

# Relação de Pagamento

Data : 07/05/2026

Hora : 10:55

Folha: 0005

Razao Social: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA

CNPJ/CEI : 45.708.765/0001-19 CPF:

Fone: (16) 3832-1222

## FOLHA DE PAGAMENTO

Referência: 04/2026 Pagamento: 07/05/2026

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

| *                                         | Código | Nome                         | CPF            | Banco               | Agência | Conta            | Valor           |
|-------------------------------------------|--------|------------------------------|----------------|---------------------|---------|------------------|-----------------|
| F                                         | 309    | STELA CANDIDO NUNES DA SILVA | 437.966.318-35 | 001-BANCO DO BRASIL | 03156-9 | C/000000015421-0 | 4.324,40        |
| Legenda: F=Funcionario / Trabalhadores: 1 |        |                              |                |                     |         |                  | Total: 4.324,40 |

102 2025-9

**Remessa**

Cliente IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA

Data 06/05/2026

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

|                     |                             |                 |             |              |          |
|---------------------|-----------------------------|-----------------|-------------|--------------|----------|
| Arquivo             | 042026 Estagiarios          |                 |             |              |          |
| Data de modificação | 06/05/2026-18:20:14         | Tamanho         | 2904 bytes  |              |          |
| Formato             | CNAB240                     | Início do envio | 18:20:14    | Fim do envio | 18:20:14 |
| Resultado           | Arquivo enviado com sucesso |                 |             |              |          |
| Arquivo             | 042026 AB-ESF               |                 |             |              |          |
| Data de modificação | 06/05/2026-18:20:14         | Tamanho         | 12100 bytes |              |          |
| Formato             | CNAB240                     | Início do envio | 18:20:14    | Fim do envio | 18:20:14 |
| Resultado           | Arquivo enviado com sucesso |                 |             |              |          |
| Arquivo             | 042026 Leitos Saude Mental  |                 |             |              |          |
| Data de modificação | 06/05/2026-18:20:15         | Tamanho         | 2420 bytes  |              |          |
| Formato             | CNAB240                     | Início do envio | 18:20:14    | Fim do envio | 18:20:14 |
| Resultado           | Arquivo enviado com sucesso |                 |             |              |          |
| Arquivo             | 042026 CAPS                 |                 |             |              |          |
| Data de modificação | 06/05/2026-18:20:15         | Tamanho         | 1452 bytes  |              |          |
| Formato             | CNAB240                     | Início do envio | 18:20:14    | Fim do envio | 18:20:14 |
| Resultado           | Arquivo enviado com sucesso |                 |             |              |          |
| Arquivo             | 042026 ESPA - Plantao       |                 |             |              |          |
| Data de modificação | 06/05/2026-18:20:15         | Tamanho         | 2904 bytes  |              |          |
| Formato             | CNAB240                     | Início do envio | 18:20:14    | Fim do envio | 18:20:14 |
| Resultado           | Arquivo enviado com sucesso |                 |             |              |          |
| Arquivo             | 042026 SUS                  |                 |             |              |          |
| Data de modificação | 06/05/2026-18:20:16         | Tamanho         | 19360 bytes |              |          |
| Formato             | CNAB240                     | Início do envio | 18:20:14    | Fim do envio | 18:20:14 |
| Resultado           | Arquivo enviado com sucesso |                 |             |              |          |
| Arquivo             | 042026 UCP                  |                 |             |              |          |
| Data de modificação | 06/05/2026-18:20:16         | Tamanho         | 20328 bytes |              |          |
| Formato             | CNAB240                     | Início do envio | 18:20:16    | Fim do envio | 18:20:16 |
| Resultado           | Arquivo enviado com sucesso |                 |             |              |          |
| Arquivo             | 042026 Santa Casa           |                 |             |              |          |
| Data de modificação | 06/05/2026-18:20:17         | Tamanho         | 3872 bytes  |              |          |
| Formato             | CNAB240                     | Início do envio | 18:20:16    | Fim do envio | 18:20:16 |
| Resultado           | Arquivo enviado com sucesso |                 |             |              |          |

**Dados da transmissão**

|                 |          |              |          |               |            |
|-----------------|----------|--------------|----------|---------------|------------|
| Início do envio | 18:20:16 | Fim do envio | 18:20:16 | Total Enviado | 3872 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

G3340618280787961  
06/05/2026 18:58:08

### Dados consultados

Agência 3156-9  
Conta 1022025-9 IRMANDADE DA SANTA CASA DE MIS  
Descrição lote PAG SALARIO C/CTA  
Situação lote LIBERADO  
Data para débito 06/05/2026  
Data para pagamento 07/05/2026

### Favorecidos

| Nome                      | Situação lançamento | Banco | Agência | Conta  | Valor R\$ |
|---------------------------|---------------------|-------|---------|--------|-----------|
| STELA CANDIDO NUNES DA SI | LIBERADO            | 001   | 3156    | 15.421 | 4.324,40  |

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



PM DE SAO JOAQUIM DA BARRA

PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAQUIM DA BARRA

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

Número da NFS-e

10727

Código de Verificação de Autenticidade

7MN32YD4J

Data e Hora de Emissão da NFS-e

08/05/2026 às 08:25:00

Chave de Acesso

2672772MF5Q684K8VLF8THBNHUS929RI

Para certificação da autenticidade acesse

http://intranet.saojoaquimdabarra.sp.gov.br

:5661/issweb, menu consultas e informe os

dados desta NFS-e.

Informações Fiscais

Exigibilidade do ISS

Número do Processo

Município de Incidência do ISS

Local da Prestação

Exigível

SAO JOAQUIM DA BARRA-SP

SAO JOAQUIM DA BARRA-SP

Número do RPS

Série do RPS

Tipo do RPS

Data do RPS

Competência

08/05/2026

Optante Simples Nacional

Incentivo Fiscal

Regime Especial Tributação

Tipo ISS

1 - Sim

2 - Não

Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP)

03 - Sobre Faturamento

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ

RG/Inscrição Estadual

Inscrição Municipal

Cadastro

Nome/Razão Social

01.013.181/0001-53

08012

08012

ECAMEST - EMPRESA DE CONSULTORIA E ASSESSORIA EM

Logradouro

Complemento

Bairro

RUA RUA SAO BENEDITO, 00450

VILA BELA VISTA

CEP

Cidade

Telefone

E-mail

14600-000

SÃO JOAQUIM DA BARRA - SP

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ/Documento

RG/Inscrição Estadual

Inscrição Municipal

Nome/Razão Social

45.708.765/0001-19

IRMANDADE SANTA CASA MISERICÓRDIA DE IPUÃ

Logradouro

Complemento

Bairro

RUA FERDINANDO FRATIN, 335

CENTRO

CEP/Cod.Postal

Cidade/País

Cod. IBGE

Telefone

E-mail

14610-000

IPUA - SP

3521309

16 38321222

santacasaipua@com4.com.br

Discriminação dos Serviços

| Qtde. | Un. Medida | Descrição                                                                                                                                                                             | Vlr. Unitário | Total     |
|-------|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-----------|
| 1.0   | UN         | ASSESSORIA E CONSULTORIA EM MEDICINA E SEGURANCA DO TRABALHO : TERMO DE COLABORAÇÃO 02/2025 - SERVIÇOS COMPLEMENTARES ATENÇÃO PSICOSSOCIAL REFERENTE AO DIA 01 A 30 DE ABRIL DE 2026. | 28.46         | R\$ 28,46 |

Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS

LC 116/2003: 170101

Assessoria ou consultoria de qualquer natureza, não contida em outros itens desta lista.

Alíquota

Atividade Município

Código CNAE

Código da Obra

Código ART

3,4287%

0000170100001

Valor Total dos Serviços

Desconto Incondicionado

Deduções Base Cálculo

Base de Cálculo

Total do ISS

ISS Retido

Desconto Condicionado

R\$ 28,46

R\$ 0,00

R\$ 0,00

R\$ 28,46

R\$ 0,98

2 - Não

R\$ 0,00

Retenções de Impostos

PIS

COFINS

INSS

IRRF

CSLL

Outras Retenções

R\$ 0,00

R\$ 0,00

R\$ 0,00

R\$ 0,00

R\$ 0,00

R\$ 0,00

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

IBS (0,10%)

CBS (0,90%)

R\$ 0,03

R\$ 0,26

Valor Líquido da NFS-e: R\$ 28,46

Val. Aprox. Tributos:

Informações Complementares

empresa optante pelo simples nacional

RECEBI(EMOS) DE ECAMEST - EMPRESA DE CONSULTORIA E ASSESSORIA EM MEDICINAE SEGURANCA LTDA O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO 10727 E CÓDIGO DE

Data

CPF/RG

Assinatura

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUÃ - DESCREVER NA NOTA:  
ASSESSORIA E CONSULTORIA EM MEDICINA E SEGURANCA DO TRABALHO : TERMO DE  
COLABORAÇÃO 02/2025 - SERVIÇOS COMPLEMENTARES ATENÇÃO PSICOSSOCIAL  
REFERENTE AO DIA 01 A 30 DE ABRIL DE 2026.

| NOME DO COLABORADOR          | VALOR POR VIDA: |
|------------------------------|-----------------|
| STELA CANDIDO NUNES DA SILVA | R\$ 28,46       |
| VALOR DA NOTA:               | R\$ 28,46       |

Quatidade de vidas: R\$ 1,00

## RECIBO DO PAGADOR

|                                                                                                                                                           |                   |                    |             |                                                        |                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------|-------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| Banco Itaú S.A.                                                                                                                                           |                   | 341-7              |             | 34191.57007 04080.430426 62311.890008 8 14430000002846 |                                             |
| Local de pagamento: Pague pelo aplicativo, internet ou em agências e correspondentes.                                                                     |                   |                    |             |                                                        | Vencimento<br><b>11/05/2026</b>             |
| Beneficiário<br><b>ECAMEST E C A E MEDICINA</b><br>RUA SAO BENEDITO, 450, , 14600000 - CENTRO - SAO JOAQUIM DA BARRA - SP<br>CNPJ/CPF: 01.013.181/0001-53 |                   |                    |             |                                                        | Agência/Código Beneficiário<br>0426/23118-9 |
| Data do documento<br>08/05/2026                                                                                                                           | Núm. do documento | Espécie Doc.<br>DV | Accite<br>N | Data Processamento<br>08/05/2026                       | Nosso Número<br>157 / 00040804 - 3          |
| Uso do Banco                                                                                                                                              | Carteira<br>157   | Espécie<br>R\$     | Quantidade  | Valor                                                  | (=) Valor do Documento<br><b>28,46</b>      |
| Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o BENEFICIÁRIO.<br>NF 10727                                     |                   |                    |             |                                                        | (-) Descontos/Abatimento                    |
|                                                                                                                                                           |                   |                    |             |                                                        | (+) Juros/Multa                             |
|                                                                                                                                                           |                   |                    |             |                                                        | (=) Valor Cobrado                           |
| Pagador: IRM.STA CASA DE IPUA<br>Beneficiário final:                                                                                                      |                   |                    |             |                                                        | CNPJ/CPF: 45.708.765/0001-19<br>CNPJ/CPF:   |

Autenticação mecânica

|                                                                                                                                                           |                   |                    |             |                                                        |                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------|-------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| Banco Itaú S.A.                                                                                                                                           |                   | 341-7              |             | 34191.57007 04080.430426 62311.890008 8 14430000002846 |                                             |
| Local de pagamento: Pague pelo aplicativo, internet ou em agências e correspondentes.                                                                     |                   |                    |             |                                                        | Vencimento<br><b>11/05/2026</b>             |
| Beneficiário<br><b>ECAMEST E C A E MEDICINA</b><br>RUA SAO BENEDITO, 450, , 14600000 - CENTRO - SAO JOAQUIM DA BARRA - SP<br>CNPJ/CPF: 01.013.181/0001-53 |                   |                    |             |                                                        | Agência/Código Beneficiário<br>0426/23118-9 |
| Data do documento<br>08/05/2026                                                                                                                           | Núm. do documento | Espécie Doc.<br>DV | Accite<br>N | Data Processamento<br>08/05/2026                       | Nosso Número<br>157 / 00040804 - 3          |
| Uso do Banco                                                                                                                                              | Carteira<br>157   | Espécie<br>R\$     | Quantidade  | Valor                                                  | (=) Valor do Documento<br><b>28,46</b>      |
| Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o BENEFICIÁRIO.<br>NF 10727                                     |                   |                    |             |                                                        | (-) Descontos/Abatimento                    |
|                                                                                                                                                           |                   |                    |             |                                                        | (+) Juros/Multa                             |
|                                                                                                                                                           |                   |                    |             |                                                        | (=) Valor Cobrado                           |
| Pagador: IRM.STA CASA DE IPUA<br>Beneficiário final:                                                                                                      |                   |                    |             |                                                        | CNPJ/CPF: 45.708.765/0001-19<br>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.itaubr.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: 102.20259



Consultas - Emissão de comprovantes

G3361116532157511  
11/05/2026 17:09:27

11/05/2026 - BANCO DO BRASIL - 17:09:28  
315603156 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: IRMANDADE S C M IPUA  
AGENCIA: 3156-9 CONTA: 1.022.025-9  
=====

ITAU UNIBANCO S.A.

-----  
34191570070408043042662311890008814430000002846  
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 51.101  
DATA DE VENCIMENTO 11/05/2026  
DATA DO PAGAMENTO 11/05/2026  
VALOR DO DOCUMENTO 28,46  
VALOR COBRADO 28,46  
=====

NR.AUTENTICACAO C.9DE.C1A.061.A87.9CE  
=====

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: JJ549137 ADILSON DIAS CAMPOS.



PM DE IPUÃ - SP

PREF. MUNIC. DE IPUÃ - SP

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

Número da NFS-e  
60Código de Verificação de Autenticidade  
L8B7J3U32

Data e Hora de Emissão da NFS-e

14/05/2026 às 11:13:57

Chave de Acesso

88916Q3UVTSCVBEB8FQL5AWA9RE6ZOD7

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>14/05/2026       |
| 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>45.039.842/0001-95               | RG/Inscrição Estadual<br>22.993.832-2 | Inscrição Municipal<br>1.149.3971 | Cadastro<br>000015674 | Nome/Razão Social<br>RENATA CRISTINA ALVES PERSONAL TRAINER - ME |
| Logradouro<br>PEDRO CARLOS DE ALVARENGA, 905 | Complemento<br>CASA                   | Bairro<br>OLHOS D AGUA            | CEP<br>14610-072      | 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 130 HORAS PRESTADAS COMO EDUCADORA FISICA NO VALOR UNITÁRIO DE R\$ 28,00, NO MÊS DE ABRIL DE 2026.<br>TERMO DE COLABORAÇÃO: 02/2025 - C.A.P.S. - ATENCAO PSICOSSOCIAL<br>VALOR BRUTO: R\$ 3.640,00<br>VALOR LIQUIDO: R\$ 3.640,00<br>Conta Bancária Banco do Brasil: Agência:3156-9<br>Conta Corrente:20325-4 | 3.640,00      | R\$ 3.640,00 |

## Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS

|                                                                                  |                                     |                                      |                                 |                           |                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|---------------------------|-----------------------------------|
| LC 116/2003: 060401                                                              | Alíquota<br>2,01%                   | Atividade Município<br>0000060400001 | Código CNAE                     | Código da Obra            | Código ART                        |
| Ginástica, dança, esportes, natação, artes marciais e demais atividades físicas. |                                     |                                      |                                 |                           |                                   |
| Valor Total dos Serviços<br>R\$ 3.640,00                                         | Desconto Incondicionado<br>R\$ 0,00 | Deduções Base Cálculo<br>R\$ 0,00    | Base de Cálculo<br>R\$ 3.640,00 | Total do ISS<br>R\$ 73,16 | 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\$ 3.640,00

Val. Aprox. Tributos:

## Informações Complementares

RECEBI(EMOS) DE RENATA CRISTINA ALVES PERSONAL TRAINER - ME O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO 60 E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO L8B7J3U32.

Data

CPF/RG

Assinatura

1002025-9



**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: 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: 200041 - Fornecimento de serviço de educação |

**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\$ 3.566,84 | Estadual: 0.0        | Estadual: 0.0                   | Estadual: 0.1                | Estadual: R\$ 0,00     | Estadual: R\$ 3,57  |
| Valor dos Serviços Antes dos Tributos: | R\$ 0,00     | Municipal: 0.1       | Municipal: 0.0                  | Municipal: 0.1               | Municipal: R\$ 0,00    | Municipal: R\$ 3,57 |
|                                        |              |                      |                                 |                              |                        | Total: R\$ 7,13     |
| Valor da Multa:                        | R\$ 0,00     | Alíquota da CBS (%): | Redução de Alíquota da CBS (%): | Alíquota Efetiva da CBS (%): | Valor Diferido da CBS: | Valor da CBS:       |
| Valor do Juros:                        | R\$ 0,00     | 0.9                  | 0.0                             | 0.9                          | R\$ 0,00               | R\$ 32,10           |

VALOR TOTAL COBRADO = R\$ 0,00

INFORMAÇÕES ADICIONAIS



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



Ipuã, 04 de Maio de 2026.

## COMUNICADO

Venho por meio deste, comunicar à Irmandade Santa Casa de Ipuã, que a empresa **RENATA CRISTINA ALVES PERSONAL TREINER ME, CNPJ: 45.039.842/0001-95**, prestou serviço em Atendimento Especializado em Práticas Corporais no CAPS I "Branca Macário Ferreira", no mês de abril de 2026 conforme relatório em anexo.

Totalizando 130:00 horas atendimentos.

**TERMO DE COLABORAÇÃO 02/2025 – ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

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

De acordo com o comunicado acima, eu Alexandre Henrique Cruz, gestor do **TERMO DE COLABORAÇÃO 02/2025 – ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**, declaro ciência do relatório anexo.

**ALEXANDRE HENRIQUE CRUZ**  
**GESTOR DO PLANO DE TRABALHO DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA**

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

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

---

14/05/2026 - BANCO DO BRASIL - 16:52:04  
315603156 SEGUNDA VIA 0002  
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: IRMANDADE S C M IPUA  
AGENCIA: 3156-9 CONTA: 1.022.025-9

=====

|                       |                     |
|-----------------------|---------------------|
| DATA DA TRANSFERENCIA | 14/05/2026          |
| NR. DOCUMENTO         | 553.156.000.020.325 |
| VALOR TOTAL           | 3.640,00            |

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

CLIENTE: RENATA C A P TRAINER  
AGENCIA: 3156-9 CONTA: 20.325-4  
NR. DOCUMENTO 553.156.001.022.025

=====

|                 |                       |
|-----------------|-----------------------|
| NR.AUTENTICACAO | 9.578.D1F.E9C.42C.245 |
|-----------------|-----------------------|

---

Transação efetuada com sucesso por: JJ549137 ADILSON DIAS CAMPOS.

**Chave de Acesso da NFS-e**

3516200121416767900011200000000090926050298096094

**Número da NFS-e**

909

**Competência da NFS-e**

01/05/2026

**Data da emissão da NFS-e**

14/05/2026

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

**Número da DPS**

909

**Série da DPS**

49999

**Data da emissão da DPS**

14/05/2026

**EMITENTE DA NFS-e**

Prestador do Serviço

**CNPJ / CPF / NIF**

14.167.679/0001-12

**Inscrição Municipal**

59018

**Telefone**

1637218463

**Nome / Nome Empresarial**

C.F.P. - CLINICA FRANCA DE PSIQUIATRIA LTDA

**E-mail**

magnofelicio@hotmail.com

**Endereço**

14400-520 - RUA GENERAL OSORIO, 2248

**Município**

FRANCA - SP

**CEP**

14400-520

**Simples Nacional na Data de Competência**

Não optante

**Regime de Apuração Tributária pelo SN**

-

**TOMADOR DO SERVIÇO**

**CNPJ / CPF / NIF**

45.708.765/0001-19

**Inscrição Municipal**

-

**Telefone**

-

**Nome / Nome Empresarial**

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA

**E-mail**

faturamento@santacasaipua.com.br

**Endereço**

R FERDINANDO FRATIN, 335, 335, CENTRO

**Município**

IPUA - SP

**CEP**

14610000

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

**SERVIÇO PRESTADO**

**Código de Tributação Nacional**

04.01.01 Medicina....

**Código de Tributação Municipal**

-

**Local da Prestação**

Ipuã - SP

**País da Prestação**

BRASIL

**Descrição do Serviço**

referente a 120 consultas medica de psiquiatria no valor unitario de 120,00 reais,no periodo de abril de 2026.termo de colaboração :02/2025- CAPS atenção psicossocial

**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\$ 14.400,00

**Desconto Incondicionado**

-

**Total Deduções/Reduções**

-

**Cálculo do BM**

-

**BC ISSQN**

R\$ 14.400,00

**Alíquota Aplicada**

2,00%

**Retenção do ISSQN**

Não retido

**ISSQN Apurado**

R\$ 288,00

**TRIBUTAÇÃO FEDERAL**

**IRRF**

R\$ 216,00

**Contribuição Previdenciária - Retida**

-

**Contribuições Sociais - Retidas**

R\$ 669,60

**Descrição Contrib. Sociais - Retidas**

PIS/COFINS/CSLL Retidos

**PIS - Débito Apuração Própria**

R\$ 93,60

**COFINS - Débito Apuração Própria**

R\$ 432,00

**VALOR TOTAL DA NFS-E**

**Valor do Serviço**

R\$ 14.400,00

**Desconto Condicionado**

-

**Desconto Incondicionado**

-

**ISSQN Retido**

-

**Total das Retenções Federais**

R\$ 885,60

**PIS/COFINS - Débito Apuração Própria**

-

**Valor Líquido da NFS-e**

R\$ 13.514,40

**TOTAIS APROXIMADOS DOS TRIBUTOS**

**Federais**

R\$ 885,60

**Estaduais**

-

**Municipais**

R\$ 288,00

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

NBS: 1.2301.22.00 |

102 2025-9



**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE IPUÃ**  
**CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL 1 "Branca Macário**  
**Ferreira"**

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

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



Ipuã, 04 de Maio de 2026.

## COMUNICADO

Venho por meio deste, comunicar à Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Ipuã, que a empresa **C.F.P. CLINICA FRANCA DE PSIQUIATRIA LTDA**, CNPJ: 14.167.679/0001-12 prestou serviços em Atendimentos Médicos no mês de abril de 2026 no CAPS I "Branca Macário Ferreira", conforme relatório em anexo.

Totalizando 120 atendimentos.

### TERMO DE COLABORAÇÃO 02/2025 – ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

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

De acordo com o comunicado acima, eu Alexandre Henrique Cruz, gestor do **TERMO DE COLABORAÇÃO 02/2025 – ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**, declaro ciência do relatório anexo.

**ALEXANDRE HENRIQUE CRUZ**  
**GESTOR DO PLANO DE TRABALHO DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA**

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

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



## Consultas - Emissão de comprovantes

G3361416448367211  
14/05/2026 16:54:40

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
14/05/2026 - AUTOATENDIMENTO - 16.54.40  
3156903156 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL  
CLIENTE: IRMANDADE S C M IPUA

AGENCIA: 3156-9 CONTA: 1.022.025-9

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : IRMANDADE S C M IPUA

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

AGENCIA: 0009-4 - FRANCA

CONTA: 13.005.806-6

FAVORECIDO: C.F.P. - CLINICA FRANCA DE PSIQUI

CPF/CNPJ: 14.167.679/0001-12

VALOR: R\$ 13.514,40

DEBITO EM: 14/05/2026

DOCUMENTO: 051401

AUTENTICACAO SISBB: 4.DB3.62E.D7A.1D0.F0B



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



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

**Número da NFS-e**  
**102**  
**Código de Verificação de Autenticidade**  
**WY4FIMJVS**  
**Data e Hora de Emissão da NFS-e**  
**14/05/2026 às 02:34:52**  
**Chave de Acesso**  
**88894RXDGZY8RX3ET980SS1K5M3C556I**

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>14/05/2026       |
| 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>36.056.127/0001-70           | RG/Inscrição Estadual<br>416520911 | Inscrição Municipal<br>3769 | Cadastro<br>000011951 | Nome/Razão Social<br>VANESSA APARECIDA LOURENCO |
| Logradouro<br>JOAO CARLOS DA ROCHA, 1647 | Complemento                        | Bairro<br>BOM RETIRO        | CEP<br>14611-168      | Cidade<br>IPUÃ-SP                               |
| Telefone<br>(16) 9997-5033               | 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                                                                                                                                                                                                             | Vlr. Unitário | Total        |
|-------|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------|
| 1,00  | UN         | REFERENTE A 156 HORAS DE T.O. NO VALOR UNITÁRIO DE R\$ 28,00. NO MÊS DE ABRIL DE 2026.<br>TERMO DE COLABORAÇÃO: 02/2025 - C.A.P.S. - ATENCAO PSICOSSOCIAL<br>VALOR BRUTO: R\$ 4.368,00<br>VALOR LIQUIDO: R\$ 4.368,00 | 4.368,00      | R\$ 4.368,00 |

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

| LC 116/2003: 040801                      | Alíquota                            | Atividade Município               | Código CNAE                     | Código da Obra            | Código ART                        |
|------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|---------------------------|-----------------------------------|
| Terapia ocupacional.                     | 2,01%                               | 0000040800001                     |                                 |                           |                                   |
| Valor Total dos Serviços<br>R\$ 4.368,00 | Desconto Incondicionado<br>R\$ 0,00 | Deduções Base Cálculo<br>R\$ 0,00 | Base de Cálculo<br>R\$ 4.368,00 | Total do ISS<br>R\$ 87,80 | 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\$ 4.368,00

Val. Aprox. Tributos:

**Informações Complementares**

DADOS BANCARIOS: Banco 756 SICOOB Agência 3206.9 C/C: 3.212.055-9. DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL. NÃO GERA DIREITO A CRÉDITO FISCAL DE IPI.

RECEBI(EMOS) DE **VANESSA APARECIDA LOURENCO** O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO **102** E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO **WY4FIMJVS**.

Data

CPF/RG

Assinatura

1022025

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

Identificador:

CPF/CNPJ/NIF do fornecedor

Número da Nota

Código de Verificação

102

DESTINATÁRIO

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

ADQUIRENTE

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

SERVIÇO PRESTADO

|                                              |                                                                       |
|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| Local de Incidência: IPUA SP                 | Código Indicador da Operação: 030104                                  |
| Tipo de Operação:                            | Operação de Uso:                                                      |
| Situação Tributária: 200 - Alíquota reduzida | Classificação Tributária: 200029 - 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\$ 4.280,20      | Estadual: 0.0        | Estadual: 0.0                   | Estadual: 0.1                | Estadual: R\$ 0,00     | Estadual: R\$ 4,28  |
| Valor dos Serviços Antes dos Tributos: R\$ 0,00 | Municipal: 0.1       | Municipal: 0.0                  | Municipal: 0.1               | Municipal: R\$ 0,00    | Municipal: R\$ 4,28 |
|                                                 |                      |                                 |                              |                        | Total: R\$ 8,56     |
| Valor da Multa: R\$ 0,00                        | Alíquota da CBS (%): | Redução de Alíquota da CBS (%): | Alíquota Efetiva da CBS (%): | Valor Diferido da CBS: | Valor da CBS:       |
| Valor do Juros: R\$ 0,00                        | 0.9                  | 0.0                             | 0.9                          | R\$ 0,00               | R\$ 36,52           |
| VALOR TOTAL COBRADO = R\$ 0,00                  |                      |                                 |                              |                        |                     |

INFORMAÇÕES ADICIONAIS





**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE IPUÃ**  
**CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL 1 "Branca Macário**  
**Ferreira"**

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

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



Ipuã, 04 de Maio 2026.

**COMUNICADO**

Venho por meio deste, comunicar à Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Ipuã, que a empresa **VANESSA APARECIDA LOURENCO**, CNPJ: 36.056.127/0001-70, prestou serviço de Atendimento Especializado em Terapia Ocupacional no CAPS I "Branca Macário Ferreira" no mês de abril de 2026 conforme relatório em anexo.

Totalizando 156:00 horas atendimentos.

**TERMO DE COLABORAÇÃO 02/2025 – ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

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

De acordo com o comunicado acima, eu Alexandre Henrique Cruz, gestor do **TERMO DE COLABORAÇÃO 02/2025 – ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**, declaro ciência do relatório anexo.

**ALEXANDRE HENRIQUE CRUZ**  
**GESTOR DO PLANO DE TRABALHO DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA**

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

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

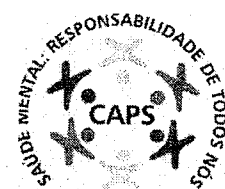


# SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

## CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

“Branca Macário Ferreira”

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



### CRONOGRAMA DE HORAS VANESSA AP. LOURENÇO - ABRIL – 2026

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

156 Horas

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
 14/05/2026 - AUTOATENDIMENTO - 16.54.40  
 3156903156 SEGUNDA VIA 0001  
 COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
 COMPROVANTE DE  
 TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL  
 CLIENTE: IRMANDADE S C M IPUA  
 AGENCIA: 3156-9 CONTA: 1.022.025-9  
 =====  
 FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA  
 REMETENTE : IRMANDADE S C M IPUA  
 BANCO: 756 - BANCO SICOOB S.A.  
 AGENCIA: 3206-9 - CC COOCRELIVRE  
 CONTA: 3.212.055-9  
 FAVORECIDO: VANESSA APARECIDA LOURENCO  
 CPF/CNPJ: 36.056.127/0001-70  
 VALOR: R\$ 4.368,00  
 DEBITO EM: 14/05/2026  
 =====  
 DOCUMENTO: 051402  
 AUTENTICACAO SISBB: F.447.720.DA1.6DD.6B5

**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO****SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA****NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e**

RPS Nº 14 Série 150, emitido em 13/05/2026

20260513u64625904000195

Número da Nota

**00000010**

Data e Hora de Emissão

**13/05/2026 17:54:14**

Código de Verificação

**N6CI-2SWT**

Identificador Nacional: 35503081264625904000195000000000001026052770002615

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**CPF/CNPJ: **64.625.904/0001-95**Inscrição Municipal: **0.179.464-7**Nome/Razão Social: **LARA DE CASTRO SANTANA SERVICOS MEDICOS LTDA**Endereço: **AV PAULISTA 171, ANDAR 4 - BELA VISTA - CEP: 01311-904**Município: **São Paulo**UF: **SP****TOMADOR DE SERVIÇOS**Nome/Razão Social: **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA**CPF/CNPJ: **45.708.765/0001-19**Inscrição Municipal: **----**Endereço: **R FERDINANDO FRATIN 335 - CENTRO - CEP: 14610-029**Município: **Ipuã**UF: **SP**E-mail: **faturamento@santacasaipua.com.br****INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS**CPF/CNPJ: **----**Nome/Razão Social: **----****DISCRIMINAÇÃO DE SERVIÇOS**

REFERENTE A SERVICOS MEDICOS PRESTADOS NO MÊS DE ABRIL DE 2026.

TERMO DE COLABORAÇÃO: 02/2025 - C.A.P.S. - ATENCAO PSICOSSOCIAL

VALOR BRUTO: R\$ 17.000,00

VALOR LIQUIDO: R\$ 17.000,00

**DADOS BANCÁRIOS:**Banco: **INTER - 077**Agência: **0001**Conta: **51176974-1****VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 17.000,00**

|                                                      |      |                       |      |                          |      |                    |      |                                       |      |           |   |
|------------------------------------------------------|------|-----------------------|------|--------------------------|------|--------------------|------|---------------------------------------|------|-----------|---|
| INSS (R\$)                                           | 0,00 | IRRF (R\$)            | 0,00 | CSLL (R\$)               | 0,00 | COFINS (R\$)       | 0,00 | PIS/PASEP (R\$)                       | 0,00 | IPI (R\$) | - |
| Código do Serviço<br>04030 - Medicina e biomedicina. |      |                       |      |                          |      |                    |      |                                       |      |           |   |
| Valor Total das Deduções (R\$)                       |      | Base de Cálculo (R\$) |      | Alíquota (%)             |      | Valor do ISS (R\$) |      | Crédito Programa da NFP (R\$)         |      |           |   |
| 0,00                                                 |      | *                     |      | *                        |      | *                  |      | 0,00                                  |      |           |   |
| Município de Prestação do Serviço                    |      |                       |      | Número Inscrição da Obra |      |                    |      | Valor Aproximado dos Tributos / Fonte |      |           |   |
| -                                                    |      |                       |      | -                        |      |                    |      | -                                     |      |           |   |

**OUTRAS INFORMAÇÕES**

(1) Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 14.097/2005; (2) Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional; (3) Esta NFS-e substitui o RPS Nº 14 Série 150, emitido em 13/05/2026;

102 2025



**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE IPUÃ**  
**CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL 1 "Branca Macário**  
**Ferreira"**

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

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



Ipuã, 04 de Maio de 2026.

**COMUNICADO**

Venho por meio deste, comunicar à Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Ipuã, que a empresa **LARA DE CASTRO SANTANA SERVIÇOS MÉDICOS LTDA**, CNPJ: 64.625.904/0001-95 prestou serviços em Atendimentos médicos realizados no período de 01/04/2026 a 30/04/2026 no CAPS I "Branca Macário Ferreira", conforme relatório em anexo.

**TERMO DE COLABORAÇÃO 02/2025 – ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

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

De acordo com o comunicado acima, eu Alexandre Henrique Cruz, gestor do **TERMO DE COLABORAÇÃO 02/2025 – ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**, declaro ciência do relatório anexo.

**ALEXANDRE HENRIQUE CRUZ**  
**GESTOR DO PLANO DE TRABALHO DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA**

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

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
14/05/2026 - AUTOATENDIMENTO - 16.54.40  
3156903156 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: IRMANDADE S C M IPUA

AGENCIA: 3156-9 CONTA: 1.022.025-9

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : IRMANDADE S C M IPUA

BANCO: 077 - BANCO INTER

AGENCIA: 0001-9 - MATRIZ

CONTA: 51.176.974-1

FAVORECIDO: LARA DE CASTRO SANTANA SERVICOS MED

CPF/CNPJ: 64.625.904/0001-95

VALOR: R\$ 17.000,00

DEBITO EM: 14/05/2026

=====

DOCUMENTO: 051403

AUTENTICACAO SISBB: B.F9C.061.E48.F58.689

CPF/CNPJ do Empregador  
45.708.765

Nome/Razão Social do Empregador  
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA

Pagar este documento até  
**20/05/2026**  
às 21:59:59 (Brasília)

Núm. de Pág.  
1

Identificador  
0126051338044349-0

Tag  
CAPS - CENTRO ATENCAO PSICOSSOCIAL

Valor a recolher  
**372,64**

## Composição do Documento

### Informações de recolhimentos do FGTS

| Competência        | Quantidade<br>Trabalhadores | FGTS Mensal   | FGTS Rescisório | Indenização<br>Compensatória | Encargos FGTS | Total         |
|--------------------|-----------------------------|---------------|-----------------|------------------------------|---------------|---------------|
| 04/2026            | 1                           | 372,64        | 0,00            | 0,00                         | 0,00          | 372,64        |
| <b>Total FGTS:</b> |                             | <b>372,64</b> | <b>0,00</b>     | <b>0,00</b>                  | <b>0,00</b>   | <b>372,64</b> |

### Informações de recolhimentos do Consignado

Não há informações de recolhimentos do Consignado

Total da Guia: **372,64**

### Observações

Data de geração da Guia: 13/05/2026 às 15:43:55 - 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/c848625e841640e9b63d4e2e605422625204000053039865020R5923CAIXA ECONOMICA FEDERAL6008Brasilia62070503\*\*\*630432P3

Payload Location:

pix-grcode.caixa.gov.br/api/v2/cobv/c848625e841640e9b63d4e2e60542262



SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
18/05/2026 - AUTOATENDIMENTO - 16.28.58  
3156903156 0001

Comprovante Pix

CLIENTE: IRMANDADE S C M IPUA

AGENCIA: 3156-9 CONTA: 1.022.025-9

=====

PAGAMENTO VIA QR CODE

=====

ID: E0000000020260518190247114316492  
CNPJ DO PAGADOR: 45.708.765/0001-19  
VALOR: R\$372,64  
TARIFA: R\$0,00  
DATA: 18/05/2026 - 16:26:39  
COD PRODUTO: da4e9928c8ae482ab6ec74aceea87b88  
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: 18/05/2026 - 16:26:41

=====

DOCUMENTO: 051801  
AUTENTICACAO SISBB: E.4E9.9E5.CFE.31F.35B

=====

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.





## Consultas - Emissão de comprovantes

G3381816338  
18/05/2026 1

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
18/05/2026 - AUTOATENDIMENTO - 17.00.18  
3156903156 0001

## Comprovante Pix

CLIENTE: IRMANDADE S C M IPUA

AGENCIA: 3156-9 CONTA: 1.022.025-9

## PAGAMENTO VIA QR CODE

ID: E0000000020260518190247114316492  
CNPJ DO PAGADOR: 45.708.765/0001-19  
VALOR: R\$372,64  
TARIFA: R\$0,00  
DATA: 18/05/2026 - 16:26:39  
COD PRODUTO: da4e9928c8ae482ab6ec74aceea87b88  
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 BB DPJ.

Notificacao enviada em: 18/05/2026 - 16:26:41

DOCUMENTO: 051801

AUTENTICACAO SISBB: E.4E9.9E5.CFE.31F.35B

Central de Atendimento BB

4004 0001

Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB

0800 729 0722

Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produtos e servicos.

Ouvidoria

0800 729 5678

Reclamacoes nao solucionadas nos canais  
habituais agencia, SAC e Demais canais de  
atendimento.

Atendimento a deficientes auditivos ou fala

0800 729 0088

Informacoes, reclamacoes, cancelamento de cartao  
e outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Transação efetuada com sucesso por: JJ549137 ADILSON DIAS CAMPOS.



Receita Federal

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  
Abril/2026

Data de Vencimento  
20/05/2026

Número do Documento  
07.16.26134.1175038-1

Pagar este documento até

20/05/2026

Observações  
Nº Recibo Declaração: 50000480254294

Valor Total do Documento

500,20

Composição do Documento de Arrecadação

| Código | Denominação                                   | Principal | Multa | Juros | Total  |
|--------|-----------------------------------------------|-----------|-------|-------|--------|
| 1082   | CONTR PREV DESCONTA SEGURADO-EMPREGADO/AVULSO | 453,62    |       |       | 453,62 |
|        | 01 CP SEGURADOS - EMPREGADOS/AVULSO           |           |       |       |        |
|        | PA:04/2026 Vencimento:20/05/2026              |           |       |       |        |
| 8301   | PIS - FOLHA DE PAGAMENTO                      | 46,58     |       |       | 46,58  |
|        | 02 PIS - FOLHA DE SALARIOS                    |           |       |       |        |
|        | PA:04/2026 Vencimento:25/05/2026              |           |       |       |        |
| Totais |                                               | 500,20    |       |       | 500,20 |

SENA (Versão:5.2.9)

Página: 1/1

14/05/2026 14:47:22

85820000005 8 00200385261 6 40071626134 6 11750381940 0

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Documento de Arrecadação de Receitas Federais

85820000005 8 00200385261 6 40071626134 6 11750381940 0

CNPJ: 45.708.765/0001-19  
Número: 07.16.26134.1175038-1  
Pagar até: 20/05/2026  
Valor: 500,20

Pague com o PIX



1022025-9

**Consultas - Emissão de comprovantes**G3381816338  
18/05/2026 1

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
18/05/2026 - AUTOATENDIMENTO - 17.29.17  
3156903156 SEGUNDA VIA 0001

**COMPROVANTE DE PAGAMENTO**

CLIENTE: IRMANDADE S C M IPUA

AGENCIA: 3156-9 CONTA: 1.022.025-9

=====

Convenio RFB-DARF CODIGO DE BARRAS

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

Codigo de Barras 85820000005-8 00200385261-6

40071626134-6 11750381940-0

Data do pagamento 18/05/2026

Numero do Documento 07.16.26134.1175038-1

Valor Total 500,20

-----

Modelo aprovado pelo Ato Declaratorio Executivo

Conjunto nº 01 de 31 de outubro de 2011

-----

DOCUMENTO: 051802

AUTENTICACAO SISBB: 6.C61.812.6F9.BF8.ED8



# 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>Abril/2026</b>                   | Data de Vencimento<br><b>20/05/2026</b>                                | Número do Documento<br><b>07.16.26135.4151724-5</b> | Pagar este documento até<br><b>20/05/2026</b> |
| Observações<br><b>Nº Recibo Declaração: 50000480254294</b> |                                                                        |                                                     | Valor Total do Documento<br><b>990,15</b>     |

### Composição do Documento de Arrecadação

| Código | Denominação                                      | Principal     | Multa | Juros | Total         |
|--------|--------------------------------------------------|---------------|-------|-------|---------------|
| 1708   | IRRF - REMUNER SERV PRESTADOS POR PJ             | 241,50        |       |       | 241,50        |
|        | 06 IRRF - REMUNER SERV PRESTADOS POR PJ          |               |       |       |               |
|        | PA:04/2026 Vencimento:20/05/2026                 |               |       |       |               |
| 5960   | COFINS - RETENCAO PAGT PJ A PJ DE DIR PRIVADO    | 483,00        |       |       | 483,00        |
|        | 07 COFINS - RETENCAO PAGT PJ A PJ DE DIR PRIVADO |               |       |       |               |
|        | PA:04/2026 Vencimento:20/05/2026                 |               |       |       |               |
| 5979   | PIS - RETENCAO PAGT PJ A PJ DE DIR PRIVADO       | 104,65        |       |       | 104,65        |
|        | 07 PIS - RETENCAO PAGT PJ A PJ DE DIR PRIVADO    |               |       |       |               |
|        | PA:04/2026 Vencimento:20/05/2026                 |               |       |       |               |
| 5987   | CSLL - RETENCAO PAGT PJ A PJ DE DIR PRIVADO      | 161,00        |       |       | 161,00        |
|        | 07 CSLL - RETENCAO PAGT PJ A PJ DE DIR PRIVADO   |               |       |       |               |
|        | PA:04/2026 Vencimento:20/05/2026                 |               |       |       |               |
|        | <b>Totais</b>                                    | <b>990,15</b> |       |       | <b>990,15</b> |

SENDA (Versão:5.2.9)

Página: 1 / 1

15/05/2026 08:34:15

85860000009 8 90150385261 4 40071626135 4 41517245237 0

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

### Documento de Arrecadação de Receitas Federais

85860000009 8 90150385261 4 40071626135 4 41517245237 0



CNPJ: 45.708.765/0001-19  
Número: 07.16.26135.4151724-5  
Pagar até: 20/05/2026  
Valor: 990,15

Pague com o PIX



1022025-9

[illegible]

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
18/05/2026 - AUTOATENDIMENTO - 17.29.17  
3156903156 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

CLIENTE: IRMANDADE S C M IPUA

AGENCIA: 3156-9 CONTA: 1.022.025-9

=====

Convenio RFB-DARF CODIGO DE BARRAS

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

Codigo de Barras 85860000009-8 90150385261-4

40071626135-4 41517245237-0

Data do pagamento 18/05/2026

Numero do Documento 07.16.26135.4151724-5

Valor Total 990,15

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

-----  
DOCUMENTO: 051803

AUTENTICACAO SISBB: 4.3A6.3DA.72A.EE9.CAE

-----  
Transação efetuada com sucesso por: JJ549137 ADILSON DIAS CAMPOS.

**Consultas - Extrato de conta corrente**

G3380107340357

01/06/2026 08:15

Agência 3156-9  
Conta corrente 1022025-9 IRMANDADE S C M IPUA

---

Data 29/05/2026 Valor R\$ 42.994,00 C

Importe referente a Transferência recebida, 29/05 10:07 SP 352130 FMS  
CUSTEIO SU, agência de origem 3156, documento 553.156.000.024.274,  
lote 99015, lançado a crédito em sua conta corrente, na data acima.  
(Quarenta e dois mil e novecentos e noventa e quatro reais)

---

\* 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 OLIVATTO em 01/06/2026 08:15:03

---

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