                             | 0          |
| UBS                             | 171        |
| Unidade móvel                   | 0          |
| Unidade prisional ou congêneres | 0          |
| Unidade socioeducativa          | 0          |
| Outros                          | 0          |
| Não informado                   | 0          |
| <b>Total:</b>                   | <b>171</b> |

FILTROS: Período: 01/03/2026 a 31/03/2026 | Equipe: - - SEM EQUIPE | Profissional: [706404343710890] - Gabriel Flores Custodio | CBO: 223208 - CIRURGIÃO DENTISTA - CLÍNICO GERAL | Filtros personalizados: Nenhum

### Tipo de atendimento

| Descrição                   | Quantidade |
|-----------------------------|------------|
| Consulta agendada           | 140        |
| Escuta inicial / Orientação | 0          |
| Consulta no dia             | 8          |
| Atendimento de urgência     | 23         |
| Não informado               | 0          |
| <b>Total:</b>               | <b>171</b> |

### Tipo de consulta

| Descrição                                   | Quantidade |
|---------------------------------------------|------------|
| Primeira consulta odontológica programática | 99         |
| Consulta de retorno em odontologia          | 72         |
| Consulta de manutenção em odontologia       | 0          |
| Não informado                               | 0          |
| <b>Total:</b>                               | <b>171</b> |

### Vigilância em saúde bucal

| Descrição                            | Quantidade |
|--------------------------------------|------------|
| Abscesso dentoalveolar               | 0          |
| Alteração em tecidos moles           | 7          |
| Dor de dente                         | 24         |
| Fendas ou fissuras labiopalatais     | 0          |
| Fluorose dentária moderada ou severa | 0          |
| Traumatismo dentoalveolar            | 0          |
| Não identificado                     | 140        |
| Não informado                        | 0          |
| <b>Total:</b>                        | <b>171</b> |

### Procedimentos

| Descrição                                         | Quantidade |
|---------------------------------------------------|------------|
| Acesso à polpa dentária e medicação (por dente)   | 11         |
| Adaptação de prótese dentária                     | 19         |
| Aplicação de cariostático (por dente)             | 0          |
| Aplicação de selante (por dente)                  | 0          |
| Aplicação tópica de flúor (individual por sessão) | 21         |
| Capeamento pulpar                                 | 41         |
| Cimentação de prótese dentária                    | 1          |

### Procedimentos

| Descrição                                                     | Quantidade |
|---------------------------------------------------------------|------------|
| Curativo de demora com ou sem preparo biomecânico             | 14         |
| Drenagem de abscesso                                          | 0          |
| Evidenciação de placa bacteriana                              | 18         |
| Exodontia de dente decíduo                                    | 1          |
| Exodontia de dente permanente                                 | 18         |
| Instalação de prótese dentária                                | 14         |
| Moldagem dentogengival para construção de prótese dentária    | 15         |
| Orientação de higiene bucal                                   | 170        |
| Profilaxia / Remoção da placa bacteriana                      | 18         |
| Pulpotomia dentária                                           | 0          |
| Radiografia interproximal (bite wing)                         | 0          |
| Radiografia periapical                                        | 11         |
| Raspagem alisamento e polimento supragengivais (por sextante) | 87         |
| Raspagem alisamento subgengivais (por sextante)               | 8          |
| Restauração de dente permanente anterior com resina composta  | 15         |
| Restauração de dente permanente posterior com resina composta | 22         |
| Retirada de pontos de cirurgias básicas (por paciente)        | 22         |
| Selamento provisório de cavidade dentária                     | 25         |
| Tratamento de alveolite                                       | 0          |
| Ulotomia / Ulectomia                                          | 0          |
| <b>Total:</b>                                                 | <b>551</b> |

### Outros procedimentos (SIGTAP)

| Descrição                                                                                         | Quantidade |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 0101020120 - ORIENTAÇÃO DE HIGIENIZAÇÃO DE PRÓTESES DENTÁRIAS                                     | 18         |
| 0101040083 - MEDIÇÃO DE PESO                                                                      | 1          |
| 0301010048 - CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) | 72         |
| 0301010153 - PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA                                          | 99         |
| 0301100039 - AFERIÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL                                                         | 2          |

FILTROS: Período: 01/03/2026 a 31/03/2026 | Equipe: - SEM EQUIPE | Profissional: [706404343710890] - Gabriel Flores Custodio | CBO: 223208 - CIRURGIÃO DENTISTA - CLÍNICO GERAL | Filtros personalizados: Nenhum

### Outros procedimentos (SIGTAP)

| Descrição                                                                                          | Quantidade |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 0307030075 - TRATAMENTO DE LESÕES DA MUCOSA ORAL                                                   | 1          |
| 0307040089 - REEMBASAMENTO E CONserto DE PROTESE DENTARIA                                          | 2          |
| 0401010066 - EXCISÃO E/OU SUTURA SIMPLES DE PEQUENAS LESÕES / FERIMENTOS DE PELE / ANEXOS E MUCOSA | 1          |
| 0404020054 - DRENAGEM DE ABSCESSO DA BOCA E ANEXOS                                                 | 4          |
| 0414020073 - CURETAGEM PERIAPICAL                                                                  | 38         |
| 0414020219 - ODONTOSECÇÃO / RADILECTOMIA / TUNELIZAÇÃO                                             | 38         |
| 0414020278 - REMOÇÃO DE DENTE RETIDO (INCLUSO / IMPACTADO)                                         | 20         |
| 0701070129 - PROTESE TOTAL MANDIBULAR                                                              | 1          |
| 0701070137 - PROTESE TOTAL MAXILAR                                                                 | 1          |
| <b>Total:</b>                                                                                      | <b>298</b> |

### Fornecimento

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Escova dental | 0          |
| Creme dental  | 0          |
| Fio dental    | 0          |
| Não informado | 171        |
| <b>Total:</b> | <b>171</b> |

### Conduta / Desfecho

| Descrição                                | Quantidade |
|------------------------------------------|------------|
| Retorno para consulta agendada           | 139        |
| Agendamento para outros profissionais AB | 2          |
| Agendamento para NASF                    | 0          |
| Agendamento para eMulti                  | 0          |
| Agendamento para grupos                  | 0          |
| Alta do episódio                         | 0          |
| Tratamento concluído                     | 32         |
| <b>Total:</b>                            | <b>173</b> |

### Encaminhamento

| Descrição                                          | Quantidade |
|----------------------------------------------------|------------|
| Atendimento a pacientes com necessidades especiais | 0          |
| Cirurgia BMF                                       | 0          |
| Endodontia                                         | 0          |
| Estomatologia                                      | 0          |
| Implantodontia                                     | 0          |
| Odontopediatria                                    | 0          |
| Ortodontia / Ortopedia                             | 0          |
| Periodontia                                        | 0          |
| Prótese dentária                                   | 0          |
| Radiologia                                         | 0          |
| Outros                                             | 0          |
| Não informado                                      | 171        |
| <b>Total:</b>                                      | <b>171</b> |

### Problemas / Condições avaliadas - CIAP2

| Descrição                                 | Quantidade |
|-------------------------------------------|------------|
| D19 - SINAIS/SINTOMAS DOS DENTES/GENGIVAS | 1          |
| D82 - DOENÇA DOS DENTES/GENGIVAS          | 170        |
| <b>Total:</b>                             | <b>171</b> |

### Problemas / Condições avaliadas - CID10

| Descrição                                                               | Quantidade |
|-------------------------------------------------------------------------|------------|
| K001 - DENTES SUPRANUMERÁRIOS                                           | 1          |
| K01 - DENTES INCLUSOS E IMPACTADOS                                      | 22         |
| K02 - CÁRIE DENTÁRIA                                                    | 27         |
| K03 - OUTRAS DOENÇAS DOS TECIDOS DENTÁRIOS DUROS                        | 1          |
| K04 - DOENÇAS DA POLPA E DOS TECIDOS PERIAPICAIS                        | 16         |
| K05 - GENGIVITE E DOENÇAS PERIODONTAIS                                  | 18         |
| K06 - OUTROS TRANSTORNOS DA GENGIVA E DO REBORDO ALVEOLAR SEM DENTES    | 13         |
| K08 - OUTROS TRANSTORNOS DOS DENTES E DE SUAS ESTRUTURAS DE SUSTENTAÇÃO | 70         |
| K09 - CISTOS DA REGIÃO BUCAL NÃO CLASSIFICADOS EM OUTRA PARTE           | 1          |

FILTROS: Período: 01/03/2026 a 31/03/2026 | Equipe: - - SEM EQUIPE | Profissional: [706404343710890] - Gabriel Flores Custodio | CBO: 223208 - CIRURGIÃO DENTISTA - CLÍNICO GERAL | Filtros personalizados: Nenhum

#### Problemas / Condições avaliadas - CID10

| Descrição                                                         | Quantidade |
|-------------------------------------------------------------------|------------|
| Z012 - EXAME DENTÁRIO                                             | 1          |
| Z463 - COLOCAÇÃO E AJUSTAMENTO DE DISPOSITIVO DE PRÓTESE DENTÁRIA | 1          |
| Total:                                                            | 171        |

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

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



## Consultas - Emissão de comprovantes

G3361414222858931  
14/04/2026 16:36:05

14/04/2026 - BANCO DO BRASIL - 16:20:05  
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 | 14/04/2026          |
| NR. DOCUMENTO         | 613.156.000.022.306 |
| VALOR TOTAL           | 5.500,00            |

\*\*\*\*\* TRANSFERIDO PARA:  
CLIENTE: GABRIEL F CUSTODIO  
AGENCIA: 3156-9 CONTA: 22.306-9  
NR. DOCUMENTO 613.156.001.012.026  
=====

|                 |                       |
|-----------------|-----------------------|
| NR.AUTENTICACAO | A.E20.180.A39.7BC.A0B |
|-----------------|-----------------------|

Transação efetuada com sucesso por: JJ633906 SANTO OLIVATTO.

## AVISO PRÉVIO DE FÉRIAS

IPUA/SP, 23 de março de 2026

Pelo presente comunicamos, Sr(a) **JOVANA MARA DA SILVA**, portador(a) da CTPS nº **0074605** série **00279**, que serão concedidas Férias de **22/04/2026** a **06/05/2026**, referente ao período aquisitivo de **07/02/2024** a **06/02/2025**.

A importância correspondente as Férias, e se for o caso, ao Abono Pecuniário e o 13º Salário, estará a sua disposição a partir de **17/04/2026**.

Solicito apor seu ciente na cópia deste.

*maquindade*

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

*Jovana Mara da Silva*

Empregado(a)

## RECIBO DE FÉRIAS

Folha: 1/1

Funcionário: **0410-JOVANA MARA DA SILVA** Admissão: **07/02/2022**  
CTPS/Série: **0074605/00279** CPF: **387.566.298-93** Livro: **533** Folha: **533**

Aquisição: 07 de fevereiro de 2024 a 06 de fevereiro de 2025  
Gozo : 22 de abril de 2026 a 06 de maio de 2026  
1/3 Abono:  
Lic.Remun:

### CÁLCULO DA REMUNERAÇÃO BASE PARA PAGAMENTO DE FÉRIAS

|               |                         |                   |          |
|---------------|-------------------------|-------------------|----------|
| Faltas :      | 0 Dias Desconsiderar: 0 |                   |          |
| Dias Gozo :   | 15                      | Salario Base :    | 1.650,00 |
| Dias Abono :  |                         | Medias Eventos :  | 324,20   |
| Dias Licença: | 0                       | Remuneração Base: | 1.974,20 |

### DEMONSTRATIVO

| Código | Descrição..... | Referência.... | Valor..... | Código | Descrição..... | Referência.... | Valor..... |
|--------|----------------|----------------|------------|--------|----------------|----------------|------------|
| 5001   | FERIAS         | 15,000000      | 987,10     | 5011   | INSS           | 7,500000       | 98,70      |
| 5002   | 1/3 FERIAS     | 1,000000       | 329,03     |        |                |                |            |

|                  |          |                  |          |
|------------------|----------|------------------|----------|
| Total Proventos: | 1.316,13 | Total Descontos: | 98,70    |
|                  |          | Valor Líquido -> | 1.217,43 |

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\$ 1.217,43 (Um Mil, Duzentos e Dezessete Reais, e Quarenta e Tres Centavos) conforme demonstrativo acima.  
IPUA/SP, 17 de abril de 2026.

*Jovana Mara da Silva*

JOVANA MARA DA SILVA

ag-3156-9

/ conta-16273-6

conta-101.2026-2

Remessa

Cliente IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA

Data 14/04/2026

Dados do(s) Arquivo(s)

|                     |                             |                 |            |                 |              |
|---------------------|-----------------------------|-----------------|------------|-----------------|--------------|
| Arquivo             | Ferias Jovana Mara da Silva |                 |            |                 |              |
| Data de modificação | 14/04/2026-                 | Tamanho         | 1452 bytes | Início do envio | Fim do envio |
|                     | 16:50:15                    |                 |            |                 |              |
| Formato             | CNAB240                     | Início do envio | 16:50:15   | Fim do envio    | 16:50:15     |
| Resultado           | Arquivo enviado com sucesso |                 |            |                 |              |

Dados da transmissão

|                 |          |              |          |               |            |
|-----------------|----------|--------------|----------|---------------|------------|
| Início do envio | 16:50:15 | Fim do envio | 16:50:15 | Total Enviado | 1452 bytes |
|-----------------|----------|--------------|----------|---------------|------------|

Transação efetuada com sucesso por: JJ633906 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

G3311417078790881  
14/04/2026 17:17:26

### 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 14/04/2026  
Data para pagamento 15/04/2026

### Favorecidos

| Nome                 | Situação lançamento | Banco | Agência | Conta  | Valor R\$ |
|----------------------|---------------------|-------|---------|--------|-----------|
| JOVANA MARA DA SILVA | LIBERADO            | 001   | 3156    | 16.273 | 1.217,43  |

Transação efetuada com sucesso por: JJ633906 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**  
**10643**

**Código de Verificação de Autenticidade**  
**W2MC4Y0WK**

**Data e Hora de Emissão da NFS-e**

**10/04/2026 às 11:59:27**

**Chave de Acesso**

**2595526ATTR3GSUDNNRTF217MUL90AFJ**

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

**Informações Fiscais**

|                                     |                             |                                                                                                          |                                                    |
|-------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| Exigibilidade do ISS<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 do RPS                       | Série do RPS                | Tipo do RPS                                                                                              | Data do RPS<br>10/04/2026                          |
| 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                                           |

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

|                                           |                                     |                              |                                                              |                   |
|-------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------------------------------|-------------------|
| CPF/CNPJ<br>01.013.181/0001-53            | RG/Inscrição Estadual<br>08012      | Inscrição Municipal<br>08012 | Cadastro<br>ECAMEST - EMPRESA DE CONSULTORIA E ASSESSORIA EM | Nome/Razão Social |
| Logradouro<br>RUA RUA SAO BENEDITO, 00450 | Complemento                         | Bairro<br>VILA BELA VISTA    |                                                              |                   |
| CEP<br>14600-000                          | Cidade<br>SÃO JOAQUIM DA BARRA - 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 SANTA CASA MISERICÓRDIA DE IPUÃ |
| Logradouro<br>RUA FERDINANDO FRATIN, 335 | Complemento              | Bairro<br>CENTRO                    |                                                                |
| CEP/Cod.Postal<br>14610-000              | Cidade/País<br>IPUA - SP | Cod. IBGE<br>3521309                | Telefone<br>16 38321222                                        |
|                                          |                          | E-mail<br>santacasaipua@com4.com.br |                                                                |

**Discriminação dos Serviços**

| Qtde. | Un. Medida | Descrição                                                                                                                            | Vlr. Unitário | Total      |
|-------|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|------------|
| 24.0  | UN         | ASSESSORIA E CONSULTORIA EM MEDICINA E SEGURANCA DO TRABALHO : TERMO DE COLABORAÇÃO 01/25 REFERENTE AO DIA 01 A 31 DE MARÇO DE 2026. | 28.46         | R\$ 683,04 |

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

|                                                                                          |                                     |                                      |                               |                           |                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|---------------------------|-----------------------------------|
| LC 116/2003: 170101                                                                      | Alíquota<br>3,4279%                 | Atividade Município<br>0000170100001 | Código CNAE                   | Código da Obra            | Código ART                        |
| Assessoria ou consultoria de qualquer natureza, não contida em outros itens desta lista. |                                     |                                      |                               |                           |                                   |
| Valor Total dos Serviços<br>R\$ 683,04                                                   | Desconto Incondicionado<br>R\$ 0,00 | Deduções Base Cálculo<br>R\$ 0,00    | Base de Cálculo<br>R\$ 683,04 | Total do ISS<br>R\$ 23,41 | ISS Retido<br>2 - Não             |
|                                                                                          |                                     |                                      |                               |                           | Desconto Condicionado<br>R\$ 0,00 |

**Retenções de Impostos**

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

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

|                         |                         |
|-------------------------|-------------------------|
| IBS (0.10%)<br>R\$ 0,68 | CBS (0.90%)<br>R\$ 6,15 |
|-------------------------|-------------------------|

Valor Líquido da NFS-e: R\$ 683,04

Val. Aprox. Tributos:

**Informações Complementares**

empresa optante pelo simples nacional

*Conta: 101.0026-2*

RECEBI(EMOS) DE ECAMEST - EMPRESA DE CONSULTORIA E ASSESSORIA EM MEDICINA E SEGURANCA LTDA O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO 10643 E CÓDIGO DE

Data

CPF/RG

Assinatura

## RECIBO DO PAGADOR

|                                                                                                                                                       |                   |                                                        |              |                                  |                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------------------------------------|--------------|----------------------------------|---------------------------------------------|
| <b>itau</b> Banco Itaú S.A.                                                                                                                           | 341-7             | 34191.57007 04064.840426 62311.890008 8 14160000068304 |              |                                  |                                             |
| Local de pagamento: Pague pelo aplicativo, internet ou em agências e correspondentes.                                                                 |                   |                                                        |              |                                  | Vencimento<br><b>14/04/2026</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>10/04/2026                                                                                                                       | Núm. do documento | Espécie Doc.<br>DV                                     | Accepte<br>N | Data Processamento<br>10/04/2026 | Nosso Número<br>157 / 00040648 - 4          |
| Uso do Banco                                                                                                                                          | Carteira<br>157   | Espécie<br>R\$                                         | Quantidade   | Valor                            | (=) Valor do Documento<br><b>683,04</b>     |
| Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o BENEFICIÁRIO.<br>NOTA FISCAL 10643                        |                   |                                                        |              |                                  | (-) 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>itau</b> Banco Itaú S.A.                                                                                                                           | 341-7             | 34191.57007 04064.840426 62311.890008 8 14160000068304 |              |                                  |                                             |
| Local de pagamento: Pague pelo aplicativo, internet ou em agências e correspondentes.                                                                 |                   |                                                        |              |                                  | Vencimento<br><b>14/04/2026</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>10/04/2026                                                                                                                       | Núm. do documento | Espécie Doc.<br>DV                                     | Accepte<br>N | Data Processamento<br>10/04/2026 | Nosso Número<br>157 / 00040648 - 4          |
| Uso do Banco                                                                                                                                          | Carteira<br>157   | Espécie<br>R\$                                         | Quantidade   | Valor                            | (=) Valor do Documento<br><b>683,04</b>     |
| Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o BENEFICIÁRIO.<br>NOTA FISCAL 10643                        |                   |                                                        |              |                                  | (-) 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.itaou.com.br/empresas](http://www.itaou.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: 101-2026-2

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUÃ - DESCRIVER NA NOTA:  
 ASSESSORIA E CONSULTORIA EM MEDICINA E SEGURANCA DO TRABALHO : TERMO DE  
 COLABORAÇÃO 01/25  
 REFERENTE AO DIA 01 A 31 DE MARÇO 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         |
| <b>VALOR DA NOTA:</b>                | <b>R\$ 683,04</b> |

Quatidade de vidas:

R\$

24,00



## Consultas - Emissão de comprovantes

G3361414222858931  
14/04/2026 16:30:3714/04/2026 - BANCO DO BRASIL - 16:30:37  
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.

34191570070406484042662311890008814160000068304

## BENEFICIARIO:

ECAMEST E C A E MEDICINA

## NOME FANTASIA:

ECAMEST E C A E MEDICINA

CNPJ: 01.013.181/0001-53

## BENEFICIARIO FINAL:

ECAMEST E C A E MEDICINA

CNPJ: 01.013.181/0001-53

## PAGADOR:

IRM.STA CASA DE IPUA

CNPJ: 45.708.765/0001-19

NR. DOCUMENTO 41.401  
DATA DE VENCIMENTO 14/04/2026  
DATA DO PAGAMENTO 14/04/2026  
VALOR DO DOCUMENTO 683,04  
VALOR COBRADO 683,04  
=====NR.AUTENTICACAO C.305.D9A.141.1CA.EBC  
=====

## 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: JJ633906 SANTO OLIVATTO.



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

|                                            |                                    |                                                                       |                                                            |
|--------------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| Exigibilidade do ISS<br><b>Exigível</b>    | Número do Processo                 | Município de Incidência do ISS<br><b>SAO JOAQUIM DA BARRA-<br/>SP</b> | Local da Prestação<br><b>SAO JOAQUIM DA BARRA<br/>- SP</b> |
| Número da DPS                              | Série da DPS                       | Data da DPS                                                           | Competência<br><b>13/04/2026</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>                               |

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

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

| Qtde. | Un. Medida | Descrição                                                                                                                                                 | Vlr. Unitário | Total        |
|-------|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------|
| 1,00  | UN         | REFERENTE A 70 CONSULTAS MÉDICA DE NEUROLOGIA NO VALOR UNITÁRIO DE R\$ 83,00 DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA, NO PERÍODO MARÇO DE 2026.                          | 5.810,00      | R\$ 5.810,00 |
|       |            | TERMO DE COLABORAÇÃO: 01/2025 - ATENÇÃO BÁSICA E ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA. AGÊNCIA: 0782 CONTA: 00.000.00.089-0 CASTRO E CASTRO CONSULTÓRIO MÉDICO. |               |              |

|                                                                                                |                         |                       |                 |              |                     |                       |                |            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------|-----------------|--------------|---------------------|-----------------------|----------------|------------|
| LC 116/2003: 040303                                                                            |                         |                       |                 | Alíquota     | Atividade Município | Código CNAE           | Código da Obra | Código ART |
| Clínicas, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatorios 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\$ 5.810,00                                                                                   | R\$ 0,00                | R\$ 0,00              | R\$ 5.810,00    | R\$ 0,00     | 2 - Não             | R\$ 0,00              |                |            |

|                        |                           |                 |                         |                         |                  |
|------------------------|---------------------------|-----------------|-------------------------|-------------------------|------------------|
| PIS (5.810,00 x 0,65%) | COFINS (5.810,00 x 3,00%) | CP              | IRRF (5.810,00 x 1,50%) | CSLL (5.810,00 x 1,00%) | Outras Retenções |
| <b>R\$ 37,77</b>       | <b>R\$ 174,30</b>         | <b>R\$ 0,00</b> | <b>R\$ 87,15</b>        | <b>R\$ 58,10</b>        | <b>R\$ 0,00</b>  |

Val. Aprox. Tributos:

## Informações Complementares

contra: 301.2026-2

RECEBI(EMOS) DE **CASTRO & CASTRO CONSULTÓRIO MÉDICO LTDA** O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO **1421** E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO **L8G80T4LY**.

## Data

**CPF/RG**

Assinatura

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

Identificador:

CPF/CNPJ/NIF do fornecedor

Número da Nota

Código de Verificação

1421

**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: santacasalpus@com4.com.br  
 Município: IPUÁ 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\$ 5.597,93      | Estadual: 0.0        | Estadual: 0.0                   | Estadual: 0.1                | Estadual: R\$ 0,00     | Estadual: R\$ 5,60  |
| Valor dos Serviços Antes dos Tributos: R\$ 0,00 | Municipal: 0.1       | Municipal: 0.0                  | Municipal: 0.1               | Municipal: R\$ 0,00    | Municipal: R\$ 5,60 |
|                                                 |                      |                                 |                              |                        | Total: R\$ 11,20    |
| 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\$ 50,38           |

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, 01 de Abril 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 Março 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**



## Consultas - Emissão de comprovantes

G3361414222858931  
14/04/2026 16:30:59

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
14/04/2026 - AUTOATENDIMENTO - 16.31.00  
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: 89-0

FAVORECIDO: CASTRO E CASTRO CONSULTORIO MEDICO

CPF/CNPJ: 07.183.389/0001-05

VALOR: R\$ 5.452,68

DEBITO EM: 14/04/2026

=====

DOCUMENTO: 041402

AUTENTICACAO SISBB: F.460.56C.363.4FE.4F9

Transação efetuada com sucesso por: JJ633906 SANTO OLIVATTO.



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



**Número da NFS-e**  
**1422**  
**Código de Verificação de Autenticidade**  
**YQ6QQ59LR**  
**Data e Hora de Emissão da NFS-e**  
**13/04/2026 às 13:13:02**  
**Chave de Acesso**  
**2598312CYLP1TB1QR7N0PMSDHQW206EO**

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

**Informações Fiscais**

|                                            |                                    |                                                                       |                                                            |
|--------------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| Exigibilidade do ISS<br><b>Exigível</b>    | Número do Processo                 | Município de Incidência do ISS<br><b>SAO JOAQUIM DA BARRA-<br/>SP</b> | Local da Prestação<br><b>SAO JOAQUIM DA BARRA<br/>- SP</b> |
| Número da DPS                              | Série da DPS                       | Data da DPS                                                           | Competência<br><b>13/04/2026</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>                               |

**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<br><b>010780</b> | Nome/Razão Social<br><b>CASTRO &amp; CASTRO CONSULTÓRIO MÉDICO LTDA</b> |
| 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><b>IRMANDADE SANTA CASA MISERICÓRDIA DE IPUÃ</b> |
| 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<br><b>3521309</b> | 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 À 11 EXAMES LAUDADOS DE ELETROENCEFALOGRAMA NO MÊS MARÇO DE 2026. | 440,00        | R\$ 440,00 |
|       |            | CONVÊNIO: 01/2025 ATENÇÃO BÁSICA E ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.          |               |            |

**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                               |
| Clinicas, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres. |                                            |                                             |                                      |                                 |                                          |
| Valor Total dos Serviços<br><b>R\$ 440,00</b>                                                  | Desconto Incondicionado<br><b>R\$ 0,00</b> | Deduções Base Cálculo<br><b>R\$ 0,00</b>    | Base de Cálculo<br><b>R\$ 440,00</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 (440,00 x 0,65%)<br><b>R\$ 2,86</b> | COFINS (440,00 x 3,00%)<br><b>R\$ 13,20</b> | CP<br><b>R\$ 0,00</b> | IRRF (440,00 x 1,50%)<br><b>R\$ 6,60</b> | CSLL (440,00 x 1,00%)<br><b>R\$ 4,40</b> | Outras Retenções<br><b>R\$ 0,00</b> |
|-----------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------|

Valor Líquido da NFS-e: **R\$ 412,94**

Val. Aprox. Tributos:

**Informações Complementares**

*cont. 101.2026-2*

RECEBI(EMOS) DE **CASTRO & CASTRO CONSULTÓRIO MÉDICO LTDA** O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO **1422** E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO **YQ6QQ59LR**.

Data \_\_\_\_\_ CPF/RG \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

CARTA DE CORREÇÃO DE NOTA FISCAL

A

IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE IPUA

CNPJ: 45.707.706/0001-19

Ref.: Correção da Nota Fiscal nº 1422

Prezados,

Por meio desta, comunicamos a necessidade de correção referente à Nota Fiscal nº 1422, emitida em 13/04/2026.

Descrição da correção:

Correção da descrição do serviço prestado, onde constava:

REFERENTE A 11 EXAMES LAUDADOS DE ELETROENCEFALOGRAMA NO MÊS MARÇO DE 2026"

Passando a constar corretamente:

REFERENTE A 11 EXAMES LAUDADOS DE ELETROENCEFALOGRAMA NO MÊS MARÇO DE 2026".

Mantém-se a referência ao TERMO DE COLABORAÇÃO 01/2025 – ATENÇÃO BÁSICA E ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.

Atenciosamente,

CASTRO & CASTRO CONSULTÓRIO MÉDICO LTDA

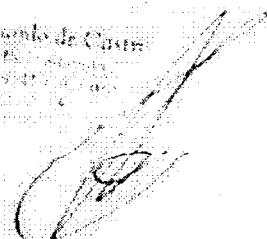
CNPJ: 07.183.389/0001-05

Endereço: Rua Amazonas, 419

Telefone: (16) 3818-2365

E-mail: [dr.carlosneurologista@hotmail.com](mailto:dr.carlosneurologista@hotmail.com)

Dr. Carlos Edson de Castro  
CRM 123456  
Rua Amazonas, 419



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

Identificador:

CPF/CNPJ/NIF do fornecedor

Número da Nota

Código de Verificação

1422

**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: santacasaihua@com4.com.br  
 Município: IPUÁ 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\$ 423,84 | Estadual: 0.0        | Estadual: 0.0                   | Estadual: 0.1                | Estadual: R\$ 0,00     | Estadual: R\$ 0,42  |
| Valor dos Serviços Antes dos Tributos: | R\$ 0,00   | Municipal: 0.1       | Municipal: 0.0                  | Municipal: 0.1               | Municipal: R\$ 0,00    | Municipal: R\$ 0,42 |
|                                        |            |                      |                                 |                              |                        | Total: R\$ 0,85     |
| 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\$ 3,82            |
| 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, 01 de Abril 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 Março de 2026 no Centro de Especialidades conforme relatório em anexo.

Totalizando 11 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**



## Consultas - Emissão de comprovantes

G3341417309375981  
14/04/2026 17:34:35

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
14/04/2026 - AUTOATENDIMENTO - 17.34.35  
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: 89-0

FAVORECIDO: CASTRO E CASTRO CONSULTORIO MEDICO

CPF/CNPJ: 07.183.389/0001-05

VALOR: R\$ 412,94

DEBITO EM: 14/04/2026

=====

DOCUMENTO: 041403

AUTENTICACAO SISBB: C.330.83B.CE3.934.AE8

---

Transação efetuada com sucesso por: JJ633906 SANTO OLIVATTO.

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  
**14500-000**

DDD/Fone



482561884748

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

Data/Hora Emissão 13/04/2026 11:02 Competência 04/2026 No. Controle 01004740 No. NF 00000059 Página 1 de 1 Chave de Segurança 7XPA-5Z6A-5E3C-1B0B-7SPS

## Dados do Tomador

Chave de Acesso NFS-e Portal Nacional: 3524105125710251600016400000000005926040305631653

Nome/Razão Social  
**IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA**  
Inscrição Municipal ISENTA  
Inscrição Estadual/RG ISENTA

CPF/CNPJ  
**45.708.765/0001-19**

E-mail  
**faturamento@santacasaiupa.com.br**

Complemento Bairro  
**CENTRO**

Endereço  
**AV.FERDINANDO FRATIM, 335**

Cidade/UF  
**IPUA / SP**

CEP DDD/Fone  
**14610-029 (16) 8322.1222**

| 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 68 CONSULTAS MEDICA DE OFTALMOLOGIA, NO VALOR UNITARIO DE R 83,00 NO MES DE MARCO DE 2026.  
TERMO DE COLABORACAO: 01/2025 - ATENCAO BASICA E ESTRATEGIA DE SAUDE DA FAMILIA.  
DR RODRIGO ALMEIDA CHAEBUB RODRIGUES

Chave Pix: CNPJ: 57.102.516/0001-64 - CHAEBUB OFTALMOLOGIA LTDA

Ag 0001

c/c: 564992692-3

Banco Nubank

## Base de Cálculo das Retenções

certa: 10.1.2026-2

|                 |     |        |        |                    |    |        |        |                        |     |          |
|-----------------|-----|--------|--------|--------------------|----|--------|--------|------------------------|-----|----------|
| 0,65 % (PIS)    | R\$ | 36,69  | Retido | 0,00 % (INSS)      | RS | 0,00   | Retido | ISSQN Retido           | RS  | 0,00     |
| 3,00 % (COFINS) | R\$ | 169,32 | Retido | 1,50 % (IRRF)      | RS | 84,66  | Retido | Desconto Incondicional | R\$ | 0,00 (-) |
| 1,00 % (CSLL)   | R\$ | 56,44  | Retido | Total Ret.Federais | RS | 347,11 |        | Desconto Condicional   | R\$ | 0,00 (-) |
|                 |     |        |        |                    |    |        |        | Outros Descontos       | R\$ | 0,00 (-) |
|                 |     |        |        |                    |    |        |        | Valor do Serviço       | R\$ | 5.644,00 |

|         |      |           |      |           |          |       |        |                   |          |
|---------|------|-----------|------|-----------|----------|-------|--------|-------------------|----------|
| Dedução | 0,00 | Benefício | 0,00 | B.Cálculo | 5.644,00 | ISSQN | 112,88 | Vlr Líquido NFS-e | 5.296,89 |
|---------|------|-----------|------|-----------|----------|-------|--------|-------------------|----------|

|          |                         |          |           |
|----------|-------------------------|----------|-----------|
| Ativ.    | Descrição da Atividade  | Aliq.(%) | B.Cálculo |
| 04.03.01 | Hospitais e congêneres. | 2,0000   | 5.644,00  |

## 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/nfe/](http://www.primaxonline.com.br/issqn/nfe/)

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/00000059

Data

Assinatura do Recebedor

Chave de Segurança  
7XPA-5Z6A-5E3C-1B0B-7SPS



**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, 01 de Abril 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 Março de 2026, no Centro de Especialidades conforme relatório em anexo.

Totalizando 68 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 Honôrato de Oliveira**  
**Secretária Municipal de Saúde**



## Consultas - Emissão de comprovantes

G3361414222858931  
14/04/2026 16:31:17

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
14/04/2026 - AUTOATENDIMENTO - 16.31.17  
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\$ 5.296,89

DEBITO EM: 14/04/2026

=====

DOCUMENTO: 041404

AUTENTICACAO SISBB: B.46F.F2E.78D.96C.F92

---

Transação efetuada com sucesso por: JJ633906 SANTO OLIVATTO.



**PM DE IPUÃ - SP**  
**PREF. MUNIC. DE IPUÃ - SP**

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



**Número da NFS-e**  
**9**  
**Código de Verificação de Autenticidade**  
**1NFUJ8088**  
**Data e Hora de Emissão da NFS-e**  
**13/04/2026 às 14:48:35**  
**Chave de Acesso**  
**881100PGHRE1PHNXQT3TCSMK80HP5G1**  
**J**

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>13/04/2026</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> |

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

|                                                     |                          |                                          |                              |                                                                             |
|-----------------------------------------------------|--------------------------|------------------------------------------|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| CPF/CNPJ<br><b>61.599.843/0001-40</b>               | RG/Inscrição Estadual    | Inscrição Municipal<br><b>1.123.4349</b> | Cadastro<br><b>000018796</b> | Nome/Razão Social<br><b>MARIA VAUDEIDE DE CARVALHO MUNIZ DA COSTA BRITO</b> |
| Logradouro<br><b>R. PALMYRA COSTA DA ROCHA, 251</b> |                          |                                          | Complemento                  | Bairro<br><b>SANTA CRUZ</b>                                                 |
| CEP<br><b>14612-166</b>                             | Cidade<br><b>IPUÃ-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><b>IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA</b> |
| Logradouro<br><b>RUA FERDINANDO FRATIN, 335</b> |                                 |                     | Complemento                                                                 |
| 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@santacasalpuia.com.br</b>                          |

**Discriminação dos Serviços**

| Qtde. | Un. Medida | Descrição                                                                                                  | Vir. Unitário | Total        |
|-------|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------|
| 1,00  | UN         | REFERENTE A 160 HORAS PRESTADAS COMO NUTRICIONISTA NO VALOR UNITÁRIO DE R\$ 28,00 NO MÊS DE MARÇO DE 2026. | 4.480,00      | R\$ 4.480,00 |

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

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

|                                                 |                                            |                                             |                                        |                                  |                                          |
|-------------------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------------|
| LC 116/2003: <b>041001</b>                      | Alíquota<br><b>2,01%</b>                   | Atividade Município<br><b>0000041000001</b> | Código CNAE                            | Código da Obra                   | Código ART                               |
| Nutrição.                                       |                                            |                                             |                                        |                                  |                                          |
| Valor Total dos Serviços<br><b>R\$ 4.480,00</b> | Desconto Incondicionado<br><b>R\$ 0,00</b> | Deduções Base Cálculo<br><b>R\$ 0,00</b>    | Base de Cálculo<br><b>R\$ 4.480,00</b> | Total do ISS<br><b>R\$ 90,05</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\$ 4.480,00**

Val. Aprox. Tributos:

**Informações Complementares**

Agência: 0001  
Conta: 809398617-4  
Banco: 0260

*conta: 101.2026-2*

RECEBI(EMOS) DE **MARIA VAUDEIDE DE CARVALHO MUNIZ DA COSTA BRITO** O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO **9** E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO **1NFUJ8088**.

Data

CPF/RG

Assinatura

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

Identificador:

CPF/CNPJ/NIF do fornecedor

Número da Nota

Código de Verificação

9

**DESTINATÁRIO**

CPF/CNPJ:

Nome/Razão Social:

Endereço:

Nº:

Complemento:

Bairro:

E-mail:

INFORMAÇÕES DE ENDEREÇO NACIONAL

Município:

CEP:

**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

INFORMAÇÕES DE ENDEREÇO NACIONAL

Município: IPUA

CEP: 14610029

**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\$ 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\$ 8,78     |
| 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           |
| 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, 07 de abril 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 março de 2026 na Atenção Básica e Estratégia de Saúde da Família no Município de Ipuã - SP conforme relatório.

Total: 160 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 Henrique Cruz

Alexandre Henrique Cruz

Gestor do Convênio

---

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

Priscila Honorato de Oliveira

Priscila Honorato de Oliveira

Secretária Municipal de Saúde.

FILTROS: Período: 01/03/2026 a 31/03/2026 | 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 | 55         |
| Total de participantes      | 118        |

### Turno

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Manhã         | 7          |
| Tarde         | 11         |
| 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                                                 | 3          |
| Reunião com outras equipes de saúde                               | 7          |
| Reunião intersetorial / Conselho local de saúde / Controle social | 0          |
| Educação em saúde                                                 | 1          |
| Atendimento em grupo                                              | 7          |
| Avaliação / Procedimento coletivo                                 | 0          |
| Mobilização social                                                | 0          |
| Não informado                                                     | 0          |
| <b>Total:</b>                                                     | <b>18</b>  |

### Público alvo

| Descrição                                   | Quantidade |
|---------------------------------------------|------------|
| Comunidade em geral                         | 1          |
| Criança 0 a 3 anos                          | 0          |
| Criança 4 a 5 anos                          | 0          |
| Criança 6 a 11 anos                         | 0          |
| Adolescente                                 | 0          |
| Mulher                                      | 7          |
| 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>8</b>   |

### Temas para saúde

| Descrição                                           | Quantidade |
|-----------------------------------------------------|------------|
| Ações de combate ao Aedes aegypti                   | 0          |
| Agravos e doenças negligenciadas                    | 0          |
| Alimentação saudável                                | 8          |
| 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: 01/03/2026 a 31/03/2026 | 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                     | 10         |
| <b>Total:</b>                     | <b>19</b>  |

### Práticas em saúde

| Descrição                             | Quantidade |
|---------------------------------------|------------|
| Antropometria                         | 2          |
| 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>8</b>   |

### Práticas em saúde - Outros procedimentos coletivos

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| <b>Total:</b> | <b>0</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        | 1          |
| Discussão de caso / Projeto terapêutico singular        | 10         |
| Educação permanente                                     | 0          |
| Outros                                                  | 0          |
| Não informado                                           | 0          |
| <b>Total:</b>                                           | <b>14</b>  |

FILTROS: Período: 01/03/2026 a 31/03/2026 | 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     | 115        |
| Registros não identificados | 0          |
| <b>Total:</b>               | <b>115</b> |

### Dados gerais

| Descrição           | Sim | Não | Não Inf. |
|---------------------|-----|-----|----------|
| Ficou em observação | 0   | 115 | 0        |
| Gravidez planejada  | 0   | 0   | 115      |
| Vacinação em dia    | 0   | 0   | 115      |

### Turno

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Manhã         | 55         |
| Tarde         | 60         |
| Noite         | 0          |
| Não informado | 0          |
| <b>Total:</b> | <b>115</b> |

### Sexo

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Masculino     | 40         |
| Feminino      | 75         |
| Indeterminado | 0          |
| Não informado | 0          |
| <b>Total:</b> | <b>115</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         | 1     | 0    | 0      | 0       | 1     |
| 03 anos         | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |
| 04 anos         | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |
| 05 a 09 anos    | 4     | 0    | 0      | 0       | 4     |
| 10 a 14 anos    | 2     | 3    | 0      | 0       | 5     |

### Faixa etária

| Descrição       | Masc.     | Fem.      | Indet.   | N. Inf.  | Total      |
|-----------------|-----------|-----------|----------|----------|------------|
| 15 a 19 anos    | 2         | 6         | 0        | 0        | 8          |
| 20 a 24 anos    | 1         | 4         | 0        | 0        | 5          |
| 25 a 29 anos    | 1         | 6         | 0        | 0        | 7          |
| 30 a 34 anos    | 0         | 7         | 0        | 0        | 7          |
| 35 a 39 anos    | 0         | 3         | 0        | 0        | 3          |
| 40 a 44 anos    | 0         | 7         | 0        | 0        | 7          |
| 45 a 49 anos    | 2         | 5         | 0        | 0        | 7          |
| 50 a 54 anos    | 1         | 5         | 0        | 0        | 6          |
| 55 a 59 anos    | 1         | 1         | 0        | 0        | 2          |
| 60 a 64 anos    | 9         | 4         | 0        | 0        | 13         |
| 65 a 69 anos    | 2         | 6         | 0        | 0        | 8          |
| 70 a 74 anos    | 5         | 2         | 0        | 0        | 7          |
| 75 a 79 anos    | 5         | 5         | 0        | 0        | 10         |
| 80 anos ou mais | 4         | 11        | 0        | 0        | 15         |
| Não informado   | 0         | 0         | 0        | 0        | 0          |
| <b>Total:</b>   | <b>40</b> | <b>75</b> | <b>0</b> | <b>0</b> | <b>115</b> |

### Local de atendimento

| Descrição                       | Quantidade |
|---------------------------------|------------|
| Domicílio                       | 35         |
| 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>115</b> |

FILTROS: Período: 01/03/2026 a 31/03/2026 | 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                                 | 71         |
| Consulta agendada programada / Cuidado continuado | 42         |
| Consulta no dia                                   | 2          |
| Escuta inicial / Orientação                       | 0          |
| Não informado                                     | 0          |
| <b>Total:</b>                                     | <b>115</b> |

### Atenção domiciliar

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| AD1           | 33         |
| AD2           | 0          |
| AD3           | 0          |
| Não informado | 82         |
| <b>Total:</b> | <b>115</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                 | 115        |
| <b>Total:</b>                 | <b>115</b> |

### Criança - Aleitamento materno

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Exclusivo     | 0          |
| Predominante  | 0          |
| Complementado | 0          |
| Inexistente   | 0          |
| Não informado | 115        |
| <b>Total:</b> | <b>115</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                        | 115        |
| <b>Total:</b>                        | <b>115</b> |

### Conduta / Desfecho

| Descrição                                    | Quantidade |
|----------------------------------------------|------------|
| Retorno para consulta agendada               | 90         |
| Retorno para cuidado continuado / programado | 100        |
| Agendamento para grupos                      | 0          |
| Agendamento para NASF                        | 0          |
| Agendamento para eMulti                      | 0          |
| Alta do episódio                             | 1          |
| Não informado                                | 0          |
| <b>Total:</b>                                | <b>191</b> |

### Encaminhamento

| Descrição                                         | Quantidade |
|---------------------------------------------------|------------|
| Encaminhamento interno no dia                     | 0          |
| Encaminhamento para serviço especializado         | 2          |
| 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: 01/03/2026 a 31/03/2026 | 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 | 113        |
| <b>Total:</b> | <b>115</b> |

### Problemas / Condições avaliadas

| Descrição                  | Quantidade |
|----------------------------|------------|
| Asma                       | 1          |
| Cardiopatia                | 2          |
| Catarata                   | 0          |
| Desnutrição                | 16         |
| Diabetes                   | 14         |
| DPOC                       | 0          |
| Hipertensão arterial       | 8          |
| Nefropatia                 | 1          |
| Neoplasia                  | 0          |
| Obesidade                  | 1          |
| 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>43</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                                                        | 5          |
| A98 - MEDICINA PREVENTIVA/MANUTENÇÃO DA SAÚDE                           | 52         |
| T03 - PERDA DE APETITE                                                  | 3          |
| T29 - SINAIS/SINTOMAS ENDOCRINOLÓGICOS/METABÓLICOS/NUTRICIONAIS, OUTROS | 31         |
| T29 - SINAIS/SINTOMAS ENDOCRINOLÓGICOS/METABÓLICOS/NUTRICIONAIS, OUTROS | 12         |
| T82 - OBESIDADE                                                         | 12         |
| <b>Total:</b>                                                           | <b>115</b> |

### Problemas / Condições avaliadas - Outros CID10

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

FILTROS: Período: 01/03/2026 a 31/03/2026 | 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 |
|-------------------------------------------------|------------|----------|
| 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        |

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          |

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        |

FILTROS: Período: 01/03/2026 a 31/03/2026 | Equipe: 0001478303 - EMULTI - IPUA | Profissional: [704207241660280] - Maria Vaudeide de Carvalho Muniz da Costa Brito | CBO: 223710 - NUTRICIONISTA | Filtros personalizados: Nenhum

### Relatório de atendimento domiciliar

#### Resumo de produção

| Descrição                   | Quantidade |
|-----------------------------|------------|
| Registros identificados     | 8          |
| Registros não identificados | 0          |
| <b>Total:</b>               | <b>8</b>   |

#### Turno

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Manhã         | 4          |
| Tarde         | 4          |
| Noite         | 0          |
| Não informado | 0          |
| <b>Total:</b> | <b>8</b>   |

#### Sexo

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Masculino     | 4          |
| Feminino      | 4          |
| Indeterminado | 0          |
| Não informado | 0          |
| <b>Total:</b> | <b>8</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     | 0    | 0      | 0       | 0     |

#### Faixa etária

| Descrição       | Masc.    | Fem.     | Indet.   | N. Inf.  | Total    |
|-----------------|----------|----------|----------|----------|----------|
| 45 a 49 anos    | 1        | 0        | 0        | 0        | 1        |
| 50 a 54 anos    | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        |
| 55 a 59 anos    | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        |
| 60 a 64 anos    | 0        | 1        | 0        | 0        | 1        |
| 65 a 69 anos    | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        |
| 70 a 74 anos    | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        |
| 75 a 79 anos    | 2        | 0        | 0        | 0        | 2        |
| 80 anos ou mais | 1        | 3        | 0        | 0        | 4        |
| Não informado   | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        |
| <b>Total:</b>   | <b>4</b> | <b>4</b> | <b>0</b> | <b>0</b> | <b>8</b> |

#### Local de atendimento

| Descrição                       | Quantidade |
|---------------------------------|------------|
| CACON / UNACON                  | 0          |
| Domicílio                       | 8          |
| Escola / Creche                 | 0          |
| Hospital                        | 0          |
| Instituição / Abrigo            | 0          |
| Polo (Academia da saúde)        | 0          |
| Rua                             | 0          |
| UBS                             | 0          |
| Unidade móvel                   | 0          |
| Unidade prisional ou congêneres | 0          |
| Unidade de pronto atendimento   | 0          |
| Unidade socioeducativa          | 0          |
| Outros                          | 0          |
| <b>Total:</b>                   | <b>8</b>   |

#### Modalidade AD

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| AD1           | 8          |
| AD2           | 0          |
| AD3           | 0          |
| <b>Total:</b> | <b>8</b>   |

FILTROS: Período: 01/03/2026 a 31/03/2026 | 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 programado      | 8          |
| Atendimento não programado  | 0          |
| Visita domiciliar pós-óbito | 0          |
| <b>Total:</b>               | <b>8</b>   |

### Condições avaliadas

| Descrição                                              | Quantidade |
|--------------------------------------------------------|------------|
| Acamado                                                | 4          |
| Acompanhamento nutricional                             | 7          |
| Acompanhamento pós-operatório                          | 1          |
| Acompanhamento pré-operatório                          | 0          |
| Adaptação ao uso de órtese / prótese                   | 1          |
| Cuidados paliativos não oncológicos                    | 0          |
| Cuidados paliativos oncológicos                        | 0          |
| Diálise peritoneal                                     | 0          |
| Domiciliado                                            | 8          |
| Medicação parenteral                                   | 0          |
| Oxigenoterapia domiciliar                              | 0          |
| Paracentese                                            | 0          |
| Reabilitação domiciliar                                | 0          |
| Suporte ventilatório não invasivo - BiPAP              | 0          |
| Suporte ventilatório não invasivo - CPAP               | 0          |
| Úlceras / Feridas (grau III ou IV)                     | 1          |
| Uso de aspirador de vias aéreas para higiene brônquica | 0          |
| Uso de cistostomia                                     | 0          |
| Uso de colostomia                                      | 0          |
| Uso de gastrostomia                                    | 0          |
| Uso de sonda nasoenteral - SNE                         | 0          |
| Uso de sonda nasogástrica - SNG                        | 1          |
| Uso de sonda vesical de demora - SVD                   | 0          |
| Uso de traqueostomia                                   | 0          |
| <b>Total:</b>                                          | <b>23</b>  |

### Condições avaliadas (CID10)

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

### Condições avaliadas (CIAP2)

| Descrição                                     | Quantidade |
|-----------------------------------------------|------------|
| A98 - MEDICINA PREVENTIVA/MANUTENÇÃO DA SAÚDE | 7          |
| <b>Total:</b>                                 | <b>7</b>   |

### Conduta / Desfecho

| Descrição                        | Quantidade |
|----------------------------------|------------|
| Permanência                      | 7          |
| Alta administrativa              | 0          |
| Alta clínica                     | 1          |
| Óbito                            | 0          |
| Atenção Básica (AD1)             | 0          |
| Serviço de urgência e emergência | 0          |
| Serviço de internação hospitalar | 0          |
| <b>Total:</b>                    | <b>8</b>   |

### Procedimentos

| Descrição                                                                                        | Quantidade |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| Acompanhamento de paciente em reabilitação em comunicação alternativa                            | 0          |
| Antibioticoterapia parenteral                                                                    | 0          |
| Atendimento / Acompanhamento de paciente em reabilitação do desenvolvimento neuropsicomotor      | 0          |
| Atendimento / Acompanhamento em reabilitação nas múltiplas deficiências                          | 0          |
| Atendimento fisioterapêutico em paciente com transtorno respiratório sem complicações sistêmicas | 0          |
| Atendimento médico com finalidade de atestar óbito                                               | 0          |
| Cateterismo vesical de alívio                                                                    | 0          |
| Cateterismo vesical de demora                                                                    | 0          |
| Coleta de material para exame laboratorial                                                       | 0          |
| Cuidado de estomas                                                                               | 0          |
| Cuidados com traqueostomia                                                                       | 0          |
| Enema                                                                                            | 0          |

FILTROS: Período: 01/03/2026 a 31/03/2026 | Equipe: 0001478303 - EMULTI - IPUA | Profissional: [704207241660280] - Maria Vaudeide de Carvalho Muniz da Costa Brito | CBO: 223710 - NUTRICIONISTA | Filtros personalizados: Nenhum

### Procedimentos

| Descrição                                                                 | Quantidade |
|---------------------------------------------------------------------------|------------|
| Oxigenoterapia                                                            | 0          |
| Retirada de pontos de cirurgias básicas (por paciente)                    | 0          |
| Sondagem gástrica                                                         | 0          |
| Terapia de reidratação oral                                               | 0          |
| Terapia de reidratação parenteral                                         | 0          |
| Terapia fonoaudiológica individual                                        | 0          |
| Tratamento de traumatismos de localização especificada / não especificada | 0          |
| Tratamento em reabilitação                                                | 0          |
| <b>Total:</b>                                                             | <b>0</b>   |

### Outros procedimentos (SIGTAP)

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

FILTROS: Período: 01/03/2026 a 31/03/2026 | 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     | 80         |
| Registros não identificados | 0          |
| <b>Total:</b>               | <b>80</b>  |

### Turno

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Manhã         | 40         |
| Tarde         | 40         |
| Noite         | 0          |
| Não informado | 0          |
| <b>Total:</b> | <b>80</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         | 1     | 0    | 0      | 0       | 1     |
| 03 anos         | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |
| 04 anos         | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |
| 05 a 09 anos    | 4     | 0    | 0      | 0       | 4     |
| 10 a 14 anos    | 2     | 3    | 0      | 0       | 5     |
| 15 a 19 anos    | 2     | 6    | 0      | 0       | 8     |
| 20 a 24 anos    | 0     | 4    | 0      | 0       | 4     |
| 25 a 29 anos    | 1     | 6    | 0      | 0       | 7     |
| 30 a 34 anos    | 0     | 7    | 0      | 0       | 7     |
| 35 a 39 anos    | 0     | 3    | 0      | 0       | 3     |
| 40 a 44 anos    | 0     | 7    | 0      | 0       | 7     |
| 45 a 49 anos    | 1     | 4    | 0      | 0       | 5     |
| 50 a 54 anos    | 1     | 5    | 0      | 0       | 6     |
| 55 a 59 anos    | 0     | 1    | 0      | 0       | 1     |
| 60 a 64 anos    | 6     | 3    | 0      | 0       | 9     |
| 65 a 69 anos    | 2     | 3    | 0      | 0       | 5     |
| 70 a 74 anos    | 3     | 1    | 0      | 0       | 4     |
| 75 a 79 anos    | 2     | 1    | 0      | 0       | 3     |

### Faixa etária

| Descrição       | Masc.     | Fem.      | Indet.   | N. Inf.  | Total     |
|-----------------|-----------|-----------|----------|----------|-----------|
| 80 anos ou mais | 1         | 0         | 0        | 0        | 1         |
| Não informado   | 0         | 0         | 0        | 0        | 0         |
| <b>Total:</b>   | <b>26</b> | <b>54</b> | <b>0</b> | <b>0</b> | <b>80</b> |

### Sexo

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Masculino     | 26         |
| Feminino      | 54         |
| Indeterminado | 0          |
| Não informado | 0          |
| <b>Total:</b> | <b>80</b>  |

### Local de atendimento

| Descrição                       | Quantidade |
|---------------------------------|------------|
| Domicílio                       | 0          |
| 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>80</b>  |

### Dados gerais

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

FILTROS: Período: 01/03/2026 a 31/03/2026 | 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                                                        | 30         |
| 0301010030 - CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA (EXCETO MÉDICO) | 80         |
| <b>Total:</b>                                                                                | <b>110</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>   |



## Consultas - Emissão de comprovantes

G3361414222858931  
14/04/2026 16:31:34

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
14/04/2026 - AUTOATENDIMENTO - 16.31.35  
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\$ 4.480,00

DEBITO EM: 14/04/2026

=====

DOCUMENTO: 041405

AUTENTICACAO SISBB: 6.7CE.A88.241.5DD.577

Transação efetuada com sucesso por: JJ633906 SANTO OLIVATTO.



PM DE IPUÃ - SP

PREF. MUNIC. DE IPUÃ - SP

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e



Número da NFS-e

38

Código de Verificação de Autenticidade

M5EBVMW6U

Data e Hora de Emissão da NFS-e

13/04/2026 às 10:58:30

Chave de Acesso

88092YDN1BGTJMXELHWISJIF10BVVQC

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>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>13/04/2026       |
| 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 |                                       |                                   | Complemento           | Bairro<br>OLHOS D AGUA                                  |
| CEP<br>14610-110                             | Cidade<br>IPUÃ-SP                     |                                   | 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 |                          |                      | Complemento                                                          |
| CEP/Cod. Postal<br>14610-029             | Cidade/País<br>IPUA - SP | Cod. IBGE<br>3521309 | Telefone<br>16 38321222                                              |
|                                          |                          |                      | Bairro<br>CENTRO                                                     |
|                                          |                          |                      | E-mail<br>faturamento@santacasaipua.com.br                           |

## Discriminação dos Serviços

| Qtde. | Un. Medida | Descrição                                                                                              | Vir. Unitário | Total        |
|-------|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------|
| 1,00  | UN         | REFERENTE A 150 HORAS PRESTADAS COMO PSICOLOGA NO VALOR UNITÁRIO DE R\$ 28,00 NO MÊS DE MARÇO DE 2026. | 4.200,00      | R\$ 4.200,00 |

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

## Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS

## Construção Civil

|                          |                         |                                      |                 |                |                                   |
|--------------------------|-------------------------|--------------------------------------|-----------------|----------------|-----------------------------------|
| LC 116/2003: 041601      | Alíquota<br>2,01%       | Atividade Município<br>0000041600001 | Código CNAE     | Código da Obra | Código ART                        |
| Psicologia.              |                         |                                      |                 |                |                                   |
| Valor Total dos Serviços | Desconto Incondicionado | Deduções Base Cálculo                | Base de Cálculo | Total do ISS   | ISS Retido                        |
| R\$ 4.200,00             | R\$ 0,00                | R\$ 0,00                             | R\$ 4.200,00    | R\$ 84,42      | 2 - Não                           |
|                          |                         |                                      |                 |                | Desconto Condicionado<br>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\$ 4.200,00

Val. Aprox. Tributos:

## Informações Complementares

Agência: 0001  
 Conta: 25709989-9  
 Banco: 0260

Data: 10.04.2026-2

RECEBI(EMOS) DE MARIANA ALVES COELHO PSICOLOGIA-ME O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO 38 E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO M5EBVMW6U.

Data

CPF/RG

Assinatura

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

Identificador:

CPF/CNPJ/NIF do fornecedor

Número da Nota

Código de Verificação

38

**DESTINATÁRIO**

CPF/CNPJ:

Nome/Razão Social:

Endereço:

Nº:

Complemento:

Bairro:

E-mail:

INFORMAÇÕES DE ENDEREÇO NACIONAL

Município:

CEP:

**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

INFORMAÇÕES DE ENDEREÇO NACIONAL

Município: IPUA

CEP: 14610029

**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\$ 4.115,58 | Estadual: 0.0        | Estadual: 0.0                   | Estadual: 0.1                | Estadual: R\$ 0,00     | Estadual: R\$ 4,12  |
| Valor dos Serviços Antes dos Tributos: | R\$ 0,00     | Municipal: 0.1       | Municipal: 0.0                  | Municipal: 0.1               | Municipal: R\$ 0,00    | Municipal: R\$ 4,12 |
|                                        |              |                      |                                 |                              |                        | Total: R\$ 8,23     |
| 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\$ 37,04           |
| 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)

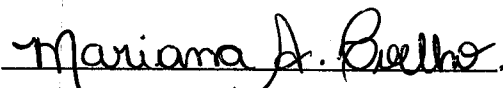
Ipuã, 07 de Abril de 2026.

**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 Março de 2026 na Atenção Básica e Estratégia de Saúde da Família no Município de Ipuã - SP, conforme relatório em anexo.

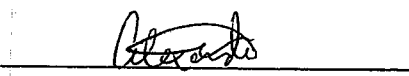
**Totalizando: 150 horas.**

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

  
Responsável pelo Relatório

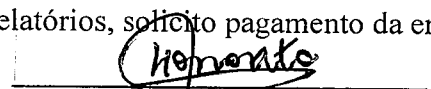
---

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: 01/03/2026 a 31/03/2026 | 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 | 45         |

### Número de participantes

| Descrição                   | Quantidade |
|-----------------------------|------------|
| Participantes identificados | 66         |
| Total de participantes      | 138        |

### Turno

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Manhã         | 29         |
| Tarde         | 16         |
| Noite         | 0          |
| Não informado | 0          |
| <b>Total:</b> | <b>45</b>  |

### Programa saúde na escola

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

### Atividade

| Descrição                                                         | Quantidade |
|-------------------------------------------------------------------|------------|
| Reunião de equipe                                                 | 3          |
| Reunião com outras equipes de saúde                               | 8          |
| Reunião intersetorial / Conselho local de saúde / Controle social | 1          |
| Educação em saúde                                                 | 0          |
| Atendimento em grupo                                              | 33         |
| Avaliação / Procedimento coletivo                                 | 0          |
| Mobilização social                                                | 0          |
| Não informado                                                     | 0          |
| <b>Total:</b>                                                     | <b>45</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                                 | 7          |
| Mulher                                      | 0          |
| Gestante                                    | 0          |
| Homem                                       | 0          |
| Familiares                                  | 0          |
| Pessoa idosa                                | 0          |
| Pessoas com doenças crônicas                | 0          |
| Usuário de tabaco                           | 4          |
| Usuário de álcool                           | 0          |
| Usuário de outras drogas                    | 0          |
| Pessoas com sofrimento ou transtorno mental | 22         |
| Profissional de educação                    | 0          |
| Outros                                      | 0          |
| Não informado                               | 0          |
| <b>Total:</b>                               | <b>33</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  | 4          |
| 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: 01/03/2026 a 31/03/2026 | 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                      | 29         |
| Saúde sexual e reprodutiva        | 0          |
| Semana saúde na escola            | 0          |
| Amamentação                       | 0          |
| Alimentação complementar saudável | 0          |
| Outros                            | 0          |
| Não informado                     | 12         |
| <b>Total:</b>                     | <b>45</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                         | 33         |
| <b>Total:</b>                         | <b>33</b>  |

### Práticas em saúde - Outros procedimentos coletivos

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| <b>Total:</b> | <b>0</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        | 9          |
| Discussão de caso / Projeto terapêutico singular        | 12         |
| Educação permanente                                     | 2          |
| Outros                                                  | 0          |
| Não informado                                           | 0          |
| <b>Total:</b>                                           | <b>23</b>  |

FILTROS: Período: 01/03/2026 a 31/03/2026 | 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     | 12         |
| Registros não identificados | 0          |
| Total:                      | 12         |

Dados gerais

| Descrição           | Sim | Não | Não Inf. |
|---------------------|-----|-----|----------|
| Ficou em observação | 0   | 12  | 0        |
| Gravidez planejada  | 0   | 0   | 12       |
| Vacinação em dia    | 0   | 0   | 12       |

Turno

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Manhã         | 8          |
| Tarde         | 4          |
| Noite         | 0          |
| Não informado | 0          |
| Total:        | 12         |

Sexo

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Masculino     | 1          |
| Feminino      | 11         |
| Indeterminado | 0          |
| Não informado | 0          |
| Total:        | 12         |

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     | 1    | 0      | 0       | 1     |
| 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    | 0     | 2    | 0      | 0       | 2     |
| 25 a 29 anos    | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |
| 30 a 34 anos    | 0     | 1    | 0      | 0       | 1     |
| 35 a 39 anos    | 0     | 1    | 0      | 0       | 1     |
| 40 a 44 anos    | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |
| 45 a 49 anos    | 1     | 3    | 0      | 0       | 4     |
| 50 a 54 anos    | 0     | 2    | 0      | 0       | 2     |
| 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     |
| Total:          | 1     | 11   | 0      | 0       | 12    |

Local de atendimento

| Descrição                       | Quantidade |
|---------------------------------|------------|
| Domicílio                       | 4          |
| Escola / Creche                 | 0          |
| Instituição / Abrigo            | 0          |
| Polo (Academia da saúde)        | 0          |
| Rua                             | 0          |
| UBS                             | 8          |
| Unidade móvel                   | 0          |
| Unidade prisional ou congêneres | 0          |
| Unidade socioeducativa          | 0          |
| Outros                          | 0          |
| Não informado                   | 0          |
| Total:                          | 12         |

FILTROS: Período: 01/03/2026 a 31/03/2026 | 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                                 | 5          |
| Consulta agendada programada / Cuidado continuado | 7          |
| Consulta no dia                                   | 0          |
| Escuta inicial / Orientação                       | 0          |
| Não informado                                     | 0          |
| <b>Total:</b>                                     | <b>12</b>  |

### Atenção domiciliar

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| AD1           | 0          |
| AD2           | 0          |
| AD3           | 0          |
| Não informado | 12         |
| <b>Total:</b> | <b>12</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                 | 12         |
| <b>Total:</b>                 | <b>12</b>  |

### Criança - Aleitamento materno

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Exclusivo     | 0          |
| Predominante  | 0          |
| Complementado | 0          |
| Inexistente   | 0          |
| Não informado | 12         |
| <b>Total:</b> | <b>12</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                        | 12         |
| <b>Total:</b>                        | <b>12</b>  |

### Conduta / Desfecho

| Descrição                                    | Quantidade |
|----------------------------------------------|------------|
| Retorno para consulta agendada               | 0          |
| Retorno para cuidado continuado / programado | 7          |
| Agendamento para grupos                      | 1          |
| Agendamento para NASF                        | 0          |
| Agendamento para eMulti                      | 0          |
| Alta do episódio                             | 4          |
| Não informado                                | 0          |
| <b>Total:</b>                                | <b>12</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: 01/03/2026 a 31/03/2026 | Equipe: 0001478303 - EMULTI - IPUA | Profissional: [706800244400128] - Mariana Alves Coelho | CBO: 251510 - PSICÓLOGO CLÍNICO | Filtros personalizados: Nenhum

Encaminhamento

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Não informado | 12         |
| Total:        | 12         |

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               | 8          |
| Saúde sexual e reprodutiva | 3          |
| Tabagismo                  | 0          |
| Usuário de álcool          | 0          |
| Usuário de outras drogas   | 0          |
| Total:                     | 11         |

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          |
| Total:                  | 0          |

Problemas / Condições avaliadas - Rastreamento

| Descrição               | Quantidade |
|-------------------------|------------|
| Câncer do colo do útero | 0          |
| Câncer de mama          | 0          |
| Risco cardiovascular    | 0          |
| Total:                  | 0          |

Problemas / Condições avaliadas - Outros CIAP2

| Descrição                                     | Quantidade |
|-----------------------------------------------|------------|
| P01 - SENSACÃO DE ANSIEDADE/NERVOSISMO/TENSÃO | 1          |
| P03 - TRISTEZA/ SENSACÃO DE DEPRESSÃO         | 4          |
| W13 - ESTERILIZAÇÃO                           | 3          |
| Total:                                        | 8          |

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        |

FILTROS: Período: 01/03/2026 a 31/03/2026 | 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 antígeno globulina 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          |



## Consultas - Emissão de comprovantes

G3361414222858931  
14/04/2026 16:32:00

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
14/04/2026 - AUTOATENDIMENTO - 16.32.01  
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\$ 4.200,00

DEBITO EM: 14/04/2026

=====

DOCUMENTO: 041406

AUTENTICACAO SISBB: 3.8B5.42F.C7B.4C0.EF3

---

Transação efetuada com sucesso por: JJ633906 SANTO OLIVATTO.



PM DE IPUÃ - SP

PREF. MUNIC. DE IPUÃ - SP

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e



Número da NFS-e

27

Código de Verificação de Autenticidade

26MCV5529

Data e Hora de Emissão da NFS-e

13/04/2026 às 14:50:36

Chave de Acesso

88111T3KT8W7U84WDLKXYD1V5HTDY12M

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>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>13/04/2026          |
| 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>53.143.620/0001-46      | RG/Inscrição Estadual<br>56.457.294-9 | Inscrição Municipal<br>1.125.4224 | Cadastro<br>000017581 | Nome/Razão Social<br>KAROLINE PEREIRA DA SILVA |
| Logradouro<br>RUA PEDRO SARAN, 1058 | Complemento<br>CASA                   | Bairro<br>PAMPUA                  | CEP<br>14611-068      | Cidade<br>IPUA-SP                              |
| Telefone<br>(16) 3832-0100          | 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         | REFERENTE A SERVICOS PRESTADOS COMO DENTISTA MÊS DE MARÇO 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 LIQUIDO: R\$ 4.800,00                                                      |               |              |

## Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS

## Construção Civil

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

DADOS BANCARIOS: Banco 756 sicoob - Agência 3206.9 - Conta n 3216098.4.

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

Data: 10.1.2026-2

RECEBI(EMOS) DE KAROLINE PEREIRA DA SILVA O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO 27 E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO 26MCV5529.

Data

CPF/RG

Assinatura

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

Identificador:

CPF/CNPJ/NIF do fornecedor

Número da Nota

Código de Verificação

27

**DESTINATÁRIO**

CPF/CNPJ:

Nome/Razão Social:

Endereço:

Nº:

Complemento:

Bairro:

E-mail:

INFORMAÇÕES DE ENDEREÇO NACIONAL

Município:

CEP:

**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@santacassaipua.com.br

INFORMAÇÕES DE ENDEREÇO NACIONAL

Município: IPUA

CEP: 14610029

**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 |
|                                        |              |                      |                                 |                              |                        | 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           |
| 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, 06 de abril 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 Março 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.**

Karoline Pereira da Silva.

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.

Priscila Honorato

Priscila Honorato de Oliveira

FILTROS: Período: 01/03/2026 a 31/03/2026 | Equipe: 0002435357 - ESB - JOSE BURANELO NETO | Profissional: Todos | CBO: Todos | Filtros personalizados: Nenhum

## Relatório de atendimento odontológico

### Resumo de produção

| Descrição                   | Quantidade |
|-----------------------------|------------|
| Registros identificados     | 94         |
| Registros não identificados | 0          |
| <b>Total:</b>               | <b>94</b>  |

### Dados gerais

| Descrição                           | Quantidade |
|-------------------------------------|------------|
| Gestante                            | 7          |
| Paciente com necessidades especiais | 0          |

### Turno

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Manhã         | 44         |
| Tarde         | 50         |
| Noite         | 0          |
| Não informado | 0          |
| <b>Total:</b> | <b>94</b>  |

### Faixa etária

| Descrição       | Masc. | Fem. | Indet. | N. Inf. | Total |
|-----------------|-------|------|--------|---------|-------|
| Menos de 01 ano | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |
| 01 ano          | 1     | 0    | 0      | 0       | 1     |
| 02 anos         | 1     | 0    | 0      | 0       | 1     |
| 03 anos         | 0     | 1    | 0      | 0       | 1     |
| 04 anos         | 2     | 1    | 0      | 0       | 3     |
| 05 a 09 anos    | 8     | 6    | 0      | 0       | 14    |
| 10 a 14 anos    | 0     | 5    | 0      | 0       | 5     |
| 15 a 19 anos    | 6     | 4    | 0      | 0       | 10    |
| 20 a 24 anos    | 3     | 8    | 0      | 0       | 11    |
| 25 a 29 anos    | 0     | 9    | 0      | 0       | 9     |
| 30 a 34 anos    | 1     | 5    | 0      | 0       | 6     |
| 35 a 39 anos    | 0     | 4    | 0      | 0       | 4     |
| 40 a 44 anos    | 3     | 11   | 0      | 0       | 14    |
| 45 a 49 anos    | 5     | 1    | 0      | 0       | 6     |
| 50 a 54 anos    | 1     | 2    | 0      | 0       | 3     |
| 55 a 59 anos    | 1     | 2    | 0      | 0       | 3     |

### Faixa etária

| Descrição       | Masc.     | Fem.      | Indet.   | N. Inf.  | Total     |
|-----------------|-----------|-----------|----------|----------|-----------|
| 60 a 64 anos    | 0         | 0         | 0        | 0        | 0         |
| 65 a 69 anos    | 0         | 0         | 0        | 0        | 0         |
| 70 a 74 anos    | 2         | 1         | 0        | 0        | 3         |
| 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>34</b> | <b>60</b> | <b>0</b> | <b>0</b> | <b>94</b> |

### Sexo

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Masculino     | 34         |
| Feminino      | 60         |
| Indeterminado | 0          |
| Não informado | 0          |
| <b>Total:</b> | <b>94</b>  |

### Local de atendimento

| Descrição                       | Quantidade |
|---------------------------------|------------|
| Domicílio                       | 2          |
| Escola / Creche                 | 0          |
| Instituição / Abrigo            | 0          |
| Polo (Academia da saúde)        | 0          |
| Rua                             | 0          |
| UBS                             | 92         |
| Unidade móvel                   | 0          |
| Unidade prisional ou congêneres | 0          |
| Unidade socioeducativa          | 0          |
| Outros                          | 0          |
| Não informado                   | 0          |
| <b>Total:</b>                   | <b>94</b>  |

FILTROS: Período: 01/03/2026 a 31/03/2026 | Equipe: 0002435357 - ESB - JOSE BURANELO NETO | Profissional: Todos | CBO: Todos | Filtros personalizados: Nenhum

#### Tipo de atendimento

| Descrição                   | Quantidade |
|-----------------------------|------------|
| Consulta agendada           | 67         |
| Escuta inicial / Orientação | 0          |
| Consulta no dia             | 11         |
| Atendimento de urgência     | 16         |
| Não informado               | 0          |
| <b>Total:</b>               | <b>94</b>  |

#### Tipo de consulta

| Descrição                                   | Quantidade |
|---------------------------------------------|------------|
| Primeira consulta odontológica programática | 59         |
| Consulta de retorno em odontologia          | 31         |
| Consulta de manutenção em odontologia       | 4          |
| Não informado                               | 0          |
| <b>Total:</b>                               | <b>94</b>  |

#### Vigilância em saúde bucal

| Descrição                            | Quantidade |
|--------------------------------------|------------|
| Abscesso dentoalveolar               | 0          |
| Alteração em tecidos moles           | 0          |
| Dor de dente                         | 27         |
| Fendas ou fissuras labiopalatais     | 0          |
| Fluorose dentária moderada ou severa | 0          |
| Traumatismo dentoalveolar            | 0          |
| Não identificado                     | 67         |
| Não informado                        | 0          |
| <b>Total:</b>                        | <b>94</b>  |

#### Procedimentos

| Descrição                                         | Quantidade |
|---------------------------------------------------|------------|
| Acesso à polpa dentária e medicação (por dente)   | 5          |
| Adaptação de prótese dentária                     | 0          |
| Aplicação de carióstático (por dente)             | 9          |
| Aplicação de selante (por dente)                  | 4          |
| Aplicação tópica de flúor (individual por sessão) | 6          |
| Capeamento pulpar                                 | 4          |
| Cimentação de prótese dentária                    | 0          |

#### Procedimentos

| Descrição                                                     | Quantidade |
|---------------------------------------------------------------|------------|
| Curativo de demora com ou sem preparo biomecânico             | 5          |
| Drenagem de abscesso                                          | 0          |
| Evidenciação de placa bacteriana                              | 0          |
| Exodontia de dente decíduo                                    | 6          |
| Exodontia de dente permanente                                 | 2          |
| Instalação de prótese dentária                                | 0          |
| Moldagem dentogengival para construção de prótese dentária    | 0          |
| Orientação de higiene bucal                                   | 52         |
| Profilaxia / Remoção da placa bacteriana                      | 14         |
| Pulpotomia dentária                                           | 0          |
| Radiografia interproximal (bite wing)                         | 0          |
| Radiografia periapical                                        | 4          |
| Raspagem alisamento e polimento supragengivais (por sextante) | 101        |
| Raspagem alisamento subgengivais (por sextante)               | 0          |
| Restauração de dente permanente anterior com resina composta  | 5          |
| Restauração de dente permanente posterior com resina composta | 17         |
| Retirada de pontos de cirurgias básicas (por paciente)        | 0          |
| Selamento provisório de cavidade dentária                     | 8          |
| Tratamento de alveolite                                       | 0          |
| Ulotomia / Ulectomia                                          | 0          |
| <b>Total:</b>                                                 | <b>242</b> |

#### Outros procedimentos (SIGTAP)

| Descrição                                                                                    | Quantidade |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 0101020120 - ORIENTAÇÃO DE HIGIENIZAÇÃO DE PRÓTESES DENTÁRIAS                                | 2          |
| 0301010030 - CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA (EXCETO MÉDICO) | 32         |
| 0301010153 - PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA                                     | 59         |
| 0301060037 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO BÁSICA                                       | 3          |

FILTROS: Período: 01/03/2026 a 31/03/2026 | Equipe: 0002435357 - ESB - JOSE BURANELO NETO | Profissional: Todos | CBO: Todos | Filtros personalizados: Nenhum

#### Outros procedimentos (SIGTAP)

| Descrição                                                               | Quantidade |
|-------------------------------------------------------------------------|------------|
| 0307010074 - TRATAMENTO RESTAURADOR ATRAUMÁTICO (TRA/ART)               | 11         |
| 0307010112 - RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO ANTERIOR COM RESINA COMPOSTA. | 1          |
| 0414020073 - CURETAGEM PERIAPICAL                                       | 1          |
| CDS - ORIENTAÇÃO INDIVIDUAL EM SAÚDE                                    | 2          |
| <b>Total:</b>                                                           | <b>111</b> |

#### Fornecimento

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Escova dental | 0          |
| Creme dental  | 0          |
| Fio dental    | 0          |
| Não informado | 94         |
| <b>Total:</b> | <b>94</b>  |

#### Conduta / Desfecho

| Descrição                                | Quantidade |
|------------------------------------------|------------|
| Retorno para consulta agendada           | 44         |
| Agendamento para outros profissionais AB | 2          |
| Agendamento para NASF                    | 0          |
| Agendamento para eMulti                  | 0          |
| Agendamento para grupos                  | 0          |
| Alta do episódio                         | 4          |
| Tratamento concluído                     | 76         |
| <b>Total:</b>                            | <b>126</b> |

#### Encaminhamento

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

#### Encaminhamento

| Descrição        | Quantidade |
|------------------|------------|
| Periodontia      | 0          |
| Prótese dentária | 5          |
| Radiologia       | 0          |
| Outros           | 0          |
| Não informado    | 84         |
| <b>Total:</b>    | <b>96</b>  |

#### Problemas / Condições avaliadas - CIAP2

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

#### Problemas / Condições avaliadas - CID10

| Descrição                                                                                | Quantidade |
|------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| K02 - CÁRIE DENTÁRIA                                                                     | 36         |
| K036 - DEPÓSITOS NOS DENTES                                                              | 10         |
| K040 - PULPITE                                                                           | 1          |
| K041 - NECROSE DA POLPA                                                                  | 3          |
| K042 - DEGENERAÇÃO DA POLPA                                                              | 3          |
| K046 - ABSCESSO PERIAPICAL COM FÍSTULA                                                   | 1          |
| K05 - GENGIVITE E DOENÇAS PERIODONTAIS                                                   | 1          |
| K050 - GENGIVITE AGUDA                                                                   | 1          |
| K052 - PERIODONTITE AGUDA                                                                | 1          |
| K056 - DOENÇA PERIODONTAL, SEM OUTRA ESPECIFICAÇÃO                                       | 1          |
| K081 - PERDA DE DENTES DEVIDA A ACIDENTE, EXTRAÇÃO OU A DOENÇAS PERIODONTAIS LOCALIZADAS | 1          |
| Z012 - EXAME DENTÁRIO                                                                    | 47         |
| <b>Total:</b>                                                                            | <b>106</b> |

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

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



## Consultas - Emissão de comprovantes

G3361414222858931  
14/04/2026 16:32:19

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
14/04/2026 - AUTOATENDIMENTO - 16.32.19  
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: 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: 14/04/2026

=====

DOCUMENTO: 041407

AUTENTICACAO SISBB: B.32F.DF8.2AB.B39.C06

Transação efetuada com sucesso por: JJ633906 SANTO OLIVATTO.

LOGOMARCA

**Dados do Contribuinte**

Nome/Razão Social  
**JOSE MARIO JUNIOR - ME**  
Inscrição Municipal 13738  
Inscrição Estadual/RG  
Endereço  
**Rua Coronel Jose Bernardino F, 576**  
Cidade/UF  
**ITUVERAVA / SP**

CPF/CNPJ  
**27.374.671/0001-79**

E-mail  
**soaresleitecontabilidade@gmail.com**

Complemento Bairro  
**lado impa Jardim Independenc**

CEP DDD/Fone  
**14503-024**



402501004720

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

Data/Hora Emissão 13/04/2026 10:48 Competência 04/2026 No. Controle 01004720 No. NF 00000589 Página 1 de 1 Chave de Segurança 7Z7W-6S1F-5E3C-1B0B-7SPZ

**Dados do Tomador**

Chave de Acesso NFS-e Portal Nacional: 35241051227374671000179000000000058926041167547675

Nome/Razão Social  
**IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA**  
Inscrição Municipal ISENTA  
Inscrição Estadual/RG ISENTA  
Endereço  
**RUA FERDINANDO FRATIN, 335**  
Cidade/UF  
**IPUA / SP**

CPF/CNPJ  
**45.708.765/0001-19**

E-mail

Complemento

Bairro  
**CENTRO**

CEP  
**14610-029**

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 40 CONSULTAS MEDICAS DE VASCULAR NO VALOR UNITARIO DE R 83,00 PRESTADO NO MES MARCO DE 2026.

TERMO DE COLABORACAO: 01/2025 - ATENCAO BASICA E ESTRATEGIA DE SAUDE DA FAMILIA.

CONTA PARA DEPOSITO  
CONTA NR 33.258-6  
AG- 0715- BANCO SICREDI

**Base de Cálculo das Retenções**

|                 |     |      |            |                    |    |      |        |                        |     |          |
|-----------------|-----|------|------------|--------------------|----|------|--------|------------------------|-----|----------|
| 0,00 % (PIS)    | R\$ | 0,00 | Não Retido | 0,00 % (INSS)      | RS | 0,00 | Retido | ISSQN Retido           | R\$ | 0,00     |
| 0,00 % (COFINS) | R\$ | 0,00 | Não Retido | 0,00 % (IRRF)      | RS | 0,00 | Retido | Desconto Incondicional | R\$ | 0,00 (-) |
| 0,00 % (CSLL)   | R\$ | 0,00 | Não Retido | Total Ret.Federais | RS | 0,00 |        | Desconto Condicional   | R\$ | 0,00 (-) |
|                 |     |      |            |                    |    |      |        | Outros Descontos       | R\$ | 0,00 (-) |
|                 |     |      |            |                    |    |      |        | Valor do Serviço       | R\$ | 3.320,00 |

| Dedução | 0,00 | Beneficio | 0,00 | B.Cálculo | 3.320,00 | ISSQN | 66,73 | Vlr Líquido NFS-e | 3.320,00 |
|---------|------|-----------|------|-----------|----------|-------|-------|-------------------|----------|
|---------|------|-----------|------|-----------|----------|-------|-------|-------------------|----------|

| Ativ.    | Descrição da Atividade  | Aliq.(%) | B.Cálculo |
|----------|-------------------------|----------|-----------|
| 04.03.01 | Hospitais e congêneres. | 2,0100   | 3.320,00  |

**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/nfe/](http://www.primaxonline.com.br/issqn/nfe/)

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/00000589

Data

Assinatura do Recebedor

Chave de Segurança  
7Z7W-6S1F-5E3C-1B0B-7SPZ



**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, 01 de Abril 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 Março de 2026, no Centro de Especialidades conforme relatório em anexo.

Totalizando 40 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**



## Consultas - Emissão de comprovantes

G3361414222858931  
14/04/2026 16:32:50

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
14/04/2026 - AUTOATENDIMENTO - 16.32.50  
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\$ 3.320,00

DEBITO EM: 14/04/2026

=====

DOCUMENTO: 041408

AUTENTICACAO SISBB: 2.FD3.BCC.D68.661.EBB

---

Transação efetuada com sucesso por: JJ633906 SANTO OLIVATTO.



## Chave de Acesso da NFS-e

3537008223617872700010000000000001526041474578470

Número da NFS-e  
15Competência da NFS-e  
31/03/2026Data e Hora da emissão da NFS-e  
13/04/2026 11:48:51Número da DPS  
13Série da DPS  
70000Data e Hora da emissão da DPS  
13/04/2026 11:48:51

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>Simples 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 Simples 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 MARÇO 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

Conta: 101.2026-2



**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, 07 de Abril de 2026.

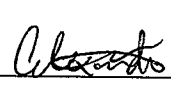
**RELATÓRIO DE PRODUÇÃO**

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 Março de 2026, na Atenção Básica e Estratégia de Saúde da Família no Município de Ipuã - SP, conforme relatório em anexo.

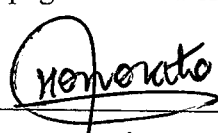
**TERMO DE COLABORAÇÃO 01/2025 - ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE / ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.**

  
\_\_\_\_\_  
Dr. Eduardo S. Araújo  
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: 01/03/2026 a 31/03/2026 | Equipe: 0001604325 - ESF - CENTRAL | Categoria profissional: MÉDICO | Filtros personalizados: Nenhum

## Relatório de procedimentos individualizados

## Resumo de produção

| Descrição                   | Quantidade |
|-----------------------------|------------|
| Registros identificados     | 541        |
| Registros não identificados | 0          |
| Total:                      | 541        |

## Turno

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Manhã         | 390        |
| Tarde         | 151        |
| Noite         | 0          |
| Não informado | 0          |
| Total:        | 541        |

## Faixa etária

| Descrição       | Masc. | Fem. | Indet. | N. Inf. | Total |
|-----------------|-------|------|--------|---------|-------|
| Menos de 01 ano | 3     | 2    | 0      | 0       | 5     |
| 01 ano          | 3     | 2    | 0      | 0       | 5     |
| 02 anos         | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |
| 03 anos         | 2     | 0    | 0      | 0       | 2     |
| 04 anos         | 1     | 1    | 0      | 0       | 2     |
| 05 a 09 anos    | 5     | 9    | 0      | 0       | 14    |
| 10 a 14 anos    | 3     | 9    | 0      | 0       | 12    |
| 15 a 19 anos    | 2     | 8    | 0      | 0       | 10    |
| 20 a 24 anos    | 0     | 7    | 0      | 0       | 7     |
| 25 a 29 anos    | 3     | 13   | 0      | 0       | 16    |
| 30 a 34 anos    | 4     | 13   | 0      | 0       | 17    |
| 35 a 39 anos    | 5     | 15   | 0      | 0       | 20    |
| 40 a 44 anos    | 12    | 17   | 0      | 0       | 29    |
| 45 a 49 anos    | 14    | 19   | 0      | 0       | 33    |
| 50 a 54 anos    | 12    | 25   | 0      | 0       | 37    |
| 55 a 59 anos    | 8     | 42   | 0      | 0       | 50    |
| 60 a 64 anos    | 26    | 48   | 0      | 0       | 74    |
| 65 a 69 anos    | 10    | 43   | 0      | 0       | 53    |
| 70 a 74 anos    | 19    | 29   | 0      | 0       | 48    |
| 75 a 79 anos    | 17    | 28   | 0      | 0       | 45    |
| 80 anos ou mais | 8     | 54   | 0      | 0       | 62    |

## Faixa etária

| Descrição     | Masc. | Fem. | Indet. | N. Inf. | Total |
|---------------|-------|------|--------|---------|-------|
| Não informado | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |
| Total:        | 157   | 384  | 0      | 0       | 541   |

## Sexo

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Masculino     | 157        |
| Feminino      | 384        |
| Indeterminado | 0          |
| Não informado | 0          |
| Total:        | 541        |

## Local de atendimento

| Descrição                       | Quantidade |
|---------------------------------|------------|
| Domicílio                       | 15         |
| Escola / Creche                 | 0          |
| Instituição / Abrigo            | 0          |
| Polo (Academia da saúde)        | 0          |
| Rua                             | 0          |
| UBS                             | 526        |
| Unidade móvel                   | 0          |
| Unidade prisional ou congêneres | 0          |
| Unidade socioeducativa          | 0          |
| Outros                          | 0          |
| Total:                          | 541        |

## 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          |
| Cirurgia de unha (cantoplastia)         | 0          |

FILTROS: Período: 01/03/2026 a 31/03/2026 | Equipe: 0001604325 - ESF - CENTRAL | Categoria profissional: MÉDICO | Filtros personalizados: Nenhum

Procedimentos / Pequenas cirurgias

| Descrição                                                  | Quantidade |
|------------------------------------------------------------|------------|
| Coleta de citopatológico de colo uterino                   | 6          |
| Cuidado de estomas                                         | 0          |
| Curativo especial                                          | 0          |
| Drenagem de abscesso                                       | 0          |
| Eletrocardiograma                                          | 0          |
| Exame de fundo de olho (Fundoscopia)                       | 0          |
| Exame do pé diabético                                      | 22         |
| 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                                         | 1          |
| Retirada de pontos de cirurgias básicas (por paciente)     | 0          |
| Sutura simples                                             | 0          |
| Tamponamento de epistaxe                                   | 0          |
| Teste do olhinho (TRV)                                     | 0          |
| Triagem oftalmológica                                      | 0          |
| Total:                                                     | 29         |

Procedimentos - Teste rápido

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

Procedimentos - Administração de medicamentos

| Descrição              | Quantidade |
|------------------------|------------|
| Endovenosa             | 0          |
| Inalação / Nebulização | 0          |
| Intramuscular          | 0          |
| Oral                   | 0          |

Procedimentos - Administração de medicamentos

| Descrição                             | Quantidade |
|---------------------------------------|------------|
| Penicilina para tratamento de sífilis | 0          |
| Subcutânea (SC)                       | 0          |
| Tópica                                | 0          |
| Total:                                | 0          |

Outros procedimentos (SIGTAP)

| Descrição                                                                       | Quantidade |
|---------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 0101030029 - VISITA DOMICILIAR/INSTITUCIONAL POR PROFISSIONAL DE NÍVEL SUPERIOR | 3          |
| 0101040024 - AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA                                           | 232        |
| 0204030030 - MAMOGRAFIA                                                         | 1          |
| 0204030188 - MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO                             | 5          |
| 0214010015 - GLICEMIA CAPILAR                                                   | 1          |
| 0301010064 - CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA                                | 536        |
| 0301010110 - CONSULTA PRÉ-NATAL                                                 | 4          |
| 0301010137 - CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR                                    | 10         |
| 0301010269 - AVALIAÇÃO DO CRESCIMENTO NA PUERICULTURA                           | 7          |
| 0301100039 - AFERIÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL                                       | 217        |
| Total:                                                                          | 1016       |



## Consultas - Emissão de comprovantes

G3361414222858931  
14/04/2026 16:33:30

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
14/04/2026 - AUTOATENDIMENTO - 16.33.30  
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: 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: 14/04/2026

=====

DOCUMENTO: 041409

AUTENTICACAO SISBB: 7.113.C11.788.52B.D7F

---

Transação efetuada com sucesso por: JJ633906 SANTO OLIVATTO.

|                                                                                                                                                      |                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
|                                                                      | <b>PM DE IPUÃ - SP</b><br><b>PREF. MUNIC. DE IPUÃ - SP</b><br><b>NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>Número da NFS-e</b><br><b>139</b><br><b>Código de Verificação de Autenticidade</b><br><b>NY6MPQID</b><br><b>Data e Hora de Emissão da NFS-e</b><br><b>13/04/2026 às 14:45:29</b><br><b>Chave de Acesso</b><br><b>88109F7KKP13OBLJ7QHMQLPBTBELNAHJU</b><br><br><b>Para certificação da autenticidade acesse</b><br><b><a href="http://187.32.255.145:1982/issweb">http://187.32.255.145:1982/issweb</a>, menu</b><br><b>consultas e informe os dados desta NFS-e.</b> |                         |
| <b>Informações Fiscais</b>                                                                                                                           |                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                         |
| 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>13/04/2026</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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                         |
| <b>PRESTADOR DE SERVIÇOS</b>                                                                                                                         |                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                         |
| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | E-mail<br><b>MCDERMATOLOGIAIPUA@GMAIL.COM</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                         |
| <b>TOMADOR DE SERVIÇOS</b>                                                                                                                           |                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                         |
| 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>                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                         |
| <b>Discriminação dos Serviços</b>                                                                                                                    |                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                         |
| Qtde.                                                                                                                                                | Un. Medida                                                                                                      | Descrição                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Vir. Unitário                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Total                   |
| 1,00                                                                                                                                                 | UN                                                                                                              | REFERENTE A 71 CONSULTAS MÉDICA DE DERMATOLOGIA NO VALOR UNITÁRIO DE R\$ 83,00 NO MÊS DE MARÇO DE 2026.<br>TERMO DE COLABORAÇÃO: 01/2025 - ATENÇÃO BÁSICA E ESTRATEGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.<br><br>DADOS BANCARIOS:<br>MC CHIQUINI SERVIÇOS MEDICOS LTDA<br>CNPJ: 50.165.640/0001-20<br>BANCO SANTANDER<br>AGÊNCIA: 0182<br>CONTA CORRENTE: 13004566-8 | 5.893,00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | R\$ 5.893,00            |
| <b>Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS</b>                                                                                             |                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                         |
| LC 116/2003: 040301                                                                                                                                  |                                                                                                                 | Alíquota                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Atividade Município                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Código CNAE             |
| Hospitais e congêneres.                                                                                                                              |                                                                                                                 | <b>5,00%</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>0000040300001</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Código da Obra          |
|                                                                                                                                                      |                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Código ART              |
| Valor Total dos Serviços                                                                                                                             | Desconto Incondicionado                                                                                         | Deduções Base Cálculo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Base de Cálculo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Total do ISS            |
| <b>R\$ 5.893,00</b>                                                                                                                                  | <b>R\$ 0,00</b>                                                                                                 | <b>R\$ 0,00</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>R\$ 5.893,00</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>R\$ 294,65</b>       |
|                                                                                                                                                      |                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | ISS Retido              |
|                                                                                                                                                      |                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>2 - Não</b>          |
|                                                                                                                                                      |                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Desconto Condicionado   |
|                                                                                                                                                      |                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>R\$ 0,00</b>         |
| <b>Retenções de Impostos</b>                                                                                                                         |                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                         |
| PIS (5.893,00 x 0,65%)                                                                                                                               | COFINS (5.893,00 x 3,00%)                                                                                       | CP                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | IRRF (5.893,00 x 1,50%)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | CSLL (5.893,00 x 1,00%) |
| <b>R\$ 38,30</b>                                                                                                                                     | <b>R\$ 176,79</b>                                                                                               | <b>R\$ 0,00</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>R\$ 88,40</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>R\$ 58,93</b>        |
|                                                                                                                                                      |                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Outras Retenções        |
|                                                                                                                                                      |                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>R\$ 0,00</b>         |
| <b>Valor Líquido da NFS-e: R\$ 5.530,58</b>                                                                                                          |                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                         |
| Val. Aprox. Tributos:                                                                                                                                |                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                         |
| <b>Informações Complementares</b>                                                                                                                    |                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                         |
| conta: 30.1.2026-2                                                                                                                                   |                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                         |
| RECEBI(EMOS) DE <b>MC CHIQUINI SERVIÇOS MEDICOS LTDA</b> O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO <b>139</b> E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO <b>NY6MPQID</b> . |                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                         |
| Data                                                                                                                                                 | CPF/RG                                                                                                          | Assinatura                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                         |
| ____/____/____                                                                                                                                       | ____                                                                                                            | ____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                         |

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

Identificador:

CPF/CNPJ/NIF do fornecedor

Número da Nota

Código de Verificação

139

**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: 1 - Fornecimento com pagamento posterior 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\$ 5.383,26      | Estadual: 0.0        | Estadual: 0.0                   | Estadual: 0.1                | Estadual: R\$ 0,00     | Estadual: R\$ 5,38  |
| Valor dos Serviços Antes dos Tributos: R\$ 0,00 | Municipal: 0.1       | Municipal: 0.0                  | Municipal: 0.1               | Municipal: R\$ 0,00    | Municipal: R\$ 5,38 |
|                                                 |                      |                                 |                              |                        | Total: R\$ 10,77    |
| 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\$ 48,45           |
| 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, 01 de Abril 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 Março de 2026, no Centro de Especialidades conforme relatório em anexo.

Totalizando 71 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**



## Consultas - Emissão de comprovantes

G3361414222858931  
14/04/2026 16:34:02

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
14/04/2026 - AUTOATENDIMENTO - 16.34.02  
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: 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\$ 5.530,58

DEBITO EM: 14/04/2026

=====

DOCUMENTO: 041410

AUTENTICACAO SISBB: 1.A54.27B.3B9.16D.424

---

Transação efetuada com sucesso por: JJ633906 SANTO OLIVATTO.



PM DE IPUÃ - SP

PREF. MUNIC. DE IPUÃ - SP

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e



Número da NFS-e

11

Código de Verificação de Autenticidade

9E7868NM2

Data e Hora de Emissão da NFS-e

13/04/2026 às 13:45:34

Chave de Acesso

881029VXLLD49BQ0CW0VWCHU99VXYL6

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>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>13/04/2026          |
| 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>50.704.945/0001-62                  | RG/Inscrição Estadual<br>18.231.998 | Inscrição Municipal<br>1.116.4140 | Cadastro<br>000016957                        | Nome/Razão Social<br>CAGNANI BONORA SERVIÇOS MEDICOS LTDA |
| Logradouro<br>RUA CLEY NASCIMENTO HONORIO, 1131 | Complemento                         | Bairro<br>PAMPUA                  | CEP<br>14611-064                             | Cidade<br>IPUÃ-SP                                         |
| CEP<br>14611-064                                | Cidade<br>IPUÃ-SP                   | Telefone                          | E-mail<br>DAYANE.MSCONTABIL@POCOS-NET.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 | Complemento              | Bairro<br>CENTRO        | Cod. IBGE<br>3521309                                                 |
| CEP/Cod.Postal<br>14610-029              | Cidade/Pais<br>IPUA - SP | 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 medicos prestado no mes de Fevereiro de 2026.<br>TERMO DE COLABORAÇÃO: 01/2025 - ATENÇÃO BÁSICA E ESTRATEGIA DE SAÚDE DA FAMILIA.<br>Valor Bruto: R\$ 17.000,00<br>Valor Liquido: R\$ 17.000,00<br>Agencia: 0001<br>Conta: 47558448-2<br>Banco: 0260 | 17.000,00     | R\$ 17.000,00 |

## Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS

## Construção Civil

|                                           |                                     |                                      |                                  |                            |                                   |
|-------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------|
| LC 116/2003: 040101                       | Aliquota<br>2,01%                   | Atividade Município<br>0000040100001 | Código CNAE                      | Código da Obra             | Código ART                        |
| Medicina.                                 |                                     |                                      |                                  |                            |                                   |
| Valor Total dos Serviços<br>R\$ 17.000,00 | Desconto Incondicionado<br>R\$ 0,00 | Deduções Base Cálculo<br>R\$ 0,00    | Base de Cálculo<br>R\$ 17.000,00 | Total do ISS<br>R\$ 341,70 | 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\$ 17.000,00

Val. Aprox. Tributos:

## Informações Complementares

Data: 10.1.2026-2

RECEB(EMOS) DE CAGNANI BONORA SERVIÇOS MEDICOS LTDA O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO 11 E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO 9E7868NM2.

Data

CPF/RG

Assinatura

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

Identificador:

CPF/CNPJ/NIF do fornecedor

Número da Nota

Código de Verificação

11

**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: faluramento@sanlacasaipua.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\$ 16.658,30 | 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



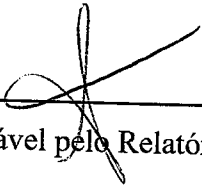
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE IPUÃ**

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)

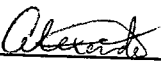
Ipuã, 09 de março de 2026.

**RELATÓRIO DE PRODUÇÃO**

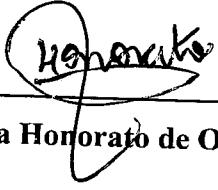
Venho através deste, comunicar a Irmandade Santa Casa de Misericórdia que a empresa **CAGNANI BONORA SERVICOS MEDICOS** com número de **CNPJ:50704945/0001-62** prestou serviços MÉDICOS no mês de Março de 2026 na Atenção Básica e Estratégia de Saúde da Família no Município de Ipuã - SP, conforme relatório 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: 01/03/2026 a 31/03/2026 | 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

| Descrição                         | Novos cadastros | Atualizações | Recusas |
|-----------------------------------|-----------------|--------------|---------|
| Cadastro domiciliar e territorial | 0               | 0            | 0       |
| Cadastro individual               | 0               | 0            | 0       |
| Total                             | 0               | 0            | 0       |
| Identificados                     | 0               | 0            | -       |
| Não identificados                 | 0               | 0            | -       |

### Produção

| Descrição                                    | Total | Identificados | Não identificados |
|----------------------------------------------|-------|---------------|-------------------|
| Atendimento domiciliar                       | 0     | 0             | 0                 |
| Atendimento individual                       | 205   | 205           | 0                 |
| Atendimento odontológico individual          | 0     | 0             | 0                 |
| Atividade coletiva                           | 0     | -             | -                 |
| Avaliação de elegibilidade e admissão        | 0     | 0             | -                 |
| Marcadores de consumo alimentar              | 0     | 0             | 0                 |
| Procedimentos individualizados               | 205   | 205           | 0                 |
| Síndrome neurológica por Zika / Microcefalia | 0     | 0             | -                 |
| Vacinação                                    | 0     | 0             | 0                 |
| Visita domiciliar e territorial              | 0     | 0             | 0                 |



## Consultas - Emissão de comprovantes

G3361414222858931  
14/04/2026 16:34:19

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
14/04/2026 - AUTOATENDIMENTO - 16.34.20  
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: 14/04/2026

=====

DOCUMENTO: 041411

AUTENTICACAO SISBB: 6.7C8.B3A.E90.EBB.AFD

Transação efetuada com sucesso por: JJ633906 SANTO OLIVATTO.



**PM DE IPUÃ - SP**  
**PREF. MUNIC. DE IPUÃ - SP**

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



**Número da NFS-e**  
**60**  
**Código de Verificação de Autenticidade**  
**E7M5NRDOV**  
**Data e Hora de Emissão da NFS-e**  
**13/04/2026 às 13:43:47**  
**Chave de Acesso**  
**8810123Q3Q5OG7535XURXE8ELIMEWO66**

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>13/04/2026</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                               |

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

|                                                    |                                              |                                          |                                              |                                                         |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| CPF/CNPJ<br><b>28.605.412/0001-74</b>              | RG/Inscrição Estadual<br><b>45.485.962-4</b> | Inscrição Municipal<br><b>1.121.3977</b> | Cadastro<br><b>000015761</b>                 | Nome/Razão Social<br><b>DÉBORA DE OLIVEIRA PRUDENTE</b> |
| Logradouro<br><b>RUA JOSE DE PAULA SOUZA, 1021</b> | Complemento                                  | Bairro<br><b>PAMPUA</b>                  |                                              |                                                         |
| CEP<br><b>14611-062</b>                            | Cidade<br><b>IPUÃ-SP</b>                     | Telefone                                 | E-mail<br><b>deboraog_fislo@yahoo.com.br</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 180 HORAS DE FISIOTERAPIA NO VALOR UNITÁRIO DE R\$ 28,00 , NO MÊS DE MARÇO DE 2026.<br>TERMO DE COLABORAÇÃO: 01/2025 - ATENÇÃO BÁSICA E ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.<br>VALOR BRUTO: R\$ 5.040,00<br>VALOR LÍQUIDO: R\$ 5.040,00 | 5.040,00      | R\$ 5.040,00 |

**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                               |
| Terapia ocupacional.                            |                                            |                                             |                                        |                                   |                                          |
| Valor Total dos Serviços<br><b>R\$ 5.040,00</b> | Desconto Incondicionado<br><b>R\$ 0,00</b> | Deduções Base Cálculo<br><b>R\$ 0,00</b>    | Base de Cálculo<br><b>R\$ 5.040,00</b> | Total do ISS<br><b>R\$ 101,30</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\$ 5.040,00**

Val. Aprox. Tributos:

**Informações Complementares**

*contá: 103-226-2*

RECEBI(EMOS) DE **DÉBORA DE OLIVEIRA PRUDENTE** O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO **60** E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO **E7M5NRDOV**.

Data

CPF/RG

Assinatura

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

Identificador:  
**CPF/CNPJ/NIF do fornecedor**      **Número da Nota**      **Código de Verificação**  
 60

**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: fatramento@sanlacasaipua.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\$ 4.938,70 | Estadual: 0.0        | Estadual: 0.0                   | Estadual: 0.1                | Estadual: R\$ 0,00     | Estadual: R\$ 4,94  |
| Valor dos Serviços Antes dos Tributos: | R\$ 0,00     | Municipal: 0.1       | Municipal: 0.0                  | Municipal: 0.1               | Municipal: R\$ 0,00    | Municipal: R\$ 4,94 |
|                                        |              |                      |                                 |                              |                        | Total: R\$ 9,88     |
| 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\$ 44,45           |

VALOR TOTAL COBRADO = R\$ 0,00

INFORMAÇÕES ADICIONAIS



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE IPUÃ**

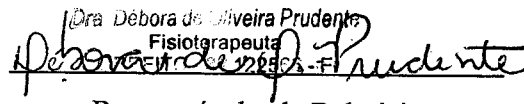
Av. Carlos Fernandes nº 766, Centro – Cx Postal 5-Fone: PABX (16) 3832 0183  
CEP 14610-000 - IP U Ã – Estado de São Paulo E-mail: [saude@ipua.sp.gov.br](mailto:saude@ipua.sp.gov.br)

Ipuã, 06 de Março de 2026.

**RELATÓRIO DE PRODUÇÃO**

Venho, através deste, comunicar a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Ipuã-SP que a empresa Débora de Oliveira Prudente - ME CNPJ 28.605.412/0001-74, prestou 150 horas em serviços de Fisioterapia no mês de Março de 2026, na Atenção Básica e Estratégia de Saúde da Família no Município de Ipuã, conforme relatório em anexo.

Totalizando:150 horas.

  
Dra. Débora de Oliveira Prudente  
Fisioterapeuta  
Responsável pelo Relatório

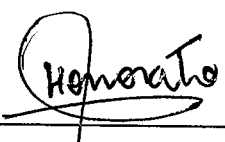
---

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

  
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: 01/03/2026 a 31/03/2026 | 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     | 38         |
| Registros não identificados | 1          |
| Total:                      | 39         |

## Dados gerais

| Descrição           | Sim | Não | Não Inf. |
|---------------------|-----|-----|----------|
| Ficou em observação | 0   | 39  | 0        |
| Gravidez planejada  | 0   | 0   | 39       |
| Vacinação em dia    | 1   | 0   | 38       |

## Turno

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Manhã         | 33         |
| Tarde         | 6          |
| Noite         | 0          |
| Não informado | 0          |
| Total:        | 39         |

## Sexo

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Masculino     | 5          |
| Feminino      | 34         |
| Indeterminado | 0          |
| Não informado | 0          |
| Total:        | 39         |

## Faixa etária

| Descrição       | Masc. | Fem. | Indet. | N. Inf. | Total |
|-----------------|-------|------|--------|---------|-------|
| Menos de 01 ano | 0     | 2    | 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         | 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     | 7    | 0      | 0       | 7     |
| 45 a 49 anos    | 0     | 4    | 0      | 0       | 4     |
| 50 a 54 anos    | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |
| 55 a 59 anos    | 0     | 3    | 0      | 0       | 3     |
| 60 a 64 anos    | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |
| 65 a 69 anos    | 0     | 5    | 0      | 0       | 5     |
| 70 a 74 anos    | 0     | 7    | 0      | 0       | 7     |
| 75 a 79 anos    | 5     | 2    | 0      | 0       | 7     |
| 80 anos ou mais | 0     | 4    | 0      | 0       | 4     |
| Não informado   | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |
| Total:          | 5     | 34   | 0      | 0       | 39    |

## Local de atendimento

| Descrição                       | Quantidade |
|---------------------------------|------------|
| Domicílio                       | 23         |
| Escola / Creche                 | 0          |
| Instituição / Abrigo            | 0          |
| Polo (Academia da saúde)        | 0          |
| Rua                             | 0          |
| UBS                             | 1          |
| Unidade móvel                   | 0          |
| Unidade prisional ou congêneres | 0          |
| Unidade socioeducativa          | 0          |
| Outros                          | 15         |
| Não informado                   | 0          |
| Total:                          | 39         |

FILTROS: Período: 01/03/2026 a 31/03/2026 | 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                                 | 0          |
| Consulta agendada programada / Cuidado continuado | 27         |
| Consulta no dia                                   | 12         |
| Escuta inicial / Orientação                       | 0          |
| Não informado                                     | 0          |
| <b>Total:</b>                                     | <b>39</b>  |

### Atenção domiciliar

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| AD1           | 1          |
| AD2           | 0          |
| AD3           | 0          |
| Não informado | 38         |
| <b>Total:</b> | <b>39</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                 | 39         |
| <b>Total:</b>                 | <b>39</b>  |

### Criança - Aleitamento materno

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Exclusivo     | 0          |
| Predominante  | 0          |
| Complementado | 0          |
| Inexistente   | 0          |
| Não informado | 39         |
| <b>Total:</b> | <b>39</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 | 27         |
| Prescrição terapêutica               | 0          |
| Não informado                        | 12         |
| <b>Total:</b>                        | <b>39</b>  |

### Conduta / Desfecho

| Descrição                                    | Quantidade |
|----------------------------------------------|------------|
| Retorno para consulta agendada               | 0          |
| Retorno para cuidado continuado / programado | 34         |
| Agendamento para grupos                      | 0          |
| Agendamento para NASF                        | 0          |
| Agendamento para eMulti                      | 0          |
| Alta do episódio                             | 5          |
| Não informado                                | 0          |
| <b>Total:</b>                                | <b>39</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: 01/03/2026 a 31/03/2026 | Equipe: 0001478303 - EMULTI - IPUA | Profissional: [704209702616889] - Debora de Oliveira Prudente | CBO: 223605 - FISIOTERAPEUTA GERAL | Filtros personalizados: Nenhum

#### Encaminhamento

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Não informado | 38         |
| <b>Total:</b> | <b>39</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               | 23         |
| Saúde mental               | 0          |
| Saúde sexual e reprodutiva | 0          |
| Tabagismo                  | 0          |
| Usuário de álcool          | 0          |
| Usuário de outras drogas   | 0          |
| <b>Total:</b>              | <b>23</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     | 5          |
| K90 - TROMBOSE/ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL     | 6          |
| K92 - ATROSCLEROSE/DOENÇA VASCULAR PERIFÉRICA | 3          |
| L11 - SINAIS/SINTOMAS DOS PUNHOS              | 6          |
| L15 - SINAIS/SINTOMAS DO JOELHO               | 1          |
| L16 - SINAIS/SINTOMAS DO TORNOZELO            | 4          |
| L73 - FRATURA: TÍBIA/PERÔNIO/ FÍBULA          | 4          |
| L73 - FRATURA: TÍBIA/PERÔNIO/ FÍBULA          | 2          |
| L90 - OSTEOARTROSE DO JOELHO                  | 1          |
| N28 - LIMITAÇÃO FUNCIONAL/INCAPACIDADE        | 2          |
| N28 - LIMITAÇÃO FUNCIONAL/INCAPACIDADE        | 3          |
| <b>Total:</b>                                 | <b>39</b>  |

FILTROS: Período: 01/03/2026 a 31/03/2026 | Equipe: 0001478303 - EMULTI - IPUA | Profissional: [704209702616889] - Debora de Oliveira Prudente | 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        |
| 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          | 0        |

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

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

FILTROS: Período: 01/03/2026 a 31/03/2026 | 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     | 12         |
| Registros não identificados | 0          |
| <b>Total:</b>               | <b>12</b>  |

### Turno

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Manhã         | 7          |
| Tarde         | 5          |
| Noite         | 0          |
| Não informado | 0          |
| <b>Total:</b> | <b>12</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     | 0    | 0      | 0       | 0     |
| 45 a 49 anos    | 0     | 3    | 0      | 0       | 3     |
| 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     | 2    | 0      | 0       | 2     |
| 70 a 74 anos    | 0     | 2    | 0      | 0       | 2     |
| 75 a 79 anos    | 2     | 2    | 0      | 0       | 4     |

### Faixa etária

| Descrição       | Masc.    | Fem.      | Indet.   | N. Inf.  | Total     |
|-----------------|----------|-----------|----------|----------|-----------|
| 80 anos ou mais | 0        | 1         | 0        | 0        | 1         |
| Não informado   | 0        | 0         | 0        | 0        | 0         |
| <b>Total:</b>   | <b>2</b> | <b>10</b> | <b>0</b> | <b>0</b> | <b>12</b> |

### Sexo

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Masculino     | 2          |
| Feminino      | 10         |
| Indeterminado | 0          |
| Não informado | 0          |
| <b>Total:</b> | <b>12</b>  |

### Local de atendimento

| Descrição                       | Quantidade |
|---------------------------------|------------|
| Domicílio                       | 8          |
| Escola / Creche                 | 0          |
| Instituição / Abrigo            | 0          |
| Polo (Academia da saúde)        | 0          |
| Rua                             | 0          |
| UBS                             | 1          |
| Unidade móvel                   | 0          |
| Unidade prisional ou congêneres | 0          |
| Unidade socioeducativa          | 0          |
| Outros                          | 3          |
| <b>Total:</b>                   | <b>12</b>  |

### Dados gerais

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

FILTROS: Período: 01/03/2026 a 31/03/2026 | 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          |
| Total:                                                     | 0          |

### 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          |
| Total:                                | 0          |

### Outros procedimentos (SIGTAP)

| Descrição                                                                                    | Quantidade |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 0301010030 - CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA (EXCETO MÉDICO) | 3          |
| 0301010137 - CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR                                                 | 9          |
| Total:                                                                                       | 12         |

### Procedimentos - Teste rápido

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

FILTROS: Período: 01/03/2026 a 31/03/2026 | Equipe: 0001478303 - EMULTI - IPUA | Profissional: [704209702616889] - Debora de Oliveira Prudente | CBO: 223605 - FISIOTERAPEUTA GERAL | Filtrros personalizados: Nenhum

## Relatório de atividade coletiva

### Resumo de produção

| Descrição          | Quantidade |
|--------------------|------------|
| Total de registros | 23         |

### Número de participantes

| Descrição                   | Quantidade |
|-----------------------------|------------|
| Participantes identificados | 85         |
| Total de participantes      | 136        |

### Turno

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Manhã         | 18         |
| Tarde         | 5          |
| Noite         | 0          |
| Não informado | 0          |
| Total:        | 23         |

### Programa saúde na escola

| Descrição | Quantidade |
|-----------|------------|
| Educação  | 0          |
| Saúde     | 0          |
| Total:    | 0          |

### Atividade

| Descrição                                                          | Quantidade |
|--------------------------------------------------------------------|------------|
| Reunião de equipe                                                  | 2          |
| Reunião com outras equipes de saúde                                | 4          |
| Reunião intersectorial / Conselho local de saúde / Controle social | 1          |
| Educação em saúde                                                  | 3          |
| Atendimento em grupo                                               | 13         |
| Avaliação / Procedimento coletivo                                  | 0          |
| Mobilização social                                                 | 0          |
| Não informado                                                      | 0          |
| Total:                                                             | 23         |

### 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                                      | 9          |
| Gestante                                    | 0          |
| Homem                                       | 3          |
| Familiares                                  | 0          |
| Pessoa idosa                                | 15         |
| 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          |
| Total:                                      | 43         |

### 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         | 16         |
| 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: 01/03/2026 a 31/03/2026 | 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                            | 0          |
| Não informado                     | 7          |
| <b>Total:</b>                     | <b>23</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 | 12         |
| 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                         | 3          |
| <b>Total:</b>                         | <b>24</b>  |

### Práticas em saúde - Outros procedimentos coletivos

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

### Temas para reunião

| Descrição                                               | Quantidade |
|---------------------------------------------------------|------------|
| Questões administrativas / Funcionamento                | 0          |
| Processo de trabalho                                    | 1          |
| Diagnóstico do território / Monitoramento do território | 0          |
| Planejamento / Monitoramento das ações da equipe        | 0          |
| Discussão de caso / Projeto terapêutico singular        | 6          |
| Educação permanente                                     | 2          |
| Outros                                                  | 0          |
| Não informado                                           | 0          |
| <b>Total:</b>                                           | <b>9</b>   |



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE IPUÃ**

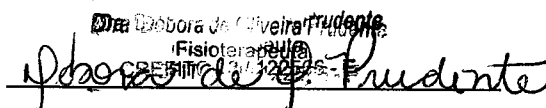
Av. Carlos Fernandes nº 766, Centro – Cx Postal 5-Fone: PABX (16) 3832 0183  
CEP 14610-000 - IP U Ã – Estado de São Paulo E-mail: [saude@ipua.sp.gov.br](mailto:saude@ipua.sp.gov.br)

Ipuã, 06 de Março de 2026.

**RELATÓRIO DE PRODUÇÃO**

Venho, através deste, comunicar a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Ipuã-SP que a empresa Débora de Oliveira Prudente - ME CNPJ 28.605.412/0001-74, prestou 30 horas em serviços de Fisioterapia no mês de Março de 2026, na Atenção Básica e Estratégia de Saúde da Família no Município de Ipuã, conforme relatório em anexo.

Totalizando:30 horas.

  
Responsável pelo Relatório

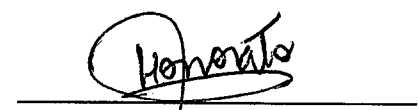
---

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

  
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



## Consultas - Emissão de comprovantes

G3361414222858931  
14/04/2026 16:34:39

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
14/04/2026 - AUTOATENDIMENTO - 16.34.40  
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\$ 5.040,00

DEBITO EM: 14/04/2026

=====

DOCUMENTO: 041412

AUTENTICACAO SISBB: 5.554.D71.9C9.0D6.7B2

---

Transação efetuada com sucesso por: JJ633906 SANTO OLIVATTO.



ESTADO DE GOIÁS  
PREFEITURA MUNICIPAL DE CRISTALINA  
01.138.122/0001-01  
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA- NFS-e

Número da Nota  
**0000000045**  
Data e Hora de Emissão  
**13/04/2026 11:05:24**  
Código de Verificação  
**7a38**

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social: LAURA SOUZA TAZINAFI 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 Telephone: 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 Telephone:  
E-mail:

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Descrição: REFERENTE A SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS NO MÊS DE MARÇO DE 2026.

TERMO DE COLABORAÇÃO: 01/2025 - ATENÇÃO BÁSICA E ESTRATEGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.

certa: 10.1.2026-2

Código de Tributação Nacional (LCP 116/2003)

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 |
|-----------------------------|-------------------|----------------|-----------------------------|------------|--------------|
| Demonstrativo               |                   |                | Demonstrativo               |            |              |
| 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) Aliquota                | %          | 2,00         |
| Serviço prestado em         | Imposto Devido em |                | (=) Valor do Imposto (ISS)  | R\$        | 340,00       |
| CRISTALINA - GO             | CRISTALINA - GO   |                | (=) Valor Líquido           | R\$        | 17.000,00    |
| Valor dos Serviços          | Desconto          |                | Valor Líquido da Nota       |            |              |
| 17.000,00                   | 0,00              |                | 17.000,00                   |            |              |

Composição IBS/CBS - Tributos da LC 214/2025

| Base de Cálculo | (x) Aliquota IBS | (=) Valor IBS | Base de Cálculo | (x) Aliquota 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: 52062061240204787000128000000000004526047773179582





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: [sau@ipua.sp.gov.br](mailto:sau@ipua.sp.gov.br)

Ipuã, 07 de abril de 2026.

RELATÓRIO DE PRODUÇÃO

Venho, através deste, comunicar a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Ipuã - SP que a empresa LAURA SOUZA TAZINATO ME CNPJ 402047870001-28 prestou serviços no mês de Março de 2026 na Atenção Básica e Estratégia de Saúde da Família no Município de Ipuã - SP conforme relatório.

Total: 40 horas semanais

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



Responsável pelo Relatório

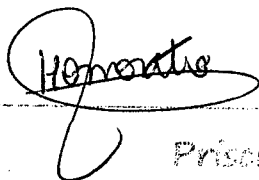
De acordo com o comunicado acima, eu Alexandre Henrique Cruz, gestor do **TERMO DE COLABORAÇÃO 01/2025 - ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE / ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**, declaro ciência do relatório em anexo.



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: 01/03/2026 a 31/03/2026 | Equipe: 0002436323 - ESF - EUPONALDO 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     | 336        |
| Registros não identificados | 0          |
| <b>Total:</b>               | <b>336</b> |

### Turno

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Manhã         | 167        |
| Tarde         | 169        |
| Noite         | 0          |
| Não informado | 0          |
| <b>Total:</b> | <b>336</b> |

### Faixa etária

| Descrição       | Masc. | Fem. | Indet. | N. Inf. | Total |
|-----------------|-------|------|--------|---------|-------|
| Menos de 01 ano | 3     | 5    | 0      | 0       | 8     |
| 01 ano          | 4     | 5    | 0      | 0       | 9     |
| 02 anos         | 0     | 3    | 0      | 0       | 3     |
| 03 anos         | 2     | 0    | 0      | 0       | 2     |
| 04 anos         | 2     | 2    | 0      | 0       | 4     |
| 05 a 09 anos    | 9     | 16   | 0      | 0       | 25    |
| 10 a 14 anos    | 4     | 8    | 0      | 0       | 12    |
| 15 a 19 anos    | 6     | 9    | 0      | 0       | 15    |
| 20 a 24 anos    | 4     | 20   | 0      | 0       | 24    |
| 25 a 29 anos    | 3     | 23   | 0      | 0       | 26    |
| 30 a 34 anos    | 4     | 15   | 0      | 0       | 19    |
| 35 a 39 anos    | 5     | 19   | 0      | 0       | 24    |
| 40 a 44 anos    | 11    | 28   | 0      | 0       | 39    |
| 45 a 49 anos    | 7     | 20   | 0      | 0       | 27    |
| 50 a 54 anos    | 2     | 11   | 0      | 0       | 13    |
| 55 a 59 anos    | 12    | 14   | 0      | 0       | 26    |
| 60 a 64 anos    | 9     | 18   | 0      | 0       | 27    |
| 65 a 69 anos    | 10    | 6    | 0      | 0       | 16    |
| 70 a 74 anos    | 0     | 6    | 0      | 0       | 6     |
| 75 a 79 anos    | 1     | 4    | 0      | 0       | 5     |

### Faixa etária

| Descrição       | Masc.     | Fem.       | Indet.   | N. Inf.  | Total      |
|-----------------|-----------|------------|----------|----------|------------|
| 80 anos ou mais | 1         | 5          | 0        | 0        | 6          |
| Não informado   | 0         | 0          | 0        | 0        | 0          |
| <b>Total:</b>   | <b>99</b> | <b>237</b> | <b>0</b> | <b>0</b> | <b>336</b> |

### Sexo

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Masculino     | 99         |
| Feminino      | 237        |
| Indeterminado | 0          |
| Não informado | 0          |
| <b>Total:</b> | <b>336</b> |

### Local de atendimento

| Descrição                       | Quantidade |
|---------------------------------|------------|
| Domicílio                       | 1          |
| Escola / Creche                 | 0          |
| Instituição / Abrigo            | 0          |
| Polo (Academia da saúde)        | 0          |
| Rua                             | 0          |
| UBS                             | 335        |
| Unidade móvel                   | 0          |
| Unidade prisional ou congêneres | 0          |
| Unidade socioeducativa          | 0          |
| Outros                          | 0          |
| <b>Total:</b>                   | <b>336</b> |

### Dados gerais

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

FILTROS: Período: 01/03/2026 a 31/03/2026 | Equipe: 0002436523 - ESF - EURONALDO DO NASCIMENTO | Profissional: [706405687494588] - Laura Souza Tazinato 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                   | 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                                      | 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                                         | 1          |
| 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 |
|----------------------------------------------------------------------|------------|
| 0101040024 - AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA                                | 122        |
| 0101040083 - MEDIÇÃO DE PESO                                         | 5          |
| 0214010015 - GLICEMIA CAPILAR                                        | 4          |
| 0301010064 - CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA                     | 320        |
| 0301010110 - CONSULTA PRÉ-NATAL                                      | 15         |
| 0301010137 - CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR                         | 1          |
| 0301010269 - AVALIAÇÃO DO CRESCIMENTO NA PUERICULTURA                | 4          |
| 0301010277 - AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA NA PUERICULTURA | 6          |
| 0301060037 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO BÁSICA               | 1          |
| 0301100039 - AFERIÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL                            | 94         |
| 0301100250 - AFERIÇÃO DE TEMPERATURA                                 | 13         |
| <b>Total:</b>                                                        | <b>585</b> |



Consultas - Emissão de comprovantes

G3361414222858931  
14/04/2026 16:35:01

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
14/04/2026 - AUTOATENDIMENTO - 16.35.01  
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: 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: 14/04/2026  
=====

DOCUMENTO: 041413  
AUTENTICACAO SISBB: 1.9B0.6CD.E92.CE8.FDD

Transação efetuada com sucesso por: JJ633906 SANTO OLIVATTO.



PM DE IPUÃ - SP

PREF. MUNIC. DE IPUÃ - SP

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e



Número da NFS-e

9

Código de Verificação de Autenticidade

IFG8ZH81L

Data e Hora de Emissão da NFS-e

13/04/2026 às 11:35:06

Chave de Acesso

8609565HH3JXOU507R80MLDTWS0YTO7V

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>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>13/04/2026       |
| 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                        |

## PRESTADOR DE SERVIÇOS

|                                     |                       |                                   |                            |                                               |
|-------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------------|
| CPF/CNPJ<br>62.009.877/0001-09      | RG/Inscrição Estadual | Inscrição Municipal<br>1.125.4363 | Cadastro<br>000018852      | Nome/Razão Social<br>ANA CECÍLIA CEZAR MENDES |
| Logradouro<br>RUA PEDRO SARAN, 1922 |                       |                                   | Complemento<br>CASA        | Bairro<br>PAMPUA                              |
| CEP<br>14610-068                    | Cidade<br>IPUÃ-SP     |                                   | Telefone<br>(16) 3832-0100 | E-mail<br>draanaceciliamendes@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                                     |             | Bairro                           |
| RUA FERDINANDO FRATIN, 335 |             |                       |                     |                                                 |             | CENTRO                           |
| CEP/Cod.Postal             | Cidade/País |                       |                     | Cod. IBGE                                       | Telefone    | E-mail                           |
| 14610-029                  | IPUA - SP   |                       |                     | 3521309                                         | 16 38321222 | faturamento@santacasaipua.com.br |

## Discriminação dos Serviços

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

## Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS

| 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<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\$ 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 9 E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO IFG8ZH81L.

Data

CPF/IRG

Assinatura

conta: 403.2026-2

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

Identificador:

CPF/CNPJ/NIF do fornecedor

Número da Nota

Código de Verificação

9

**DESTINATÁRIO**

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

**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                           |
|                                 | INFORMAÇÕES DE ENDEREÇO NACIONAL                                   |
| Município: IPUA                 | CEP: 14610029                                                      |

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

INFORMAÇÕES ADICIONAIS



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE IPUÃ**

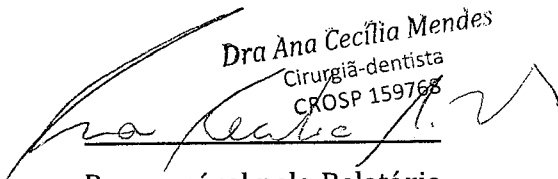
Av. Carlos Fernandes nº 766, Centro - Cx Postal 5-Fone: PABX (16) 3832 0183  
CEP 14610-000 - I P U Ã - Estado de São Paulo E-mail: [saude@ipua.sp.gov.br](mailto:saude@ipua.sp.gov.br)

Ipuã, 06 de Abril de 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 Março 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.**

  
Dra Ana Cecília Mendes  
Cirurgiã-dentista  
CROSP 159768  
Responsável pelo Relatório

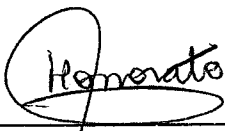
---

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 o relatório, solicito pagamento da empresa acima citada.

  
Priscila Honorato de Oliveira  
Secretaria Municipal de Saúde

FILTROS: Período: 01/03/2026 a 31/03/2026 | Equipe: 0001819852 - ESB - CAPELINHA | Profissional: [704303540484196] - Ana Cecília 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     | 86         |
| Registros não identificados | 0          |
| <b>Total:</b>               | <b>86</b>  |

### Dados gerais

| Descrição                           | Quantidade |
|-------------------------------------|------------|
| Gestante                            | 1          |
| Paciente com necessidades especiais | 0          |

### Turno

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Manhã         | 43         |
| Tarde         | 43         |
| Noite         | 0          |
| Não informado | 0          |
| <b>Total:</b> | <b>86</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         | 2     | 0    | 0      | 0       | 2     |
| 05 a 09 anos    | 1     | 6    | 0      | 0       | 7     |
| 10 a 14 anos    | 1     | 3    | 0      | 0       | 4     |
| 15 a 19 anos    | 5     | 1    | 0      | 0       | 6     |
| 20 a 24 anos    | 1     | 3    | 0      | 0       | 4     |
| 25 a 29 anos    | 1     | 5    | 0      | 0       | 6     |
| 30 a 34 anos    | 2     | 2    | 0      | 0       | 4     |
| 35 a 39 anos    | 0     | 4    | 0      | 0       | 4     |
| 40 a 44 anos    | 7     | 4    | 0      | 0       | 11    |
| 45 a 49 anos    | 5     | 5    | 0      | 0       | 10    |
| 50 a 54 anos    | 6     | 1    | 0      | 0       | 7     |
| 55 a 59 anos    | 2     | 3    | 0      | 0       | 5     |

### Faixa etária

| Descrição       | Masc.     | Fem.      | Indet.   | N. Inf.  | Total     |
|-----------------|-----------|-----------|----------|----------|-----------|
| 60 a 64 anos    | 2         | 3         | 0        | 0        | 5         |
| 65 a 69 anos    | 1         | 1         | 0        | 0        | 2         |
| 70 a 74 anos    | 1         | 1         | 0        | 0        | 2         |
| 75 a 79 anos    | 3         | 0         | 0        | 0        | 3         |
| 80 anos ou mais | 2         | 0         | 0        | 0        | 2         |
| Não informado   | 0         | 0         | 0        | 0        | 0         |
| <b>Total:</b>   | <b>44</b> | <b>42</b> | <b>0</b> | <b>0</b> | <b>86</b> |

### Sexo

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Masculino     | 44         |
| Feminino      | 42         |
| Indeterminado | 0          |
| Não informado | 0          |
| <b>Total:</b> | <b>86</b>  |

### Local de atendimento

| Descrição                       | Quantidade |
|---------------------------------|------------|
| Domicílio                       | 0          |
| Escola / Creche                 | 0          |
| Instituição / Abrigo            | 0          |
| Polo (Academia da saúde)        | 0          |
| Rua                             | 0          |
| UBS                             | 86         |
| Unidade móvel                   | 0          |
| Unidade prisional ou congêneres | 0          |
| Unidade socioeducativa          | 0          |
| Outros                          | 0          |
| Não informado                   | 0          |
| <b>Total:</b>                   | <b>86</b>  |

FILTROS: Período: 01/03/2026 a 31/03/2026 | Equipe: 0001819852 - ESB - CAPELINHA | Profissional: [704303540484196] - Ana Cecília Cezar Mendes | CBO: 223293 - CIRURGIÃO-DENTISTA DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA | Filtros personalizados: Nenhum

### Tipo de atendimento

| Descrição                   | Quantidade |
|-----------------------------|------------|
| Consulta agendada           | 69         |
| Escuta inicial / Orientação | 0          |
| Consulta no dia             | 15         |
| Atendimento de urgência     | 2          |
| Não informado               | 0          |
| <b>Total:</b>               | <b>86</b>  |

### Tipo de consulta

| Descrição                                   | Quantidade |
|---------------------------------------------|------------|
| Primeira consulta odontológica programática | 51         |
| Consulta de retorno em odontologia          | 24         |
| Consulta de manutenção em odontologia       | 11         |
| Não informado                               | 0          |
| <b>Total:</b>                               | <b>86</b>  |

### Vigilância em saúde bucal

| Descrição                            | Quantidade |
|--------------------------------------|------------|
| Abscesso dentoalveolar               | 0          |
| Alteração em tecidos moles           | 0          |
| Dor de dente                         | 7          |
| Fendas ou fissuras labiopalatais     | 0          |
| Fluorose dentária moderada ou severa | 0          |
| Traumatismo dentoalveolar            | 0          |
| Não identificado                     | 79         |
| Não informado                        | 0          |
| <b>Total:</b>                        | <b>86</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)                  | 11         |
| Aplicação tópica de flúor (individual por sessão) | 4          |
| Capeamento pulpar                                 | 0          |
| Cimentação de prótese dentária                    | 0          |

### Procedimentos

| Descrição                                                     | Quantidade |
|---------------------------------------------------------------|------------|
| Curativo de demora com ou sem preparo biomecânico             | 4          |
| Drenagem de abscesso                                          | 0          |
| Evidenciação de placa bacteriana                              | 2          |
| Exodontia de dente decíduo                                    | 0          |
| Exodontia de dente permanente                                 | 1          |
| Instalação de prótese dentária                                | 0          |
| Moldagem dentogengival para construção de prótese dentária    | 0          |
| Orientação de higiene bucal                                   | 55         |
| Profilaxia / Remoção da placa bacteriana                      | 16         |
| Pulpotomia dentária                                           | 0          |
| Radiografia interproximal (bite wing)                         | 0          |
| Radiografia periapical                                        | 0          |
| Raspagem alisamento e polimento supragengivais (por sextante) | 44         |
| Raspagem alisamento subgengivais (por sextante)               | 43         |
| Restauração de dente permanente anterior com resina composta  | 44         |
| Restauração de dente permanente posterior com resina composta | 24         |
| Retirada de pontos de cirurgias básicas (por paciente)        | 0          |
| Selamento provisório de cavidade dentária                     | 5          |
| Tratamento de alveolite                                       | 0          |
| Ulotomia / Ulectomia                                          | 0          |
| <b>Total:</b>                                                 | <b>253</b> |

### Outros procedimentos (SIGTAP)

| Descrição                                                                                    | Quantidade |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 0101020120 - ORIENTAÇÃO DE HIGIENIZAÇÃO DE PRÓTESES DENTÁRIAS                                | 6          |
| 0301010030 - CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA (EXCETO MÉDICO) | 35         |
| 0301010153 - PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA                                     | 51         |
| 0307010074 - TRATAMENTO RESTAURADOR ATRAUMÁTICO (TRA/ART)                                    | 2          |

FILTROS: Período: 01/03/2026 a 31/03/2026 | 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 |
|---------------------------------------------------------------------------|------------|
| 0307010082 - RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO POSTERIOR COM RESINA COMPOSTA   | 2          |
| 0307010104 - RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO POSTERIOR COM IONÔMERO DE VIDRO | 1          |
| 0307010112 - RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO ANTERIOR COM RESINA COMPOSTA.   | 4          |
| 0307030032 - RASPAGEM CORONO-RADICULAR (POR SEXTANTE)                     | 38         |
| 0307040151 - AJUSTE OCLUSAL                                               | 31         |
| <b>Total:</b>                                                             | <b>170</b> |

### Encaminhamento

| Descrição              | Quantidade |
|------------------------|------------|
| Implantodontia         | 0          |
| Odontopediatria        | 0          |
| Ortodontia / Ortopedia | 0          |
| Periodontia            | 0          |
| Prótese dentária       | 1          |
| Radiologia             | 0          |
| Outros                 | 0          |
| Não informado          | 80         |
| <b>Total:</b>          | <b>86</b>  |

### Fornecimento

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Escova dental | 0          |
| Creme dental  | 0          |
| Fio dental    | 0          |
| Não informado | 86         |
| <b>Total:</b> | <b>86</b>  |

### Problemas / Condições avaliadas - CIAP2

| Descrição                        | Quantidade |
|----------------------------------|------------|
| A97 - SEM DOENÇA                 | 13         |
| D82 - DOENÇA DOS DENTES/GENGIVAS | 59         |
| <b>Total:</b>                    | <b>72</b>  |

### Conduta / Desfecho

| Descrição                                | Quantidade |
|------------------------------------------|------------|
| Retorno para consulta agendada           | 26         |
| Agendamento para outros profissionais AB | 4          |
| Agendamento para NASF                    | 0          |
| Agendamento para eMulti                  | 0          |
| Agendamento para grupos                  | 0          |
| Alta do episódio                         | 11         |
| Tratamento concluído                     | 48         |
| <b>Total:</b>                            | <b>89</b>  |

### Problemas / Condições avaliadas - CID10

| Descrição                                                               | Quantidade |
|-------------------------------------------------------------------------|------------|
| K02 - CÁRIE DENTÁRIA                                                    | 15         |
| K032 - EROÇÃO DENTÁRIA                                                  | 9          |
| K04 - DOENÇAS DA POLPA E DOS TECIDOS PERIAPICAIS                        | 7          |
| K052 - PERIODONTITE AGUDA                                               | 1          |
| K08 - OUTROS TRANSTORNOS DOS DENTES E DE SUAS ESTRUTURAS DE SUSTENTAÇÃO | 1          |
| S025 - FRATURA DE DENTES                                                | 21         |
| Z012 - EXAME DENTÁRIO                                                   | 15         |
| <b>Total:</b>                                                           | <b>69</b>  |

### Encaminhamento

| Descrição                                          | Quantidade |
|----------------------------------------------------|------------|
| Atendimento a pacientes com necessidades especiais | 0          |
| Cirurgia BMF                                       | 5          |
| Endodontia                                         | 0          |
| Estomatologia                                      | 0          |

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

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

FILTROS: Período: 01/03/2026 a 31/03/2026 | Equipe: 0001819852 - ESB - CAPELINHA | Profissional: [704303540484196] - Ana Cecília Cezar Mendes | 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 | 1          |

### Número de participantes

| Descrição                   | Quantidade |
|-----------------------------|------------|
| Participantes identificados | 15         |
| Total de participantes      | 20         |

### Turno

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

### Programa saúde na escola

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Educação      | 0          |
| Saúde         | 0          |
| <b>Total:</b> | <b>0</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                                                 | 1          |
| Atendimento em grupo                                              | 0          |
| Avaliação / Procedimento coletivo                                 | 0          |
| Mobilização social                                                | 0          |
| Não informado                                                     | 0          |
| <b>Total:</b>                                                     | <b>1</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                                      | 1          |
| 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>1</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                                         | 1          |
| Saúde do trabalhador                                | 0          |

FILTROS: Período: 01/03/2026 a 31/03/2026 | Equipe: 0001819852 - ESB - CAPELINHA | Profissional: [704303540484196] - Ana Cecília Cezar Mendes | 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                            | 0          |
| Não informado                     | 0          |
| <b>Total:</b>                     | <b>1</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                         | 1          |
| <b>Total:</b>                         | <b>1</b>   |

### Práticas em saúde - Outros procedimentos coletivos

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



## Consultas - Emissão de comprovantes

G3341516198758851  
15/04/2026 16:44:56

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
15/04/2026 - AUTOATENDIMENTO - 16.44.56  
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: 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: 15/04/2026

=====

DOCUMENTO: 041501

AUTENTICACAO SISBB: 4.C89.6C8.EF5.714.770



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



**Número da NFS-e**  
**87**  
**Código de Verificação de Autenticidade**  
**SO17AYMDT**  
**Data e Hora de Emissão da NFS-e**  
**14/04/2026 às 08:57:15**  
**Chave de Acesso**  
**25995195XJG20H1BRDZQ8DYJB0OARXKX**

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

**Informações Fiscais**

|                                            |                                    |                                                                                          |                                           |
|--------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Exigibilidade do ISS<br><b>Exigível</b>    | Número do Processo                 | Município de Incidência do ISS<br><b>SAO JOAQUIM DA BARRA- SP</b>                        | Local da Prestação<br><b>IPUA - SP</b>    |
| Número da DPS                              | Série da DPS                       | Data da DPS                                                                              | Competência<br><b>14/04/2026</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> |

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

|                                                          |                                          |                                              |                           |                                                    |
|----------------------------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------|----------------------------------------------------|
| CPF/CNPJ<br><b>35.834.949/0001-71</b>                    | RG/Inscrição Estadual<br><b>17857</b>    | Inscrição Municipal<br><b>071767</b>         | Cadastro<br><b>071767</b> | Nome/Razão Social<br><b>ANA PAULA BOLSONI LTDA</b> |
| Logradouro<br><b>RUA RUA SAO VICENTE DE PAULO, 00368</b> | Complemento<br><b>SALA 2</b>             | Bairro<br><b>RESIDENCIAL LAERCIO DEIENNO</b> |                           |                                                    |
| CEP<br><b>14604-050</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><b>IRMANDADE SANTA CASA MISERICORDIA DE IPUA</b> |
| Logradouro<br><b>RUA FERDINANDO FRATIN, 335</b> | Complemento                     | Bairro<br><b>CENTRO</b>                    |                                                                       |
| CEP/Cod. Postal<br><b>14610-000</b>             | Cidade/País<br><b>IPUA - SP</b> | Cod. IBGE<br><b>3521309</b>                | Telefone<br><b>16 38321222</b>                                        |
|                                                 |                                 | E-mail<br><b>santacasaipua@com4.com.br</b> |                                                                       |

**Discriminação dos Serviços**

| Qtde. | Un. Medida | Descrição                                                                                                                                                                     | Vlr. Unitário | Total      |
|-------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|------------|
| 1,00  | UN         | REFERENTE A 08 CONSULTAS MÉDICA DE PEDIATRIA, NO VALOR UNITÁRIO DE R\$ 63,00 NO MÊS DE MARÇO DE 2026.<br>CONVÊNIO: 01/2025 - ATENÇÃO BÁSICA E ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA. | 664,00        | R\$ 664,00 |

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

|                                                                                                       |                                            |                                          |                                      |                                  |                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------------|
| LC 116/2003: <b>040303</b>                                                                            | Alíquota                                   | Atividade Município                      | Código CNAE                          | Código da Obra                   | Código ART                               |
| <b>Clinicas, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.</b> | <b>3,20%</b>                               | <b>0000040300003</b>                     |                                      |                                  |                                          |
| Valor Total dos Serviços<br><b>R\$ 664,00</b>                                                         | Desconto Incondicionado<br><b>R\$ 0,00</b> | Deduções Base Cálculo<br><b>R\$ 0,00</b> | Base de Cálculo<br><b>R\$ 664,00</b> | Total do ISS<br><b>R\$ 21,25</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\$ 664,00

Val. Aprox. Tributos:

**Informações Complementares**

DADOS BANCÁRIOS: BANCO SANTANDER(033) AGÊNCIA: 0182 CONTA: 13-004075-9

RECEBI(EMOS) DE **ANA PAULA BOLSONI LTDA** O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO **87** E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO **SO17AYMDT**.

Data

CPF/RG

Assinatura

Conta: 101-0006-2

São Joaquim da Barra - SP, 28 de Abril de 2026.



**A**  
**IRMANDADE SANTA CASA MISERICÓRDIA DE IPUÃ**  
**RUA FERDINANDO FRATIN, 335, CENTRO**  
**IPUÃ-SP, CEP 14.610-029.**  
**CNPJ: 45.708.765/0001-19**

### CARTA DE CORREÇÃO

|                 |                                  |
|-----------------|----------------------------------|
| NÚMERO DA NFSE  | 87                               |
| DATA DE EMISSÃO | 14/04/2026                       |
| CHAVE DE ACESSO | 25995195XJG20H1BRDZQ8DYJB00AQRKX |

Em face do que determina a legislação fiscal vigente, vimos pela presente comunicar-lhe(s) que a NOTA FISCAL em referência contém a(s) irregularidade(s) que abaixo apontamos, cuja correção solicitamos seja providenciada imediatamente.

| Código      | Especificação            |
|-------------|--------------------------|
| 01          | Razão Social             |
| 02          | Endereço                 |
| 03          | Município                |
| 04          | Estado                   |
| 05          | Nº Inscr. no CNPJ/MF     |
| 06          | Nº Inscr. Municipal      |
| 07          | Data da Emissão          |
| 08          | Competência              |
| 09          | Local da Prestação       |
| <b>X</b> 10 | Discriminação do Serviço |
| 11          | Código Serviço/Atividade |
| 12          | Código da Obra           |

| Código | Especificação      |
|--------|--------------------|
| 13     | Código ART         |
| 14     | PIS                |
| 15     | COFINS             |
| 16     | IR                 |
| 17     | INSS               |
| 18     | CSLL               |
| 19     | Valor dos Serviços |
| 20     | Retenções Federais |
| 21     | Outras retenções   |
| 22     | ISSQN Retido       |
| 23     | Valor Líquido      |
| 24     | Natureza Operação  |

| Código | Especificação              |
|--------|----------------------------|
| 25     | Regime especial            |
| 26     | Opção Simples Nacional     |
| 27     | Incentivador Cultura       |
| 28     | Base de Cálculo            |
| 29     | Alíquota Aplicada          |
| 30     | Retenção do ISSQN          |
| 31     | Valor do ISS               |
| 32     | Informações Complementares |

| Códigos com Irregularidades | RETIFICAÇÕES A SEREM CONSIDERADAS |                                                                                          |
|-----------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| 10                          | Correto:                          | REFERENTE À COBERTURA DE PEDIATRIA NO MÊS DE MARÇO DE 2026. TERMO DE COLABORAÇÃO 01/2025 |
|                             |                                   |                                                                                          |
|                             |                                   |                                                                                          |

Para evitar-se qualquer sanção fiscal, solicitamos 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.

|                                         |
|-----------------------------------------|
| <b>ACUSAMOS O RECEBIMENTO DA 1ª VIA</b> |
| _____                                   |
| local e data                            |
| _____                                   |
| carimbo e assinatura                    |

Sem outro motivo para o momento, subscrevemo-nos.

Atenciosamente,

\_\_\_\_\_  
**ANA PAULA BOLSONI LTDA**  
CNPJ: 35.834.949/0001-71  
Rua SÃO VICENTE DE PAULO, 368, RESID\_LAERCIO  
DEIENNO  
CEP 14.404-050 – São Joaquim da Barra - SP

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

Identificador:

CPF/CNPJ/NIF do fornecedor

Número da Nota

Código de Verificação

87

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: santacasaipue@com4.com.br  
Município: IPUA CEP: 14810000 INFORMAÇÕES DE ENDEREÇO NACIONAL

SERVIÇO PRESTADO

Local de Incidência: SAO JOAQUIM DA BARRA 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\$ 642,75 | Estadual: 0.0        | Estadual: 0.0                   | Estadual: 0.1                | Estadual: R\$ 0,00     | Estadual: R\$ 0,64  |
| Valor dos Serviços Antes dos Tributos: | R\$ 0,00   | Municipal: 0.1       | Municipal: 0.0                  | Municipal: 0.1               | Municipal: R\$ 0,00    | Municipal: R\$ 0,64 |
|                                        |            |                      |                                 |                              |                        | Total: R\$ 1,29     |
| 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\$ 5,78            |
| 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, 01 de Abril 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 ANA PAULA BOLSONI LTDA, CNPJ 35.834.949/0001-71, prestou serviço de atendimento MÉDICO em PEDIATRIA, no mês de Março de 2026 no Centro de Especialidades conforme relatório em anexo. Totalizando 08 consultas.

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

*Juliana Cássia da Silva Barbosa*  
COREN SP 359837-ENF

**Juliana Cássia da Silva Barbosa**  
Enfermeira – COREN: 359837

De acordo com o comunicado da enfermeira responsável Juliana Cássia da Silva Barbosa, 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*

**Alexandre Henrique da Cruz**  
Gestor do Convênio

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

*Priscila Honorato de Oliveira*

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

FILTROS: Período: 01/03/2026 a 31/03/2026 | Equipe: - - SEM EQUIPE | Profissional: [700505538574253] - Ana Paula Bolsoni | CBO: 225124 - MÉDICO PEDIATRA | Filtros personalizados: Nenhum

## Relatório de atendimento individual

### Resumo de produção

| Descrição                   | Quantidade |
|-----------------------------|------------|
| Registros identificados     | 8          |
| Registros não identificados | 0          |
| <b>Total:</b>               | <b>8</b>   |

### Dados gerais

| Descrição           | Sim | Não | Não Inf. |
|---------------------|-----|-----|----------|
| Ficou em observação | 0   | 8   | 0        |
| Gravidez planejada  | 0   | 0   | 8        |
| Vacinação em dia    | 7   | 1   | 0        |

### Turno

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Manhã         | 8          |
| Tarde         | 0          |
| Noite         | 0          |
| Não informado | 0          |
| <b>Total:</b> | <b>8</b>   |

### Sexo

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Masculino     | 8          |
| Feminino      | 0          |
| Indeterminado | 0          |
| Não informado | 0          |
| <b>Total:</b> | <b>8</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         | 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    | 2     | 0    | 0      | 0       | 2     |

### 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>8</b> | <b>0</b> | <b>0</b> | <b>0</b> | <b>8</b> |

### Local de atendimento

| Descrição                       | Quantidade |
|---------------------------------|------------|
| Domicílio                       | 0          |
| Escola / Creche                 | 0          |
| Instituição / Abrigo            | 0          |
| Polo (Academia da saúde)        | 0          |
| Rua                             | 0          |
| UBS                             | 8          |
| Unidade móvel                   | 0          |
| Unidade prisional ou congêneres | 0          |
| Unidade socioeducativa          | 0          |
| Outros                          | 0          |
| Não informado                   | 0          |
| <b>Total:</b>                   | <b>8</b>   |

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
15/04/2026 - AUTOATENDIMENTO - 16.44.56  
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: 033 - BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.  
AGENCIA: 0182-1 - GUAIRA  
CONTA: 13.004.075-9

FAVORECIDO: ANA PAULA BOLSONI LTDA  
CPF/CNPJ: 35.834.949/0001-71  
VALOR: R\$ 664,00  
DEBITO EM: 15/04/2026  
=====

DOCUMENTO: 041502  
AUTENTICACAO SISBB: C.797.FFC.82F.259.A55



PM DE IPUÃ - SP

PREF. MUNIC. DE IPUÃ - SP

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e



Número da NFS-e

5

Código de Verificação de Autenticidade

G5AUSMQV3

Data e Hora de Emissão da NFS-e

15/04/2026 às 11:49:18

Chave de Acesso

8817338VOK9Z1GL45EW1A1W8N1D8EYE1

Para certificação da autenticidade acesse  
<http://167.32.255.145:1982/issweb>, menu  
 consultas e informe os dados desta NFS-e.

## 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>15/04/2026       |
| 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                        |

## PRESTADOR DE SERVIÇOS

|                                                 |                                     |                                  |                                                         |
|-------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------------------------|
| CPF/CNPJ<br>61.075.786/0001-09                  | RG/Inscrição Estadual<br>1.121.4335 | Inscrição Municipal<br>000018567 | Cadastro<br>RHOSE MARIANA OLIVEIRA BUENO FONOAUDIOLOGIA |
| Logradouro<br>RUA INDALECIO DE SOUZA MELLO, 180 | Complemento                         | Bairro<br>SANTA CRUZ             |                                                         |
| CEP<br>14612-124                                | 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/País<br>IPUA - SP | 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        |
|-------|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------|
| 70,00 | UN         | REFERENTE A 70 HORAS DE FONOAUDIOLOGIA NO VALOR UNITÁRIO DE R\$ 28,00 , NO MÊS DE MARÇO DE 2026.<br>TERMO DE COLABORAÇÃO: 01/2025 - ATENÇÃO BÁSICA E ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.               | 28,00         | R\$ 1.960,00 |
|       |            | VALOR BRUTO: R\$ 1.960,00<br>VALOR LÍQUIDO: R\$ 1.960,00                                                                                                                                           |               |              |
|       |            | DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL.*<br>DADOS BANCÁRIOS PARA DEPÓSITO:<br>Banco: C6 Bank<br>Agência: 0001<br>Conta Corrente: 38999255-0<br>PIX CNPJ: 61.075.786/0001-09 |               |              |

## Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS

|                                          |                                     |                                      |                                 |                           |                                   |
|------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|---------------------------|-----------------------------------|
| LC 116/2003: 040801                      | Aliquota<br>2,01%                   | Atividade Município<br>0000040800001 | Código CNAE                     | Código da Obra            | Código ART                        |
| Terapia ocupacional.                     |                                     |                                      |                                 |                           |                                   |
| Valor Total dos Serviços<br>R\$ 1.960,00 | Desconto Incondicionado<br>R\$ 0,00 | Deduções Base Cálculo<br>R\$ 0,00    | Base de Cálculo<br>R\$ 1.960,00 | Total do ISS<br>R\$ 39,40 | 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\$ 1.960,00

Val. Aprox. Tributos:

## Informações Complementares

RECEBI(EMOS) DE RHOSE MARIANA OLIVEIRA BUENO FONOAUDIOLOGIA O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO 5 E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO G5AUSMQV3.

Data

CPF/RG

Assinatura

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

Identificador:

CPF/CNPJ/NIF do fornecedor

Número da Nota

Código de Verificação

5

**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\$ 1.920,60      | Estadual: 0.0        | Estadual: 0.0                   | Estadual: 0.1                | Estadual: R\$ 0,00     | Estadual: R\$ 1,92  |
| Valor dos Serviços Antes dos Tributos: R\$ 0,00 | Municipal: 0.1       | Municipal: 0.0                  | Municipal: 0.1               | Municipal: R\$ 0,00    | Municipal: R\$ 1,92 |
|                                                 |                      |                                 |                              |                        | Total: R\$ 3,84     |
| 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\$ 17,29           |
| 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, 06 de abril de 2026.**

**RELATÓRIO DE PRODUÇÃO**

Venho através deste, comunicar a Irmandade Santa Casa de Misericórdia que a empresa **RHOSE MARIANA OLIVEIRA BUENO FONOAUDIOLOGIA** ; CNPJ: 61.075.786/0001-09, prestou 70 horas de serviços no mês de março de 2026 na Atenção Básica e Estratégia de Saúde da Família no Município de Ipuã - SP, conforme relatório em anexo.

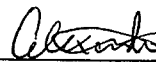
**Totalizando: 70 horas.**

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

  
Rrose Bueno  
Fonoaudióloga  
CRF nº 2-22329

Responsável pelo Relatório

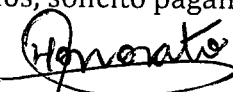
De acordo com o comunicado acima, eu **Alexandre Henrique da Cruz** gestor do **TERMO DE COLABORAÇÃO 01/2025 - ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE / ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**, declaro ciência do relatório em anexo.



**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.**

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
15/04/2026 - AUTOATENDIMENTO - 16.44.56  
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: 336 - BCO C6 S.A.  
AGENCIA: 0001-9  
CONTA: 38.999.255-0

FAVORECIDO: RHOSE MARIANA OLIVEIRA BUENO FONOAU  
CPF/CNPJ: 61.075.786/0001-09  
VALOR: R\$ 1.960,00  
DEBITO EM: 15/04/2026  
=====

DOCUMENTO: 041503  
AUTENTICACAO SISBB: B.920.AAA.ACC.888.3FF



PM DE IPUÃ - SP

PREF. MUNIC. DE IPUÃ - SP

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e



Número da NFS-e

148

Código de Verificação de Autenticidade  
KXTWOY2PI

Data e Hora de Emissão da NFS-e

14/04/2026 às 11:27:25

Chave de Acesso

88133ML60V0HL9KCG6D3ORYP4CEP7RUU

Criada em substituição à NFS-e 147

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>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>13/04/2026       |
| 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                        |

## PRESTADOR DE SERVIÇOS

|                                       |                                        |                                   |                       |                                   |
|---------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| CPF/CNPJ<br>51.977.656/0001-08        | RG/Inscrição Estadual<br>41964057      | Inscrição Municipal<br>1.116.4187 | Cadastro<br>000017338 | Nome/Razão Social<br>G R VAZ LTDA |
| Logradouro<br>RUA JOAQUIM NABUCO, 536 | Complemento<br>CONSULTÓRIO             | Bairro<br>CENTRO                  | CEP<br>14610-039      | Cidade<br>IPUÃ-SP                 |
| Telefone<br>(16) 3832-0100            | E-mail<br>gabrielavaz_2009@hotmail.com |                                   |                       |                                   |

## TOMADOR DE SERVIÇOS

|                                          |                       |                         |                                                                      |
|------------------------------------------|-----------------------|-------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| CPF/CNPJ/Documento<br>15.708.765/0001-19 | 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/País<br>IPUA - SP                 | Cod. IBGE<br>3521309  | Telefone<br>16 38321222 | E-mail<br>faturamento@santacasaipua.com.br                           |

## Discriminação dos Serviços

| Qtde. | Un. Medida | Descrição                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Vlr. Unitário | Total         |
|-------|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|---------------|
| 1,00  | UN         | RAZÃO: G R VAZ LTDA<br>PROFISSIONAL: GABRIELA RICARDO VAZ<br><br>REFERENTE A 131 CONSULTAS MÉDICA DE PEDIATRIA, NO VALOR UNITÁRIO DE R\$ 83,00 NO MÊS DE MARÇO DE 2026.<br>TERMO DE COLABORAÇÃO: 01/2025 - ATENÇÃO BÁSICA E ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.<br><br>VALOR BRUTO: R\$ 10.873,00<br>VALOR LÍQUIDO: R\$ 10.873,00<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 | 10.873,00     | R\$ 10.873,00 |

## Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS

|                     |                     |                                      |             |                |            |
|---------------------|---------------------|--------------------------------------|-------------|----------------|------------|
| LC 116/2003: 040101 | Alíquota<br>2,5268% | Atividade Município<br>0000040100001 | Código CNAE | Código da Obra | Código ART |
|---------------------|---------------------|--------------------------------------|-------------|----------------|------------|

|                                           |                                     |                                   |                                  |                            |                       |                                   |
|-------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| Valor Total dos Serviços<br>R\$ 10.873,00 | Desconto Incondicionado<br>R\$ 0,00 | Deduções Base Cálculo<br>R\$ 0,00 | Base de Cálculo<br>R\$ 10.873,00 | Total do ISS<br>R\$ 274,74 | 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\$ 10.873,00

Val. Aprox. Tributos:

## Informações Complementares

RECEBI(EMOS) DE G R VAZ LTDA O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO 148 E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO KXTWOY2PI.

Data

CPF/RG

Assinatura

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

Identificador:

CPF/CNPJ/NIF do fornecedor

Número da Nota

Código de Verificação

148

**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\$ 10.588,26 | Estadual: 0.0        | Estadual: 0.0                   | Estadual: 0.1                | Estadual: R\$ 0,00     | Estadual: R\$ 10,60  |
| Valor dos Serviços Antes dos Tributos: | R\$ 0,00      | Municipal: 0.1       | Municipal: 0.0                  | Municipal: 0.1               | Municipal: R\$ 0,00    | Municipal: R\$ 10,60 |
|                                        |               |                      |                                 |                              |                        | Total: R\$ 21,20     |
| 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\$ 95,38            |

VALOR TOTAL COBRADO = R\$ 0,00

INFORMAÇÕES ADICIONAIS



PM DE IPUÃ - SP

PREF. MUNIC. DE IPUÃ - SP

CARTA CORREÇÃO Nº 1 ANEXADA EM 23/04/2026 16:25

Número da NFS-e  
148

Código de Verificação de Autenticidade  
KXTWOY2PI

Data e Hora de Emissão da NFS-e  
14/04/2026 às 11:27:25

**Prestador de Serviços**

|                         |                       |                     |                |                              |  |
|-------------------------|-----------------------|---------------------|----------------|------------------------------|--|
| CPF/CNPJ                | RG/Inscrição Estadual | Inscrição Municipal | Cadastro       | Nome/Razão Social            |  |
| 51.977.656/0001-08      |                       |                     | 000017338      | G R VAZ LTDA                 |  |
| Logradouro              |                       |                     | Complemento    | Bairro                       |  |
| RUA JOAQUIM NABUCO, 536 |                       |                     | CONSULTÓRIO    | CENTRO                       |  |
| CEP                     | Cidade                |                     | Telefone       | E-mail                       |  |
| 14610-039               | IPUÃ-SP               |                     | (16) 3832-0100 | gabrielavaz_2009@hotmail.com |  |

**Tomador de Serviços**

|                            |                       |                     |                                                 |                                  |  |
|----------------------------|-----------------------|---------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------|--|
| CPF/CNPJ                   | 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                |                     | Telefone                                        | E-mail                           |  |
| 14610-029                  | IPUA-SP               |                     | (16) 3832-1222                                  | faturamento@santacasaipua.com.br |  |

**Condição de Uso**

A carta de correção só poderá sanar erros relacionados a discriminação dos serviços.

**Correções**

Descrição correta:  
RAZÃO: G R VAZ LTDA  
PROFISSIONAL: GABRIELA RICARDO VAZ  
REFERENTE A 131 CONSULTAS MÉDICA DE PEDIATRIA, NO VALOR UNITÁRIO DE R\$ 83,00 NO MÊS DE FEVEREIRO E MARÇO DE 2026.  
TERMO DE COLABORAÇÃO: 01/2025 - ATENÇÃO BÁSICA E ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.  
VALOR BRUTO: R\$ 10.873,00  
VALOR LÍQUIDO: R\$ 10.873,00  
DADOS BANCÁRIOS:  
CNPJ: 51.977.656/0001-08  
Banco Sicoob: 756  
Agência/Cooperativa: 3206  
Conta: 3.215.630-8  
Tipo: Conta corrente



**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, 01 de Abril 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 Março de 2026, no Centro de Especialidades conforme relatório em anexo.

Totalizando 101 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: 01/03/2026 a 31/03/2026 | 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     | 101        |
| Registros não identificados | 0          |
| <b>Total:</b>               | <b>101</b> |

### Dados gerais

| Descrição           | Sim | Não | Não Inf. |
|---------------------|-----|-----|----------|
| Ficou em observação | 0   | 101 | 0        |
| Gravidez planejada  | 0   | 0   | 101      |
| Vacinação em dia    | 83  | 4   | 14       |

### Turno

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Manhã         | 86         |
| Tarde         | 15         |
| Noite         | 0          |
| Não informado | 0          |
| <b>Total:</b> | <b>101</b> |

### Sexo

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Masculino     | 55         |
| Feminino      | 46         |
| Indeterminado | 0          |
| Não informado | 0          |
| <b>Total:</b> | <b>101</b> |

### Faixa etária

| Descrição       | Masc. | Fem. | Indet. | N. Inf. | Total |
|-----------------|-------|------|--------|---------|-------|
| Menos de 01 ano | 30    | 14   | 0      | 0       | 44    |
| 01 ano          | 6     | 8    | 0      | 0       | 14    |
| 02 anos         | 3     | 5    | 0      | 0       | 8     |
| 03 anos         | 2     | 2    | 0      | 0       | 4     |
| 04 anos         | 3     | 4    | 0      | 0       | 7     |
| 05 a 09 anos    | 9     | 7    | 0      | 0       | 16    |
| 10 a 14 anos    | 2     | 6    | 0      | 0       | 8     |

### 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>55</b> | <b>46</b> | <b>0</b> | <b>0</b> | <b>101</b> |

### Local de atendimento

| Descrição                       | Quantidade |
|---------------------------------|------------|
| Domicílio                       | 0          |
| Escola / Creche                 | 0          |
| Instituição / Abrigo            | 0          |
| Polo (Academia da saúde)        | 0          |
| Rua                             | 0          |
| UBS                             | 101        |
| Unidade móvel                   | 0          |
| Unidade prisional ou congêneres | 0          |
| Unidade socioeducativa          | 0          |
| Outros                          | 0          |
| Não informado                   | 0          |
| <b>Total:</b>                   | <b>101</b> |

Dados processados em 01/04/2026 às 00:01

O resultado pode contemplar informações de equipes vinculadas.

Impresso em 01/04/2026 às 09:30 por Rosemeire Aparecida Leandro Teixeira.



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 07/04/2026

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 março de 2026 na UBS Capelinha /EAP conforme relatório em anexo.

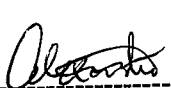
Totalizando 30 consultas

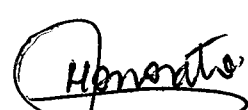
TERMO DE COLABORAÇÃO 01/025 – ATENÇÃO BÁSICA DE SUADE /ESTRATEGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.

  
Responsável pelo relatório  
Maristela Bezerra de Castro  
Enfermeira UBS Capelinha

Maristela Bezerra de Castro  
Enfermeira  
COREN-SP 275.291

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 Henrique Cruz  
Gestora do Convênio

  
Priscila Honorato de Oliveira  
Secretária Municipal de Saude

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

Relatório de resumo de produção - Analítico

#### FILTROS

Período 01/03/2026 a 31/03/2026  
Equipe 0002536722 - EAP - CAPELINHA  
Profissional [703407322792500] - Gabriela Ricardo Vaz  
CBO 225170 - MÉDICO GENERALISTA

Dados processados em 07/04/2026 às 00:01  
Gerado em 07/04/2026 às 09:36 por Maristela Bezerra de Castro

#### Cadastros

| Descrição                         | Cadastro | Atualizações | Recusas |
|-----------------------------------|----------|--------------|---------|
| Cadastro domiciliar e territorial | 0        | 0            | 0       |
| Cadastro indTotal                 | 0        | 0            | 0       |
| Cadastro indIdentificados         | 0        | 0            |         |
| Cadastro indNão identificados     | 0        | 0            |         |

#### Produção

| Descrição             | Total | Identificados | Não identificados |
|-----------------------|-------|---------------|-------------------|
| Atendimento           | 0     | 0             | 0                 |
| Atendimento           | 30    | 30            | 0                 |
| Atendimento           | 0     | 0             | 0                 |
| Atividade comunitária | 0     |               |                   |
| Avaliação de risco    | 0     | 0             |                   |
| Marcadores            | 0     | 0             | 0                 |
| Procedimentos         | 29    | 29            | 0                 |
| Síndrome neurológica  | 0     | 0             |                   |
| Vacinação             | 0     | 0             | 0                 |
| Visita domiciliar     | 0     | 0             | 0                 |

---

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
15/04/2026 - AUTOATENDIMENTO - 16.44.56  
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: 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\$ 10.873,00  
DEBITO EM: 15/04/2026  
=====

DOCUMENTO: 041504  
AUTENTICACAO SISBB: A.FAD.35D.1F4.F01.B07

---

Transação efetuada com sucesso por: JJ549137 ADILSON DIAS CAMPOS.



# Documento de Arrecadação de Receitas Federais

CNPJ  
**45.708.765/0001-19**

Razão Social  
**IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA**

Período de Apuração  
**Março/2026**

Data de Vencimento  
**20/04/2026**

Número do Documento  
**07.16.26105.5641142-7**

Pagar este documento até

**20/04/2026**

Observações  
**Nº Recibo Declaração: 50000468046995**

Valor Total do Documento

**4.404,51**

## Composição do Documento de Arrecadação

| Código | Denominação                                       | Principal  | Multa | Juros | Total    |
|--------|---------------------------------------------------|------------|-------|-------|----------|
| 1082   | CONTR PREV DESCONTA SEGURADO-EMPREGADO/AVULSO     | 3.313,05 ✓ |       |       | 3.313,05 |
|        | 01 CP SEGURADOS - EMPREGADOS/AVULSO               |            |       |       |          |
|        | PA:03/2026 Vencimento:20/04/2026                  |            |       |       |          |
| 1099   | CP DESCONTADA SEGURADO - CONTRIB INDIVIDUAL       | 607,20 ✓   |       |       | 607,20   |
|        | 02 CP SEGURADOS - CONTRIBUINTES INDIVIDUAIS - 20% |            |       |       |          |
|        | PA:03/2026 Vencimento:20/04/2026                  |            |       |       |          |
| 8301   | PIS - FOLHA DE PAGAMENTO                          | 484,26     |       |       | 484,26   |
|        | 02 PIS - FOLHA DE SALARIOS                        |            |       |       |          |
|        | PA:03/2026 Vencimento:24/04/2026                  |            |       |       |          |
| Totais |                                                   | 4.404,51   |       |       | 4.404,51 |

SENDA (Versão:5.2.9)

Página: 1/1

15/04/2026 16:26:10

85830000044 0 04510385261 1 10071626105 3 56411427010 2

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

## Documento de Arrecadação de Receitas Federais

85830000044 0 04510385261 1 10071626105 3 56411427010 2



CNPJ: 45.708.765/0001-19  
Número: 07.16.26105.5641142-7  
Pagar até: 20/04/2026  
Valor: 4.404,51

Pague com o PIX



1012026-2

| <b>MARCO/2026. Compensa Guia Negativa</b>                |            |                  |
|----------------------------------------------------------|------------|------------------|
| <b>Conferir com as guias emitidas.</b>                   |            |                  |
| <b>INSS</b>                                              |            |                  |
| 000 - SANTA CASA - 3200-X                                | R\$        | 1.476,99         |
| 015- UNIDADE DE CUIDADOS PROLONGADOS - U.C.P.            | R\$        | 9.230,94         |
| 026 -SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - S.U.S.                     | R\$        | 6.465,01         |
| 027 - EXEC.SERV.PRONTO ATENDIMENTO-ESPA-PLANTÃO -        | R\$        | 1.214,49         |
| 028 - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS - 1022025-9  | R\$        | 414,76           |
| 029 - LEITOS DE SAUDE MENTAL - L.S.M.                    | R\$        | -                |
| 030 -COOP.TÉC.OP.COMPL. A.B.-E.S.F. - 1012026-2          | R\$        | 3.313,05         |
| <b>SUB TOTAL - CÓDIGO DARF 1082 - SEGURADO EMPREGADO</b> | <b>R\$</b> | <b>22.115,24</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\$        | 80,00            |
|                                                          | R\$        | -                |
| <b>SUB TOTAL - CÓDIGO DARF 1099 - CONTR. INDIVIDUAIS</b> | <b>R\$</b> | <b>1.775,11</b>  |
| <b>TOTAL.....</b>                                        | <b>R\$</b> | <b>23.890,35</b> |

| <b>DARF – PIS - FOLHA 03/2026.</b>                      |            |                 |
|---------------------------------------------------------|------------|-----------------|
| 000 - SANTA CASA - 3200-X.                              | R\$        | 169,75          |
| 015 - UNIDADE DE CUIDADOS PROLONGADOS - U.C.P.          | R\$        | 1.288,11        |
| 026 - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - S.U.S. .                 | R\$        | 1.249,95        |
| 027 - EXEC.SERV.PRONTO ATENDIMENTO-ESPA-PLANTÃO.        | R\$        | 127,75          |
| 028 - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS - 1022025-9 | R\$        | 43,79           |
| 029 - LEITOS DE SAUDE MENTAL - L.S.M.                   | R\$        | 92,91           |
| 030 -COOP.TÉC.OP.COMPL. A.B.-E.S.F. - 1012026-2         | R\$        | 484,26          |
| <b>TOTAL.....</b>                                       | <b>R\$</b> | <b>3.456,52</b> |

| <b>DARF – IRRF - 0561 - FOLHA 02/2026 - PAGO EM 03/2026.</b> |            |                 |
|--------------------------------------------------------------|------------|-----------------|
| 000 - SANTA CASA - 3200-X                                    | R\$        | -               |
| 015 - UNIDADE DE CUIDADOS PROLONGADOS - U.C.P.               | R\$        | 1.045,04        |
| 026 -SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - S.U.S.                         | R\$        | 953,22          |
| 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\$</b> | <b>2.650,27</b> |

| <b>DARF – IRRF - 0588 - FOLHA 02/2026 - PAGO EM 03/2026.</b> |            |                 |
|--------------------------------------------------------------|------------|-----------------|
| 015 - UNIDADE DE CUIDADOS PROLONGADOS - U.C.P.               | R\$        | -               |
| SANTA CASA - AUTÔNOMOS - P.O. ATENÇÃO HOSPITALAR             | R\$        | 615,92          |
| 000 - SANTA CASA – CONTADOR - 3200-X                         | R\$        | 627,19          |
| <b>SUB TOTAL.....</b>                                        | <b>R\$</b> | <b>1.243,11</b> |
| <b>TOTAL.....</b>                                            | <b>R\$</b> | <b>3.893,38</b> |

| <b>FGTS - 03/2026.</b>                                  |            |                  |
|---------------------------------------------------------|------------|------------------|
| 000 - SANTA CASA - 3200-X                               | R\$        | 1.358,00         |
| 015 - UNIDADE DE CUIDADOS PROLONGADOS - U.C.P.          | R\$        | 10.304,64        |
| 026 - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - S.U.S. - .               | R\$        | 9.999,27         |
| 027 - EXECUÇÃO SERV.PRONTO ATENDIMENTO-PLANTÃO.         | R\$        | 1.022,08         |
| 028 - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS - 1022025-9 | R\$        | 350,43           |
| 029 - LEITOS DE SAUDE MENTAL - L.S.M.                   | R\$        | 743,15           |
| 030 -COOP.TÉC.OP.COMPL. A.B.-E.S.F. - 1012026-2         | R\$        | 3.874,01         |
| <b>TOTAL.....</b>                                       | <b>R\$</b> | <b>27.651,58</b> |

**Consultas - Emissão de comprovantes**G332  
16/04

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
16/04/2026 - AUTOATENDIMENTO - 13.12.50  
3156903156 SEGUNDA VIA 0001

**COMPROVANTE DE PAGAMENTO**

CLIENTE: IRMANDADE S C M IPUA

AGENCIA: 3156-9 CONTA: 1.012.026-2

=====  
Convenio RFB-DARF CODIGO DE BARRAS

Agente Arrecadador: CNC 001 Banco do Brasil S.A.

Codigo de Barras 8583000044-0 04510385261-1

10071626105-3 56411427010-2

Data do pagamento 16/04/2026

Numero do Documento 07.16.26105.5641142-7

Valor Total 4.404,51

-----  
Modelo aprovado pelo Ato Declaratorio Executivo

Conjunto nº 01 de 31 de outubro de 2011

-----  
DOCUMENTO: 041601

AUTENTICACAO SISBB: F.70E.BFC.81A.76A.8F2

-----  
Transação efetuada com sucesso por: JJ633906 SANTO OLIVATTO.



Receita Federal

Documento de Arrecadação  
de Receitas Federais

|                                                            |                                                                        |                                                     |                                               |
|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| 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>Março/2026</b>                   | Data de Vencimento<br><b>20/04/2026</b>                                | Número do Documento<br><b>07.16.26106.9057720-2</b> | Pagar este documento até<br><b>20/04/2026</b> |
| Observações<br><b>Nº Recibo Declaração: 50000468046995</b> |                                                                        |                                                     | Valor Total do Documento<br><b>2.396,73</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:03/2026 Vencimento:20/04/2026                   | 584,57 ✓   |       |       | 584,57   |
| 5960   | COFINS - RETENCAO PAGT PJ A PJ DE DIR PRIVADO<br>07 COFINS - RETENCAO PAGT PJ A PJ DE DIR PRIVADO<br>PA:03/2026 Vencimento:20/04/2026 | 1.169,13 ✓ |       |       | 1.169,13 |
| 5979   | PIS - RETENCAO PAGT PJ A PJ DE DIR PRIVADO<br>07 PIS - RETENCAO PAGT PJ A PJ DE DIR PRIVADO<br>PA:03/2026 Vencimento:20/04/2026       | 253,32 ✓   |       |       | 253,32   |
| 5987   | CSLL - RETENCAO PAGT PJ A PJ DE DIR PRIVADO<br>07 CSLL - RETENCAO PAGT PJ A PJ DE DIR PRIVADO<br>PA:03/2026 Vencimento:20/04/2026     | 389,71 ✓   |       |       | 389,71   |
| Totais |                                                                                                                                       | 2.396,73 ✓ |       |       | 2.396,73 |

SENDER (Versão:5.2.9)

Página: 1 / 1

16/04/2026 11:47:42

85830000023 8 96730385261 3 10071626106 1 90577202452 7

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Documento de Arrecadação de Receitas Federais

85830000023 8 96730385261 3 10071626106 1 90577202452 7



CNPJ: 45.708.765/0001-19  
Número: 07.16.26106.9057720-2  
Pagar até: 20/04/2026  
Valor: 2.396,73

Pague com o PIX



101

[illegible]

**Consultas - Emissão de comprovantes**G3381  
16/04

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
16/04/2026 - AUTOATENDIMENTO - 17.09.16  
3156903156 SEGUNDA VIA 0001

**COMPROVANTE DE PAGAMENTO**

CLIENTE: IRMANDADE S C M IPUA

AGENCIA: 3156-9 CONTA: 1.012.026-2

=====

Convenio RFB-DARF CODIGO DE BARRAS

Agente Arrecadador: CNC 001 Banco do Brasil S.A.

Codigo de Barras 8583000023-8 96730385261-3

10071626106-1 90577202452-7

Data do pagamento 16/04/2026

Numero do Documento 07.16.26106.9057720-2

Valor Total 2.396,73

-----  
Modelo aprovado pelo Ato Declaratorio Executivo  
Conjunto nº 01 de 31 de outubro de 2011  
-----

DOCUMENTO: 041602

AUTENTICACAO SISBB: E.3F3.E01.B24.E13.63A

-----  
Transação efetuada com sucesso por: JJ633906 SANTO OLIVATTO.

Pagar este documento até

20/04/2026

às 21:59:59 (Brasília)

Valor a recolher

6.914,15

CPF/CNPJ do Empregador  
45.708.765Nome/Razão Social do Empregador  
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUANúm. de Pág.  
1Identificador  
0126041733183964-1Tag  
C.T.O.C.A.- ATENCAO BASICA E 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    |
|-------------|-----------------------------|-------------|-----------------|------------------------------|---------------|----------|
| 03/2026     | 24                          | 3.874,01    | 0,00            | 0,00                         | 0,00          | 3.874,01 |
| Total FGTS: |                             | 3.874,01 ✓  | 0,00            | 0,00                         | 0,00          | 3.874,01 |

## Informações de recolhimentos do Consignado

| Competência       | Consignado | Encargos Consignado | Total    |
|-------------------|------------|---------------------|----------|
| 03/2026           | 3.040,14   | 0,00                | 3.040,14 |
| Total Consignado: | 3.040,14 ✓ | 0,00                | 3.040,14 |

Total da Guia: 6.914,15

## Observações

Data de geração da Guia: 17/04/2026 às 11:23:26 - Página 1/1

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

PIX Copia e Cola:

00020101021226900014br.gov.bcb.pix2568pix-grcode.caixa.gov.br/api/v2/cobv/a737c7cb852246d089ce6ac987317fc05204000053039865802BR5923CAIXA ECONOMICA FEDERAL6008Bras11162070503\*\*\*6304DDDA

Payload Location:

pix-grcode.caixa.gov.br/api/v2/cobv/a737c7cb852246d089ce6ac987317fc0



## Emitir comprovantes (versão antiga)

G3381714475596171  
17/04/2026 15:01:58

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
17/04/2026 - AUTOATENDIMENTO - 15.01.55  
3156903156 0001

Comprovante Pix

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

=====

PAGAMENTO VIA QR CODE

=====

ID: E0000000020260417174647025750141  
CNPJ DO PAGADOR: 45.708.765/0001-19  
VALOR: R\$6.914,15  
TARIFA: R\$0,00  
DATA: 17/04/2026 - 14:54:04  
COD PRODUTO: 7358a6db57bd492b8238a655c6817b94  
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: 17/04/2026 - 14:54:05

=====

DOCUMENTO: 041701  
AUTENTICACAO SISBB: 0.F9E.003.10C.657.C19

=====

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  
3517703222736062200018700000000003426041700715221Número da NFS-e  
34Competência da NFS-e  
15/04/2026Data e Hora da emissão da NFS-e  
15/04/2026 17:22:52Número da DPS  
27Série da DPS  
70000Data e Hora da emissão da DPS  
15/04/2026 17:22:52A 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>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>Guarã - SP                                                                                             | <b>CEP</b><br>14580-023            |
| <b>Simple 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 Simples 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>- |
| <b>Descrição do Serviço</b><br>REFERENTE A 151 CONSULTAS DE G.O. NO MÊS DE MARÇO 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>Guarã - 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\$ 12.533,00          | <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\$ 12.533,00 | <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\$ 12.533,00 |

## TOTAIS APROXIMADOS DOS TRIBUTOS

Federais

Estaduais

Municipais

## INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Conta: 101.2026-2



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE IPUÃ**

Av. Carlos Fernandes nº 766, Centro -CX 5 – Fone: PABX (16) 3832 0183

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

Ipuã , 02 de Abril de 2026

DO CENTRO DE ESPECIALIDADE DR . NILSON FERREIRA II

**RELATORIO DE PRODUÇÃO**

Venho por meio deste , comunicar a Irmandade SANTA CASA DE MISERICORDIA que empresa VICTOR DE PAULA T. P LUCAS CLINICA MÉDICA ME- CNPJ 27360622/0001-87, prestou serviço de atendimento médico em Ginecologia, no mês de Março de 2026 , no Centro de Especialidades , conforme relatório anexo.

115 consultas

16 atendimento em grupo

Totalizando 131 atendimentos.

TERMO DE COLABORAÇÃO 01/2025- ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE / ESTRATEGIA DE SAÚDE DA FAMILIA

**Juliana Cassia da Silva Barbosa**

**COREN SP 359837 ENF**

Rdsemeire A.L.Teixeira

Enfermeira- COREN: 264.985

De acordo com o comunicado da enfermeira responsável Rosimeire A. L Teixeira , eu Alexandre Henrique da Cruz, gestor do contrato 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: 01/03/2026 a 31/03/2026 | Equipe: 0002218496 - EAP - CENTRO DE SAUDE II | Profissional: [706302744838978] - Victor de Paula Telles Pires Lucas | CBO: 225170 - MÉDICO GENERALISTA | Filtros personalizados: Nenhum

## Relatório de atendimento individual

### Resumo de produção

| Descrição                   | Quantidade |
|-----------------------------|------------|
| Registros identificados     | 115        |
| Registros não identificados | 0          |
| <b>Total:</b>               | <b>115</b> |

### Dados gerais

| Descrição           | Sim | Não | Não Inf. |
|---------------------|-----|-----|----------|
| Ficou em observação | 0   | 115 | 0        |
| Gravidez planejada  | 0   | 0   | 115      |
| Vacinação em dia    | 0   | 0   | 115      |

### Turno

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Manhã         | 94         |
| Tarde         | 21         |
| Noite         | 0          |
| Não informado | 0          |
| <b>Total:</b> | <b>115</b> |

### Sexo

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Masculino     | 0          |
| Feminino      | 115        |
| Indeterminado | 0          |
| Não informado | 0          |
| <b>Total:</b> | <b>115</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        | 11         | 0        | 0        | 11         |
| 20 a 24 anos    | 0        | 20         | 0        | 0        | 20         |
| 25 a 29 anos    | 0        | 27         | 0        | 0        | 27         |
| 30 a 34 anos    | 0        | 11         | 0        | 0        | 11         |
| 35 a 39 anos    | 0        | 7          | 0        | 0        | 7          |
| 40 a 44 anos    | 0        | 7          | 0        | 0        | 7          |
| 45 a 49 anos    | 0        | 14         | 0        | 0        | 14         |
| 50 a 54 anos    | 0        | 5          | 0        | 0        | 5          |
| 55 a 59 anos    | 0        | 5          | 0        | 0        | 5          |
| 60 a 64 anos    | 0        | 5          | 0        | 0        | 5          |
| 65 a 69 anos    | 0        | 1          | 0        | 0        | 1          |
| 70 a 74 anos    | 0        | 1          | 0        | 0        | 1          |
| 75 a 79 anos    | 0        | 0          | 0        | 0        | 0          |
| 80 anos ou mais | 0        | 1          | 0        | 0        | 1          |
| Não informado   | 0        | 0          | 0        | 0        | 0          |
| <b>Total:</b>   | <b>0</b> | <b>115</b> | <b>0</b> | <b>0</b> | <b>115</b> |

### Local de atendimento

| Descrição                       | Quantidade |
|---------------------------------|------------|
| Domicílio                       | 0          |
| Escola / Creche                 | 0          |
| Instituição / Abrigo            | 0          |
| Polo (Academia da saúde)        | 0          |
| Rua                             | 0          |
| UBS                             | 115        |
| Unidade móvel                   | 0          |
| Unidade prisional ou congêneres | 0          |
| Unidade socioeducativa          | 0          |
| Outros                          | 0          |
| Não informado                   | 0          |
| <b>Total:</b>                   | <b>115</b> |

FILTROS: Período: 01/03/2026 a 31/03/2026 | Equipe: 0002218496 - EAP - CENTRO DE SAUDE II | Profissional: [706302744838978] - Victor de Paula Telles Pires Lucas | CBO: 225170 - MÉDICO GENERALISTA | Filtros personalizados: Nenhum

### Tipo de atendimento

| Descrição                                         | Quantidade |
|---------------------------------------------------|------------|
| Atendimento de urgência                           | 0          |
| Consulta agendada                                 | 78         |
| Consulta agendada programada / Cuidado continuado | 0          |
| Consulta no dia                                   | 37         |
| Escuta inicial / Orientação                       | 0          |
| Não informado                                     | 0          |
| <b>Total:</b>                                     | <b>115</b> |

### Atenção domiciliar

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| AD1           | 0          |
| AD2           | 0          |
| AD3           | 0          |
| Não informado | 115        |
| <b>Total:</b> | <b>115</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                 | 115        |
| <b>Total:</b>                 | <b>115</b> |

### Criança - Aleitamento materno

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Exclusivo     | 0          |
| Predominante  | 0          |
| Complementado | 0          |
| Inexistente   | 0          |
| Não informado | 115        |
| <b>Total:</b> | <b>115</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                        | 115        |
| <b>Total:</b>                        | <b>115</b> |

### Conduta / Desfecho

| Descrição                                    | Quantidade |
|----------------------------------------------|------------|
| Retorno para consulta agendada               | 0          |
| Retorno para cuidado continuado / programado | 0          |
| Agendamento para grupos                      | 0          |
| Agendamento para NASF                        | 0          |
| Agendamento para eMulti                      | 0          |
| Alta do episódio                             | 115        |
| Não informado                                | 0          |
| <b>Total:</b>                                | <b>115</b> |

### Encaminhamento

| Descrição                                         | Quantidade |
|---------------------------------------------------|------------|
| Encaminhamento interno no dia                     | 0          |
| Encaminhamento para serviço especializado         | 3          |
| 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: 01/03/2026 a 31/03/2026 | Equipe: 0002218496 - EAP - CENTRO DE SAUDE II | Profissional: [706302744838978] - Victor de Paula Telles Pires Lucas | CBO: 225170 - MÉDICO GENERALISTA | Filtros personalizados: Nenhum

## Encaminhamento

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Não informado | 112        |
| <b>Total:</b> | <b>115</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               | 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 |
|----------------|------------|
| W78 - GRAVIDEZ | 48         |
| <b>Total:</b>  | <b>48</b>  |

## Problemas / Condições avaliadas - Outros CID10

| Descrição                                        | Quantidade |
|--------------------------------------------------|------------|
| D25 - LEIOMIOMA DO UTERO                         | 1          |
| N63 - NÓDULO MAMÁRIO NÃO ESPECIFICADO            | 2          |
| O03 - ABORTO ESPONTÂNEO                          | 2          |
| O821 - PARTO POR CESARIANA DE EMERGÊNCIA         | 1          |
| O828 - OUTROS TIPOS DE PARTO ÚNICO POR CESARIANA | 2          |
| R32 - INCONTINÊNCIA URINÁRIA NÃO ESPECIFICADA    | 1          |
| Z014 - EXAME GINECOLÓGICO (GERAL) (DE ROTINA)    | 61         |
| Z34 - SUPERVISÃO DE GRAVIDEZ NORMAL              | 48         |
| <b>Total:</b>                                    | <b>118</b> |

FILTROS: Período: 01/03/2026 a 31/03/2026 | Equipe: 0002218496 - EAP - CENTRO DE SAUDE II | Profissional: [706302744838978] - Victor de Paula Telles Pires Lucas | CBO: 225170 - MÉDICO GENERALISTA | Filtros personalizados: Nenhum

### Exames solicitados e avaliados

| Descrição                                         | Solicitado | Avaliado |
|---------------------------------------------------|------------|----------|
| Colesterol total                                  | 0          | 0        |
| Creatinina                                        | 0          | 0        |
| EAS / EQU                                         | 8          | 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                                         | 3          | 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)                       | 1          | 0        |
| Sorologia para HIV                                | 0          | 0        |
| Sorologia para dengue                             | 0          | 0        |
| Teste de gravidez                                 | 1          | 0        |
| Teste indireto de antígeno globulina humana (TIA) | 0          | 0        |
| Ultrassonografia obstétrica                       | 0          | 0        |
| Urocultura                                        | 8          | 0        |
| <b>Total:</b>                                     | <b>21</b>  | <b>0</b> |

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

| Descrição                                                              | Solicitado | Avaliado |
|------------------------------------------------------------------------|------------|----------|
| 0202010384 - DOSAGEM DE FERRITINA                                      | 1          | 0        |
| 0202010392 - DOSAGEM DE FERRO SERICO                                   | 1          | 0        |
| 0202030202 - DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA                             | 1          | 0        |
| 0202060233 - DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)            | 1          | 0        |
| 0202060250 - DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)                | 3          | 0        |
| 0202060306 - DOSAGEM DE PROLACTINA                                     | 2          | 0        |
| 0202060349 - DOSAGEM DE TESTOSTERONA                                   | 1          | 0        |
| 0202060357 - DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE                             | 1          | 0        |
| 0204030188 - MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO                    | 7          | 0        |
| 0205020097 - ULTRASSONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL                        | 5          | 0        |
| 0205020186 - ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL                             | 12         | 0        |
| 0207030022 - RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA / PELVE / ABDOMEN INFERIOR | 2          | 0        |
| 0214010066 - TESTE RÁPIDO DE GRAVIDEZ                                  | 2          | 0        |
| <b>Total:</b>                                                          | <b>39</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> |

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

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

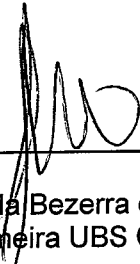
Ipuã 07/04/2026

### RELATÓRIO DE PRODUÇÃO

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

Totalizando 20 consultas

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



Maristela Bezerra de Castro  
Enfermeira UBS Capelinha

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 01/025 -Atenção Basica /Estrategia de Saúde da família, declaro ciência do rtelatorio em anexo



Alexandre Henrique Cruz  
Gestora do Convênio



Priscila Honorato de Oliveira  
Secretária Municipal de Saude

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

Relatório de resumo de produção - Analítico

FILTROS

Período 01/03/2026 a 31/03/2026  
Equipe 0002536722 - EAP - CAPELINHA  
Profissional [706302744838978] - Victor de Paula Telles Pires Lucas  
CBO 225170 - MÉDICO GENERALISTA

Dados processados em 07/04/2026 às 00:01  
Gerado em 07/04/2026 às 09:35 por Maristela Bezerra de Castro

Cadastros

| Descrição                         | Cadastro | Atualizações | Recusas |
|-----------------------------------|----------|--------------|---------|
| Cadastro domiciliar e territorial | 0        | 0            | 0       |
| Cadastro indTotal                 | 0        | 0            | 0       |
| Cadastro indIdentificados         | 0        | 0            |         |
| Cadastro indNão identificados     | 0        | 0            |         |

Produção

| Descrição             | Total | Identificados | Não identificados |
|-----------------------|-------|---------------|-------------------|
| Atendimento           | 0     | 0             | 0                 |
| Atendimento           | 20    | 20            | 0                 |
| Atendimento           | 0     | 0             | 0                 |
| Atividade comunitária | 0     |               |                   |
| Avaliação de risco    | 0     | 0             |                   |
| Marcadores            | 0     | 0             | 0                 |
| Procedimento          | 20    | 20            | 0                 |
| Síndrome neonatal     | 0     | 0             |                   |
| Vacinação             | 0     | 0             | 0                 |
| Visita domiciliar     | 0     | 0             | 0                 |



## Consultas - Emissão de comprovantes

20/04/2026 - BANCO DO BRASIL - 16:41:22  
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 20/04/2026

NR. DOCUMENTO 552.092.000.016.671

VALOR TOTAL 12.533,00

\*\*\*\*\* 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 2.6B0.599.016.91E.F2C



PM DE IPUÃ - SP

PREF. MUNIC. DE IPUÃ - SP

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e



Número da NFS-e

76

Código de Verificação de Autenticidade

1ZX4XFHCE

Data e Hora de Emissão da NFS-e

13/04/2026 às 14:37:20

Chave de Acesso

88106AOUVFYU6N5YWI4446IHRGOIVPC9

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>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>13/04/2026       |
| 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>44.917.114/0001-76 | RG/Inscrição Estadual<br>47.330.556-2 | Inscrição Municipal<br>000003975 | Cadastro<br>000015682 | Nome/Razão Social<br>THAIRYNE OLIVATO - SERVIÇOS DE FISIOTERAPIA |
| Logradouro<br>DONA TEREZA, 936 | Complemento<br>CONSULTÓRIO            | Bairro<br>CENTRO                 | CEP<br>14610-011      | Cidade<br>IPUÃ-SP                                                |
| Telefone<br>(16) 3832-0157     | 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                                                            |
| CEP/Cod. Postal<br>14610-029             | Cidade/Pais<br>IPUA - SP | Telefone<br>16 38321222 | E-mail<br>faturamento@santacasaipua.com.br                           |

## Discriminação dos Serviços

| Qtde.                                                                            | Un. Medida | Descrição                                                                                                  | Vir. Unitário | Total        |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------|
| 150,00                                                                           | HORA       | EFERENTE A 150 HORAS PRESTADAS COMO FISIOTERAPEUTA NO VALOR UNITÁRIO DE R\$ 28,00 NO MÊS DE MARÇO DE 2026. | 28,00         | R\$ 4.200,00 |
| TERMO DE COLABORAÇÃO: 01/2025 - ATENÇÃO BÁSICA E ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA. |            |                                                                                                            |               |              |
| VALOR BRUTO: R\$ 4.200,00                                                        |            |                                                                                                            |               |              |
| VALOR LÍQUIDO: R\$ 4.200,00                                                      |            |                                                                                                            |               |              |

## Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS

## Construção Civil

|                                          |                                     |                                      |                                 |                                   |                       |
|------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|
| LC 116/2003: 040801                      | Alíquota<br>2,01%                   | Atividade Município<br>0000040800001 | Código CNAE                     | Código da Obra                    | Código ART            |
| Terapia ocupacional.                     |                                     |                                      |                                 |                                   |                       |
| Valor Total dos Serviços<br>R\$ 4.200,00 | Desconto Incondicionado<br>R\$ 0,00 | Deduções Base Cálculo<br>R\$ 0,00    | Base de Cálculo<br>R\$ 4.200,00 | Total do ISS<br>R\$ 84,42         | ISS Retido<br>2 - Não |
|                                          |                                     |                                      |                                 | Desconto Condicionado<br>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\$ 4.200,00

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 76 E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO 1ZX4XFHCE.

Data

CPF/RG

Assinatura

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

Identificador:

CPF/CNPJ/NIF do fornecedor

Número da Nota

Código de Verificação

76

**DESTINATÁRIO**

CPF/CNPJ:

Nome/Razão Social:

Endereço:

Nº:

Complemento:

Bairro:

E-mail:

INFORMAÇÕES DE ENDEREÇO NACIONAL

Município:

CEP:

**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

INFORMAÇÕES DE ENDEREÇO NACIONAL

Município: IPUA

CEP: 14610029

**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\$ 4.115,58 | Estadual: 0.0        | Estadual: 0.0                   | Estadual: 0.1                | Estadual: R\$ 0,00     | Estadual: R\$ 4,12  |
| Valor dos Serviços Antes dos Tributos: | R\$ 0,00     | Municipal: 0.1       | Municipal: 0.0                  | Municipal: 0.1               | Municipal: R\$ 0,00    | Municipal: R\$ 4,12 |
|                                        |              |                      |                                 |                              |                        | Total: R\$ 8,23     |
| 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\$ 37,04           |
| 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)

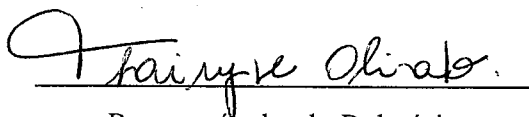
Ipuã, 07 de abril de 2026.

**RELATÓRIO DE PRODUÇÃO**

Venho através deste, comunicar a Irmandade Santa Casa de Misericórdia que a empresa **THAIRYNE OLIVATO- SERVIÇOS DE FISIOTERAPIA** com **CNPJ:44.917.114/0001-76** prestou 150 horas em serviços de Fisioterapia no mês de Março de 2026 na Atenção Básica e Estratégia de Saúde da Família no Município de Ipuã - SP, conforme relatório em anexo.

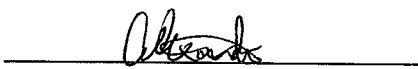
Total em horas: 150,0

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

  
Responsável pelo Relatório

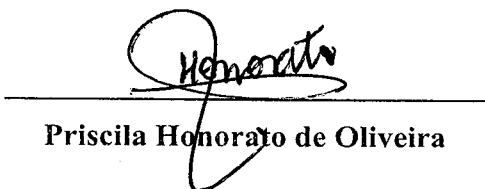
---

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: 01/03/2026 a 31/03/2026 | 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     | 44         |
| Registros não identificados | 0          |
| Total:                      | 44         |

#### Dados gerais

| Descrição           | Sim | Não | Não Inf. |
|---------------------|-----|-----|----------|
| Ficou em observação | 0   | 44  | 0        |
| Gravidez planejada  | 0   | 0   | 44       |
| Vacinação em dia    | 0   | 0   | 44       |

#### Turno

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Manhã         | 36         |
| Tarde         | 8          |
| Noite         | 0          |
| Não informado | 0          |
| Total:        | 44         |

#### Sexo

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Masculino     | 9          |
| Feminino      | 35         |
| Indeterminado | 0          |
| Não informado | 0          |
| Total:        | 44         |

#### 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    | 4     | 0    | 0      | 0       | 4     |
| 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     | 0    | 0      | 0       | 0     |
| 45 a 49 anos    | 2     | 7    | 0      | 0       | 9     |
| 50 a 54 anos    | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |
| 55 a 59 anos    | 0     | 2    | 0      | 0       | 2     |
| 60 a 64 anos    | 0     | 7    | 0      | 0       | 7     |
| 65 a 69 anos    | 1     | 1    | 0      | 0       | 2     |
| 70 a 74 anos    | 1     | 6    | 0      | 0       | 7     |
| 75 a 79 anos    | 0     | 2    | 0      | 0       | 2     |
| 80 anos ou mais | 1     | 10   | 0      | 0       | 11    |
| Não informado   | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |
| Total:          | 9     | 35   | 0      | 0       | 44    |

#### Local de atendimento

| Descrição                       | Quantidade |
|---------------------------------|------------|
| Domicílio                       | 32         |
| 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                          | 8          |
| Não informado                   | 0          |
| Total:                          | 44         |

FILTROS: Período: 01/03/2026 a 31/03/2026 | Equipe: 0001478303 - EMULTI - IPUA | Profissional: [702607285574142] - Thairyne Olivato | CBO: 223605 - FISIOTERAPEUTA GERAL | Filtros personalizados: Nenhum

### Tipo de atendimento

| Descrição                                         | Quantidade |
|---------------------------------------------------|------------|
| Atendimento de urgência                           | 0          |
| Consulta agendada                                 | 1          |
| Consulta agendada programada / Cuidado continuado | 30         |
| Consulta no dia                                   | 13         |
| Escuta inicial / Orientação                       | 0          |
| Não informado                                     | 0          |
| <b>Total:</b>                                     | <b>44</b>  |

### Atenção domiciliar

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| AD1           | 2          |
| AD2           | 0          |
| AD3           | 0          |
| Não informado | 42         |
| <b>Total:</b> | <b>44</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                 | 44         |
| <b>Total:</b>                 | <b>44</b>  |

### Criança - Aleitamento materno

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Exclusivo     | 0          |
| Predominante  | 0          |
| Complementado | 0          |
| Inexistente   | 0          |
| Não informado | 44         |
| <b>Total:</b> | <b>44</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                        | 44         |
| <b>Total:</b>                        | <b>44</b>  |

### Conduta / Desfecho

| Descrição                                    | Quantidade |
|----------------------------------------------|------------|
| Retorno para consulta agendada               | 41         |
| Retorno para cuidado continuado / programado | 0          |
| Agendamento para grupos                      | 0          |
| Agendamento para NASF                        | 0          |
| Agendamento para eMulti                      | 0          |
| Alta do episódio                             | 3          |
| Não informado                                | 0          |
| <b>Total:</b>                                | <b>44</b>  |

### Encaminhamento

| Descrição                                         | Quantidade |
|---------------------------------------------------|------------|
| Encaminhamento interno no dia                     | 0          |
| Encaminhamento para serviço especializado         | 1          |
| 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: 01/03/2026 a 31/03/2026 | Equipe: 0001478303 - EMULTI - IPUA | Profissional: [702607285574142] - Thairyne Olivato | CBO: 223605 - FISIOTERAPEUTA GERAL | Filtros personalizados: Nenhum

#### Encaminhamento

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Não informado | 43         |
| Total:        | 45         |

#### Problemas / Condições avaliadas

| Descrição                  | Quantidade |
|----------------------------|------------|
| Asma                       | 2          |
| 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               | 30         |
| Saúde mental               | 0          |
| Saúde sexual e reprodutiva | 0          |
| Tabagismo                  | 0          |
| Usuário de álcool          | 0          |
| Usuário de outras drogas   | 0          |
| Total:                     | 32         |

#### 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          |
| Total:                  | 0          |

#### Problemas / Condições avaliadas - Rastreamento

| Descrição               | Quantidade |
|-------------------------|------------|
| Câncer do colo do útero | 0          |
| Câncer de mama          | 0          |
| Risco cardiovascular    | 0          |
| Total:                  | 0          |

#### Problemas / Condições avaliadas - Outros CIAP2

| Descrição                                    | Quantidade |
|----------------------------------------------|------------|
| K90 - TROMBOSE/ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL    | 4          |
| K95 - VEIAS VARICOSAS DA PERNA               | 1          |
| L28 - LIMITAÇÃO FUNCIONAL/INCAPACIDADE       | 1          |
| L76 - OUTRAS FRATURAS                        | 1          |
| L87 - BURSITE/TENDINITE/SINOVITE NE          | 1          |
| L90 - OSTEOARTROSE DO JOELHO                 | 2          |
| N28 - LIMITAÇÃO FUNCIONAL/INCAPACIDADE       | 4          |
| N70 - POLIOMIELITE                           | 1          |
| N87 - PARKINSONISMO                          | 2          |
| N87 - PARKINSONISMO                          | 5          |
| N94 - NEURITE/ NEVRITE/NEUROPATIA PERIFÉRICA | 2          |
| P70 - DEMÊNCIA                               | 4          |
| R99 - OUTRAS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS           | 1          |
| Total:                                       | 29         |

FILTROS: Período: 01/03/2026 a 31/03/2026 | 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        |
| 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          | 0        |

Ofertas de Cuidados Integrados - OCI (código do SIGTAP)

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

FILTROS: Período: 01/03/2026 a 31/03/2026 | 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 | 30         |

### Número de participantes

| Descrição                   | Quantidade |
|-----------------------------|------------|
| Participantes identificados | 57         |
| Total de participantes      | 101        |

### Turno

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Manhã         | 5          |
| Tarde         | 25         |
| Noite         | 0          |
| Não informado | 0          |
| Total:        | 30         |

### Programa saúde na escola

| Descrição | Quantidade |
|-----------|------------|
| Educação  | 0          |
| Saúde     | 0          |
| Total:    | 0          |

### 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                                                 | 1          |
| Atendimento em grupo                                              | 24         |
| Avaliação / Procedimento coletivo                                 | 0          |
| Mobilização social                                                | 0          |
| Não informado                                                     | 0          |
| Total:                                                            | 30         |

### 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                                      | 24         |
| Gestante                                    | 1          |
| Homem                                       | 12         |
| Familiares                                  | 0          |
| Pessoa idosa                                | 23         |
| Pessoas com doenças crônicas                | 24         |
| 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          |
| Total:                                      | 84         |

### 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: 01/03/2026 a 31/03/2026 | 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                            | 25         |
| Não informado                     | 5          |
| Total:                            | 30         |

Temas para reunião

| Descrição                                               | Quantidade |
|---------------------------------------------------------|------------|
| Questões administrativas / Funcionamento                | 0          |
| Processo de trabalho                                    | 2          |
| Diagnóstico do território / Monitoramento do território | 0          |
| Planejamento / Monitoramento das ações da equipe        | 0          |
| Discussão de caso / Projeto terapêutico singular        | 3          |
| Educação permanente                                     | 0          |
| Outros                                                  | 0          |
| Não informado                                           | 0          |
| Total:                                                  | 5          |

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                                | 24         |
| Outro procedimento coletivo           | 0          |
| Não informado                         | 1          |
| Total:                                | 25         |

Práticas em saúde - Outros procedimentos coletivos

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

FILTROS: Período: 01/03/2026 a 31/03/2026 | 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     | 14         |
| Registros não identificados | 0          |
| Total:                      | 14         |

Faixa etária

| Descrição       | Masc. | Fem. | Indet. | N. Inf. | Total |
|-----------------|-------|------|--------|---------|-------|
| 80 anos ou mais | 1     | 2    | 0      | 0       | 3     |
| Não informado   | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |
| Total:          | 5     | 9    | 0      | 0       | 14    |

Turno

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Manhã         | 6          |
| Tarde         | 8          |
| Noite         | 0          |
| Não informado | 0          |
| Total:        | 14         |

Sexo

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Masculino     | 5          |
| Feminino      | 9          |
| Indeterminado | 0          |
| Não informado | 0          |
| Total:        | 14         |

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    | 1     | 0    | 0      | 0       | 1     |
| 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     | 0    | 0      | 0       | 0     |
| 45 a 49 anos    | 1     | 0    | 0      | 0       | 1     |
| 50 a 54 anos    | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |
| 55 a 59 anos    | 0     | 0    | 0      | 0       | 0     |
| 60 a 64 anos    | 0     | 2    | 0      | 0       | 2     |
| 65 a 69 anos    | 1     | 1    | 0      | 0       | 2     |
| 70 a 74 anos    | 1     | 2    | 0      | 0       | 3     |
| 75 a 79 anos    | 0     | 2    | 0      | 0       | 2     |

Local de atendimento

| Descrição                       | Quantidade |
|---------------------------------|------------|
| Domicílio                       | 9          |
| 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                          | 1          |
| Total:                          | 14         |

Dados gerais

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

FILTROS: Período: 01/03/2026 a 31/03/2026 | 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          |
| Eletrcardiograma                                           | 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          |
| Total:                                                     | 0          |

Procedimentos - Teste rápido

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

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          |
| Total:                                | 0          |

Outros procedimentos (SIGTAP)

| Descrição                                                                                    | Quantidade |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 0301010030 - CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA (EXCETO MÉDICO) | 9          |
| 0301010137 - CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR                                                 | 7          |
| Total:                                                                                       | 16         |

FILTROS: Período: 01/03/2026 a 31/03/2026 | Equipe: 0001478303 - EMULTI - IPUA | Profissional: [702607285574142] - Thairyne Olivato | CBO: 223605 - FISIOTERAPEUTA GERAL | Filtros personalizados: Nenhum

## Relatório de atendimento domiciliar

### Resumo de produção

| Descrição                   | Quantidade |
|-----------------------------|------------|
| Registros identificados     | 3          |
| Registros não identificados | 0          |
| <b>Total:</b>               | <b>3</b>   |

### Turno

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

### Sexo

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Masculino     | 3          |
| Feminino      | 0          |
| Indeterminado | 0          |
| Não informado | 0          |
| <b>Total:</b> | <b>3</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     | 0    | 0      | 0       | 0     |

### Faixa etária

| Descrição       | Masc.    | Fem.     | Indet.   | N. Inf.  | Total    |
|-----------------|----------|----------|----------|----------|----------|
| 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 | 3        | 0        | 0        | 0        | 3        |
| Não informado   | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        |
| <b>Total:</b>   | <b>3</b> | <b>0</b> | <b>0</b> | <b>0</b> | <b>3</b> |

### Local de atendimento

| Descrição                       | Quantidade |
|---------------------------------|------------|
| CACON / UNACON                  | 0          |
| Domicílio                       | 3          |
| Escola / Creche                 | 0          |
| Hospital                        | 0          |
| Instituição / Abrigo            | 0          |
| Polo (Academia da saúde)        | 0          |
| Rua                             | 0          |
| UBS                             | 0          |
| Unidade móvel                   | 0          |
| Unidade prisional ou congêneres | 0          |
| Unidade de pronto atendimento   | 0          |
| Unidade socioeducativa          | 0          |
| Outros                          | 0          |
| <b>Total:</b>                   | <b>3</b>   |

### Modalidade AD

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| AD1           | 3          |
| AD2           | 0          |
| AD3           | 0          |
| <b>Total:</b> | <b>3</b>   |

FILTROS: Período: 01/03/2026 a 31/03/2026 | Equipe: 0001478303 - EMULTI - IPUA | Profissional: [702607285574142] - Thairyne Olivato | CBO: 223605 - FISIOTERAPEUTA GERAL | Filtros personalizados: Nenhum

### Tipo de atendimento

| Descrição                   | Quantidade |
|-----------------------------|------------|
| Atendimento programado      | 3          |
| Atendimento não programado  | 0          |
| Visita domiciliar pós-óbito | 0          |
| <b>Total:</b>               | <b>3</b>   |

### Condições avaliadas

| Descrição                                              | Quantidade |
|--------------------------------------------------------|------------|
| Acamado                                                | 0          |
| Acompanhamento nutricional                             | 0          |
| Acompanhamento pós-operatório                          | 0          |
| Acompanhamento pré-operatório                          | 0          |
| Adaptação ao uso de órtese / prótese                   | 0          |
| Cuidados paliativos não oncológicos                    | 2          |
| Cuidados paliativos oncológicos                        | 0          |
| Díalise peritoneal                                     | 0          |
| Domiciliado                                            | 3          |
| Medicação parenteral                                   | 0          |
| Oxigenoterapia domiciliar                              | 0          |
| Paracentese                                            | 0          |
| Reabilitação domiciliar                                | 0          |
| Suporte ventilatório não invasivo - BiPAP              | 0          |
| Suporte ventilatório não invasivo - CPAP               | 0          |
| Úlceras / Feridas (grau III ou IV)                     | 3          |
| Uso de aspirador de vias aéreas para higiene brônquica | 0          |
| Uso de cistostomia                                     | 0          |
| Uso de colostomia                                      | 0          |
| Uso de gastrostomia                                    | 0          |
| Uso de sonda nasoenteral - SNE                         | 0          |
| Uso de sonda nasogástrica - SNG                        | 0          |
| Uso de sonda vesical de demora - SVD                   | 0          |
| Uso de traqueostomia                                   | 0          |
| <b>Total:</b>                                          | <b>8</b>   |

### Condições avaliadas (CID10)

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

### Condições avaliadas (CIAP2)

| Descrição                              | Quantidade |
|----------------------------------------|------------|
| N28 - LIMITAÇÃO FUNCIONAL/INCAPACIDADE | 2          |
| <b>Total:</b>                          | <b>2</b>   |

### Conduta / Desfecho

| Descrição                        | Quantidade |
|----------------------------------|------------|
| Permanência                      | 3          |
| Alta administrativa              | 0          |
| Alta clínica                     | 0          |
| Óbito                            | 0          |
| Atenção Básica (AD1)             | 0          |
| Serviço de urgência e emergência | 0          |
| Serviço de internação hospitalar | 0          |
| <b>Total:</b>                    | <b>3</b>   |

### Procedimentos

| Descrição                                                                                        | Quantidade |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| Acompanhamento de paciente em reabilitação em comunicação alternativa                            | 0          |
| Antibioticoterapia parenteral                                                                    | 0          |
| Atendimento / Acompanhamento de paciente em reabilitação do desenvolvimento neuropsicomotor      | 0          |
| Atendimento / Acompanhamento em reabilitação nas múltiplas deficiências                          | 0          |
| Atendimento fisioterapêutico em paciente com transtorno respiratório sem complicações sistêmicas | 0          |
| Atendimento médico com finalidade de atestar óbito                                               | 0          |
| Cateterismo vesical de alívio                                                                    | 0          |
| Cateterismo vesical de demora                                                                    | 0          |
| Coleta de material para exame laboratorial                                                       | 0          |
| Cuidado de estomas                                                                               | 0          |
| Cuidados com traqueostomia                                                                       | 0          |
| Enema                                                                                            | 0          |

FILTROS: Período: 01/03/2026 a 31/03/2026 | Equipe: 0001478303 - EMULTI - IPUA | Profissional: [702607285574142] - Thairyne Olivato | CBO: 223605 - FISIOTERAPEUTA GERAL | Filtros personalizados: Nenhum

### Procedimentos

| Descrição                                                                 | Quantidade |
|---------------------------------------------------------------------------|------------|
| Oxigenoterapia                                                            | 0          |
| Retirada de pontos de cirurgias básicas (por paciente)                    | 0          |
| Sondagem gástrica                                                         | 0          |
| Terapia de reidratação oral                                               | 0          |
| Terapia de reidratação parenteral                                         | 0          |
| Terapia fonoaudiológica individual                                        | 0          |
| Tratamento de traumatismos de localização especificada / não especificada | 0          |
| Tratamento em reabilitação                                                | 3          |
| Total:                                                                    | 3          |

### Outros procedimentos (SIGTAP)

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

---

20/04/2026 - BANCO DO BRASIL - 16:41:22  
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 | 20/04/2026          |
| NR. DOCUMENTO         | 553.156.000.240.191 |
| VALOR TOTAL           | 4.200,00            |

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

CLIENTE: THAIRYNE FISIO  
AGENCIA: 3156-9 CONTA: 240.191-6  
NR. DOCUMENTO 553.156.001.012.026

=====

|                 |                       |
|-----------------|-----------------------|
| NR.AUTENTICACAO | 9.FD4.23B.057.DBE.65A |
|-----------------|-----------------------|

---

Transação efetuada com sucesso por: JJ549137 ADILSON DIAS CAMPOS.