

### Prestação de Contas - Completa

Transfêrencia: 00002/2024 - Termo de Colaboração	Prestação: 2 - Parcial
Órgão/Repartição: ASSOCIACAO BENEFICENTE SANTA TERESINHA	
Concedente: Fundo Municipal de Saúde de Grão-Pará	
Responsável: ***.763.349-** - Pedro Michels Neto (Presidente)	
Tesoureiro: ***.537.899-** - Renato Uliano Perin	
Situação: Em Montagem	
Observação:	

#### Parcelas

Empenho: 1039/2024 - 25/06/2024	Ordem: 1026/2024 - 27/06/2024	Valor: R\$19.792,52
Empenho: 1039/2024 - 25/06/2024	Ordem: 1026/2024 - 27/06/2024	Valor: R\$19.792,52

#### Ingressos

Tipo: Contrapartida	Data: 27/06/2024	Valor: R\$63,34
Histórico:		



#### Despesa 1

Processo Contratação: Não se aplica
Tipo Aquisição: Sem tipo aquisição - Contrato: Sem contrato
Tipo Doc.: Nota Fiscal - 78 - 06/06/2024
Favorecido: 40.023.647/0001-53 - JDJ SERVIÇOS MÉDICOS LTDA
Endereço:
Observação:

## Prestação de Contas - Completa

Comprovante da despesa 1 - Página 1 de 2.

Página 1/1

 <b>PREFEITURA DE ORLEANS</b> Secretaria de Administração e Finanças Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e		Número do RPS Número da nota 78					
		Data da emissão da nota 06/06/2024 16:44:12					
		Data do fato gerador 06/06/2024 16:44:12					
		Código de verificação TVHLPGQUZ					
<b>PRESTADOR DE SERVIÇOS</b>							
Nome fantasia: JDJ SERVICOS DE INFORMATICA Nome/Razão social: JDJ SERVICOS MEDICOS LTDA CPF/CNPJ: 40.023.647/0001-53    Inscrição municipal: 28021    Inscrição estadual: Endereço: EST ESTRADA GERAL SERRARIA Bairro: SERRARIA CEP: 88870-000    Telefone: (48) 99608-1775 Complemento:    Celular: (48) 99960-8177 Município: Orleans    UF: SC E-mail: ju_u@live.com    Site:							
<b>TOMADOR DE SERVIÇOS</b>							
Nome fantasia: HOSPITAL SANTA TERESINHA Nome/Razão social: ASSOCIACAO BENEFICENTE SANTA TERESINHA CPF/CNPJ: 86.437.845/0001-64    Inscrição municipal:    Inscrição estadual: Endereço: JACOB BATISTA ULIANO Número: 1370 Bairro: Centro CEP: 88750-000 Complemento: Município: Braço do Norte    UF: SC E-mail:    Telefone:    Celular:							
<b>DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS</b>							
	Valor unitário	Qty	Valor do serviço	Base de cálculo (%)	ISS		
Pagamento Plantão PS- Manhã - 690,00	3.910,0000	1,0000	3.910,0000	3.910,00x2,01 =	78,59		
Pagamento Plantão PS1- Tarde - 3.220,00							
Total (2) 3.910,00							
<b>Forma de Pagamento</b>							
Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)
1		À vista	3.910,00				
<b>RETENÇÕES FEDERAIS</b>							
PIS/PASEP	COFINS	INSS	IR	CSLL	Outras retenções		
R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00		
<b>Valor bruto = R\$ 3.910,00</b>			<b>Valor líquido = R\$ 3.910,00</b>				
Códigos dos serviços:							
04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.							
Desc. condicionado(R\$)	Desc. incondicionado(R\$)	Deduções(R\$)	Base de cálculo(R\$)	Valor ISS(R\$)			
0,00	0,00	0,00	3.910,00	78,59			
<b>OUTRAS INFORMAÇÕES</b>							
Natureza da operação: Tributação no município Situação tributária do ISSQN: Normal Local da prestação do serviço: Braço do Norte				 Verificar autenticidade			
Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei 000/0000. Prestador de serviços optante pelo Simples Nacional. Alíquota do ISS 2,01% Situação desta NFS-e: Normal Documento emitido por ME ou EPP optante pelo simples Nacional.							
Valor aproximado do tributo federal - R\$ 525,90 (13,45%), estadual - R\$ 0,00 (0,00%), municipal - R\$ 81,33 (2,08%), com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - Fonte: IBPT							

Juliano

Marina Boeng Brando  
 Analista Financeira  
 CPF: 037.463.643-98  
 Hospital Santa Teresinha

## Prestação de Contas - Completa

Comprovante da despesa 1 - Página 2 de 2.

27/06/2024, 19:17

Unicred - Internet Banking



Precisamos de sua revisão para as configurações de privacidade. [Verifique agora.](#)

-----  
Dados da transação

ID/Transação: E000758472024062722044125865  
5757  
Valor do Pix: R\$ 3.910,00  
Data da transferência: 27/06/2024  
Data/Hora da operação: 27/06/2024 19:16:13  
Descrição: -

-----  
Dados do recebedor

Instituição: NU PAGAMENTOS - IP  
Nome: JULIANO DELLA JUSTINA 07023585923  
CPF/CNPJ: \*\*.23.647/0001-\*\*

-----  
Dados do pagador

Instituição: CC UNICRED CENTRO-SUL LTDA - U  
ICRED CENTRO-SUL  
Nome: HOSPITAL SANTA TERESINHA  
CPF/CNPJ: \*\*.37.845/0001-\*\*

-----  
CENTRAL DE RELACIONAMENTO

Capitais e regiões metropolitanas 3003 7703

Demais regiões 0800 200 7302

No exterior +55 11 3003 7703

SAC 0800 647 2930

OUVIDORIA 0800 940 0602  
-----

### Prestação de Contas - Completa

Itens da despesa 1		
Qtd: 1,00 Un. Medida: UNIDADE	Valor Total: R\$ 3.910,00	Valor Unit.: R\$ 3.910,00
Descrição: Referente pagamento plantão urgência e emergência 2024		
Pagamentos da despesa 1		
Vencimento: 27/06/2024	Valor: 3.910,00	Pagamento: 27/06/2024 N° Op. Bancária:
Arquivo do pagamento está junto com o comprovante da despesa.		


### Prestação de Contas - Completa

#### Despesa 2

Processo Contratação: Não se aplica  
Tipo Aquisição: Sem tipo aquisição - Contrato: Sem contrato  
Tipo Doc.: Nota Fiscal - 1902 - 06/06/2024  
Favorecido: 08.560.388/0001-97 - Fabricio Foppa Ltda  
Endereço: Rua Frei Edgar Nº 1370, Centro, Joaçaba  
Observação:

Comprovante da despesa 2 - Página 1 de 2.

Esta nota fiscal não foi assinada digitalmente. Página 1/1

 <b>PREFEITURA MUNICIPAL DE JOACABA</b> MUNICÍPIO DE JOAÇABA NOTA FISCAL ELETRÔNICA	Número do RPS	Número da nota
	1902	
	Data da emissão da nota	
	06/06/2024 00:15:49	
Data do fato gerador		06/06/2024 00:15:49
Código de verificação		VMTYNUMAK

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

Nome fantasia: **DR FABRICIO FOPPA CLINICA MÉDICA**  
Nome/Razão social: FABRICIO FOPPA LTDA  
CPF/CNPJ: 08.560.388/0001-97 Inscrição municipal: 90945 Inscrição estadual: Telefone: (49) 99821-5402  
Endereço: R FREI EDGAR Número: 138 Bairro: CENTRO CEP: 89600-000  
Complemento: SALA 807 Celular:  
Município: Joaçaba UF: SC Site:  
E-mail: fmedicina@gmail.com

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

Nome fantasia:  
Nome/Razão social: HOSPITAL SANTA TERESINHA  
CPF/CNPJ: 86.437.845/0001-64 Inscrição municipal: Inscrição estadual:  
Endereço: JACOB BATISTA ULIANO Número: 1370 Bairro: CENTRO  
Complemento:  
Município: Braço do Norte UF: SC  
E-mail: fmedicina@gmail.com Telefone: (48) 3658-9400 Celular:

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

	Valor unitário	Qtd	Valor do serviço	Base de cálculo (%)	ISS
Honorários Médicos Lucia Helena das Chagas Oliveira Pagamento Plantão. Referente ao Mês 05/2024 .	5.520,0000	1,0000	5.520,0000	5.520,00x2,17 =	119,78

**Forma de Pagamento**

Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)
1		À vista	5.520,00								

**RETENÇÕES FEDERAIS**

PIS/PASEP	COFINS	INSS	IR	CSLL	Outras retenções
R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
<b>Valor bruto = R\$ 5.520,00</b>			<b>Valor líquido = R\$ 5.520,00</b>		

Códigos dos serviços:  
04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.

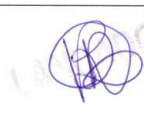

Desc. condicionado(R\$)	Desc. incondicionado(R\$)	Deduções(R\$)	Base de cálculo(R\$)	Valor ISS(R\$)
0,00	0,00	0,00	5.520,00	119,78

**OUTRAS INFORMAÇÕES**

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

NFS-e  
Prestador de serviços optante pelo Simples Nacional. Alíquota do ISS 2.17%  
Situação desta NFS-e: Normal  
Documento emitido por ME ou EPP optante pelo simples Nacional.

Valor aproximado do tributo federal - R\$ 742,44 (13,45%), estadual - R\$ 0,00 (0,00%), municipal - R\$ 114,82 (2,08%) , com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - Fonte: IBPT

  
  
Verificar autenticidade

## Prestação de Contas - Completa

Comprovante da despesa 2 - Página 2 de 2.

27/06/2024, 19:16

Unicred - Internet Banking



Precisamos de sua revisão para as configurações de privacidade. [Verifique agora.](#)

27/06/2024 19:16:30  
UNICRED CENTRO-SUL

Comprovante de Transferência entre Contas

Conta: 2211599 Usuário: PEDRO  
Cooperado: HOSPITAL SANTA TERESINHA

-----  
Conta Débito: 2211599  
Creditado: FABRICIO FOPPA LTDA  
Cooperativa: 544  
Conta Crédito: 6671055  
Finalidade: Crédito em Conta  
Data: 27/06/2024  
Valor: R\$ 5.520,00  
-----

Autenticação Documento:  
666787237322022650301338718

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

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

### Prestação de Contas - Completa




Itens da despesa 2		
Qtd: 1,00 Un. Medida: UNIDADE	Valor Total: R\$ 5.520,00	Valor Unit.: R\$ 5.520,00
Descrição: Referente pagamento plantão urgência e emergência 2024		
Pagamentos da despesa 2		
Vencimento: 27/06/2024	Valor: 5.520,00	Pagamento: 27/06/2024 N° Op. Bancária:
Arquivo do pagamento está junto com o comprovante da despesa.		

### Prestação de Contas - Completa

#### Despesa 3

Processo Contratação: Não se aplica  
Tipo Aquisição: Sem tipo aquisição - Contrato: Sem contrato  
Tipo Doc.: Nota Fiscal - 37 - 07/06/2024  
Favorecido: 47.798.893/0001-26 - Calegari Clinica Médica Ltda  
Endereço:  
Observação:

Comprovante da despesa 3 - Página 1 de 2.

<b>CALEGARI CLINICA MEDICA LTDA</b> CNPJ: 47.798.893/0001-26 RUA ENG. ANNES GUALBERTO, 517 - casa CEP: 88735-000 - Bairro: CENTRO Município: GRAVATAL - SC Celular: (48) 96268061 Email: fernandaocalegari@gmail.com Insc. Municipal: 151119		Número da NFS-e <b>37</b>							
		Situação <b>Emitido</b>							
<b>Nota Fiscal de Serviço Eletrônica - Série NFS-e</b>									
 <b>PREFEITURA MUNICIPAL DE GRAVATAL</b> <b>SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS</b> NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e		Autenticidade <b>0181210001555922</b>							
		Data Emissão <b>07/06/2024</b>	Hora Emissão <b>08:27:02</b>						
<b>TOMADOR DO SERVIÇO</b>									
Razão Social ASSOCIAÇÃO BENEFICIENTE SANTA TERESINHA		CPF/CNPJ 86.437.845/0001-64							
Endereço JACOB BATISTA ULIANO	Número 1370	Complemento							
Bairro CENTRO	CEP 88730-000	Cidade - Estado BRACO DO NORTE - SC							
<b>DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS</b>									
Serviço	Quant.	Unid.	Vir. Unid.	Local Prest.	Alíquota	Sit. Trib.	Vir. Trib.	Dedução	Vir. ISSRF
<b>403</b>	1,00	Qde	4.747,5000	8053	2.0100 %	TI	4.747,50	0,00	0,00
<b>Descrição do Serviço:</b> Serviço médico referente produção desfecho 05/2024 Profissional: <b>FERNANDA OENNING CALEGARI</b> Conta para Recebimento Agência: 3078 / Conta corrente: 33421-9 / Código banco: 756									
Base de Cálculo 4.747,50		Valor ISSQN <b>SIMPLES NACIONAL</b>	Valor ISSRF 0,00	Desconto 0,00	<b>Valor Total</b> 4.747,50		<b>Valor Líquido</b> 4.747,50		
IR 0,00	INSS 0,00	CSLL 0,00	COFINS 0,00	PIS 0,00	Retenção para a Previdência Social 0,00				
Descrição dos subitens da lista de serviço em acordo com Lei Complementar 116/03 403 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.									
Legenda do local da prestação do serviço 8053 - BRACO DO NORTE - SC									
Outras Informações TI - Tributada Integralmente. Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional. Não gera direito a crédito fiscal de IPI (403) Serviço Tributado no município do prestador. Autorização para emissão de Nota Fiscal de Serviço Eletrônica: 80/2022 de 15/09/2022. A data de vencimento do ISS quando o mesmo for devido no município do Prestador: 15/07/2024. A veracidade das informações declaradas na NFS-e podem ser consultadas no site: sc.nfs-e.net . Valor aproximado dos tributos: Federais R\$ 638,54 (13.4500%), Estaduais R\$ 0,00 (0.0000%), Municipais R\$ 162,36 (3.4200%), com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - Fonte: IBPT. Usuário responsável pela emissão: 47.798.893/0001-26 - CALEGARI CLINICA MEDICA LTDA									

Documento seguro, emitido com geração automática no servidor de banco de dados do Município.



## Prestação de Contas - Completa

Comprovante da despesa 3 - Página 2 de 2.

27/06/2024, 19:17

Unicred - Internet Banking



Precisamos de sua revisão para as configurações de privacidade. [Verifique agora.](#)

-----  
Dados da transação

ID/Transação: E000758472024062719164753634  
3357  
Valor do Pix: R\$ 4.747,50  
Data da transferência: 27/06/2024  
Data/Hora da operação: 27/06/2024 19:30:11  
Descrição: -

-----  
Dados do recebedor

Instituição: BANCO SICCOB S.A.  
Nome: Calegari Clínica Médica Ltda  
CPF/CNPJ: \*\*.98.893/0001-\*\*

-----  
Dados do pagador

Instituição: CC UNICRED CENTRO-SUL LTDA - U  
ICRED CENTRO-SUL  
Nome: HOSPITAL SANTA TERESINHA  
CPF/CNPJ: \*\*.37.845/0001-\*\*

-----  
CENTRAL DE RELACIONAMENTO

Capitais e regiões metropolitanas 3003 7703

Demais regiões 0800 200 7302

No exterior +55 11 3003 7703

SAC 0800 647 2930

OUVIDORIA 0800 940 0602  
-----

### Prestação de Contas - Completa

Itens da despesa 3		
Qtd: 1,00 Un. Medida: UNIDADE	Valor Total: R\$ 4.747,50	Valor Unit.: R\$ 4.747,50
Descrição: Referente pagamento plantão urgência e emergência 2024		
Pagamentos da despesa 3		
Vencimento: 27/06/2024	Valor: 4.747,50	Pagamento: 27/06/2024 N° Op. Bancária:
Arquivo do pagamento está junto com o comprovante da despesa.		

### Prestação de Contas - Completa

#### Despesa 4

Processo Contratação: Não se aplica  
Tipo Aquisição: Sem tipo aquisição - Contrato: Sem contrato  
Tipo Doc.: Nota Fiscal - 225 - 10/06/2024  
Favorecido: 44.681.549/0001-64 - Muller Servicos Especializados Ltda  
Endereço: Rua Antonio Delpizzo Junior, Nº 1210, Centro, Tubarao  
Observação:

Comprovante da despesa 4 - Página 1 de 2.

10/06/2024, 08:04

NFS-E

 <b>PREFEITURA DE TUBARÃO</b> SECRETARIA DA FAZENDA	NOTA FISCAL <b>0000225</b>	
	NÚMERO RPS	
	DATA DE EMISSÃO NOTA 10/06/2024 08:04:22	
	DATA DO FATO GERADOR 10/06/2024	

<b>PRESTADOR DE SERVIÇOS</b>					
RAZÃO SOCIAL PRESTADOR <b>MULLER CENTRO MEDICO LTDA</b>	NOME FANTASIA PRESTADOR <b>MULLER SERVICOS ESPECIALIZADOS</b>				
ENDEREÇO RUA ANTONIO DELPIZZO JÚNIOR, Nº 1210, CENTRO, TUBARÃO SC, 88701340	COMPLEMENTO APTO 101				
Nº CPF/CNPJ <b>44.681.549/0001-64</b>	SIMPLES NACIONAL <b>NÃO</b>	INSC. MUNICIPAL <b>83134</b>	INSC. ESTADUAL	TELEFONE <b>(48) 9926-4</b>	E-MAIL <b>VIITORMULLER@HOTMAIL.COM</b>

<b>TOMADOR DE SERVIÇOS</b>					
NOME DO TOMADOR <b>SOCIEDADE BENEFICENTE SANTA TERESINHA</b>					
ENDEREÇO RUA JACOB BATISTA ULIANO, Nº 1370, CENTRO, CEP 88750000, BRAÇO DO NORTE - SC					COMPLEMENTO
Nº CPF/CNPJ <b>86.437.845/0001-64</b>		INSC. MUNICIPAL	INSC. ESTADUAL	TELEFONE <b>3658-22-44</b>	E-MAIL

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS					VALOR UNIT	VALOR TOTAL
UNID	QUANT	DESCRIÇÃO DO SERVIÇO				
	1	DR Wanderley - Pagamento Plantão PS- Dia			2.760,00	2.760,00
	1	DR Wanderley - Pagamento Plantão PS1 - Noite			15.410,00	15.410,00
	1	DR Wanderley - Pagamento Plantão PS1- Tarde			1.954,99	1.954,99
	1	DR Wanderley - Pagamento Plantão PS2- Noite			690,00	690,00
OBSERVAÇÕES						TOTAL GERAL <b>20.814,99</b>

IMPOSTOS FEDERAIS					IMPOSTOS MUNICIPAIS			VALOR LÍQUIDO	
RETIDO	INSS	PIS/PASEP	COFINS	IR	CSLL	ALÍQUOTA ISS	BASE DE CÁLCULO	TOTAL ISS	
<b>NÃO</b>	0,00	135,30	624,45	312,22	208,15	3,0000 %	20.814,99	624,45	<b>19.534,87</b>

DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE DA PRESTAÇÃO  
LC116: 0401 - CNAE: 8630-5/03 - Medicina e biomedicina.

<b>DESCONTOS / DEDUÇÕES</b>	
DEDUÇÕES (Materiais e Outros)	OUTRAS DEDUÇÕES
<b>R\$ 0,00</b>	<b>R\$ 0,00</b>

<b>OUTRAS INFORMAÇÕES</b>			
NATUREZA DA OPERAÇÃO Tributado no Município	RECOLHIMENTO ISS A RECOLHER PELO PRESTADOR	LOCAL DA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO <b>TUBARÃO - SC</b>	VALOR APROXIMADO DOS TRIBUTOS (IBPT) Nao foi possível exibir IBPT (CNAE não localizado)

ESTE DOCUMENTO PODE SER VALIDADO NO SITE [www.prefeituramoderna.com.br](http://www.prefeituramoderna.com.br)  
CÓDIGO DE VALIDAÇÃO - d1a84fcb189517cb219a1e59ad8af767  
ASSINATURA DIGITAL ANTIGA - 9aa126f888b8f65e42f85747b25f0775

Recebi(emos) de <b>MULLER CENTRO MEDICO LTDA</b> o(s) serviço(s) indicado(s) à nota fiscal eletrônica de serviço de número <b>0000225</b> .	NÚMERO NOTA FISCAL <b>0000225</b>
Data do Recebimento	Identificação e assinatura do receptor

BALHAUS SISTEMAS ®

## Prestação de Contas - Completa

Comprovante da despesa 4 - Página 2 de 2.

27/06/2024, 19:17

Unicred - Internet Banking



Precisamos de sua revisão para as configurações de privacidade. [Verifique agora.](#)

-----  
Dados da transação  
ID/Transação: E000758472024062721580480504  
0394  
Valor do Pix: R\$ 19.534,87  
Data da transferência: 27/06/2024  
Data/Hora da operação: 27/06/2024 19:31:07  
Descrição: -  
-----  
Dados do recebedor  
Instituição: ITAÚ UNIBANCO S.A.  
Nome: MULLER SERVICOS MEDICOS  
CPF/CNPJ: \*\*.81.549/0001-\*\*  
-----  
Dados do pagador  
Instituição: CC UNICRED CENTRO-SUL LTDA - U  
ICRED CENTRO-SUL  
Nome: HOSPITAL SANTA TERESINHA  
CPF/CNPJ: \*\*.37.845/0001-\*\*  
-----  
CENTRAL DE RELACIONAMENTO  
Capitais e regiões metropolitanas 3003 7703  
Demais regiões 0800 200 7302  
No exterior +55 11 3003 7703  
SAC 0800 647 2930  
OUVIDORIA 0800 940 0602  
-----

### Prestação de Contas - Completa



Itens da despesa 4		
Qtd: 1,00 Un. Medida: UNIDADE	Valor Total: R\$ 19.534,87	Valor Unit.: R\$ 19.534,87
Descrição: Referente pagamento plantão urgência e emergência 2024		
Pagamentos da despesa 4		
Vencimento: 27/06/2024	Valor: 19.534,87	Pagamento: 27/06/2024 N° Op. Bancária:
Arquivo do pagamento está junto com o comprovante da despesa.		

### Prestação de Contas - Completa

#### Despesa 5

Processo Contratação: Não se aplica  
Tipo Aquisição: Sem tipo aquisição - Contrato: Sem contrato  
Tipo Doc.: Nota Fiscal - 224 - 10/06/2024  
Favorecido: 44.681.549/0001-64 - Muller Servicos Especializados Ltda  
Endereço: Rua Antonio Delpizzo Junior, Nº 1210, Centro, Tubarao  
Observação:

Comprovante da despesa 5 - Página 1 de 2.

10/06/2024, 08:02		NFS-E		
 <b>PREFEITURA DE TUBARÃO</b> SECRETARIA DA FAZENDA		NOTA FISCAL <b>0000224</b>		
NÚMERO RPS		DATA DE EMISSÃO NOTA 10/06/2024 08:02:05		
DATA DO FATO GERADOR 10/06/2024				
<b>PRESTADOR DE SERVIÇOS</b>				
RAZÃO SOCIAL PRESTADOR <b>MULLER CENTRO MEDICO LTDA</b>		NOME FANTASIA PRESTADOR <b>MULLER SERVICOS ESPECIALIZADOS</b>		
ENDEREÇO RUA ANTÔNIO DELPIZZO JÚNIOR, Nº 1210, CENTRO, TUBARÃO SC, 88701340		COMPLEMENTO APTO 101		
Nº CPF/CNPJ <b>44.681.549/0001-64</b>	SIMPLES NACIONAL <b>NÃO</b>	INSC. MUNICIPAL <b>83134</b>	INSC. ESTADUAL TELEFONE E-MAIL <b>(48) 9926-4 VIORMULLER@HOTMAIL.COM</b>	
<b>TOMADOR DE SERVIÇOS</b>				
NOME DO TOMADOR <b>SOCIEDADE BENEFICENTE SANTA TERESINHA</b>				
ENDEREÇO RUA JACOB BATISTA ULIANO, Nº 1370, CENTRO, CEP 88750000, BRAÇO DO NORTE - SC		COMPLEMENTO		
Nº CPF/CNPJ <b>86.437.845/0001-64</b>	INSC. MUNICIPAL	INSC. ESTADUAL	TELEFONE E-MAIL <b>3658-22-44</b>	
<b>DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS</b>				
UNID	QUANT	DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	VALOR UNIT	VALOR TOTAL
	1	Dr Vitor - Pagamento Plantão PS - DIA	1.380,00	1.380,00
	1	Dr Vitor - Pagamento Plantão PS1 - NOITE	4.370,00	4.370,00
	1	Dr Vitor - Pagamento Plantão PS2 - NOITE	575,00	575,00
OBSERVAÇÕES			TOTAL GERAL <b>6.325,00</b>	
IMPOSTOS FEDERAIS		IMPOSTOS MUNICIPAIS		VALOR LÍQUIDO
RETIDO	INSS PIS/PASEP COFINS IR CSLL ALÍQUOTA ISS BASE DE CÁLCULO TOTAL ISS			
<b>NÃO</b>	<b>0,00 41,11 189,75 94,88 63,25 3,0000 % 6.325,00 189,75</b>			<b>5.936,01</b>
DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE DA PRESTAÇÃO LC118: 0401 - CNAE: 8630-5/03 - Medicina e biomedicina.				
<b>DESCONTOS / DEDUÇÕES</b>				
DEDUÇÕES (Materiais e Outros) <b>R\$ 0,00</b>			OUTRAS DEDUÇÕES <b>R\$ 0,00</b>	
<b>OUTRAS INFORMAÇÕES</b>				
NATUREZA DA OPERAÇÃO Tributado no Município	RECOLHIMENTO ISS A RECOLHER PELO PRESTADOR	LOCAL DA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO TUBARÃO - SC	VALOR APROXIMADO DOS TRIBUTOS (IBPT) Nao foi possível exibir IBPT (CNAE não localizado)	
ESTE DOCUMENTO PODE SER VALIDADO NO SITE <a href="http://www.prefeituramoderna.com.br">www.prefeituramoderna.com.br</a> CÓDIGO DE VALIDAÇÃO - dbbf017042104ce77fdc92c2f0128279 ASSINATURA DIGITAL ANTIGA - 9aa126f888b8f65e42f85747b25f0775				
Recebi(emos) de <b>MULLER CENTRO MEDICO LTDA</b> o(s) serviço(s) indicado(s) à nota fiscal eletrônica de serviço de número <b>0000224</b> .				NÚMERO NOTA FISCAL <b>0000224</b>
Data do Recebimento		Identificação e assinatura do receptor		

*Marina Mendonça*  
Assessoria de Imprensa  
CNPJ: 283.849.928  
Cidade: Tubarão - Santa Catarina  
**PAGO**

## Prestação de Contas - Completa

Comprovante da despesa 5 - Página 2 de 2.

28/06/2024, 10:18

Unicred - Internet Banking



Precisamos de sua revisão para as configurações de privacidade. [Verifique agora.](#)

-----  
Dados da transação

ID/Transação: E000758472024062813114740099  
3219  
Valor do Pix: R\$ 5.936,01  
Data da transferência: 28/06/2024  
Data/Hora da operação: 28/06/2024 10:28:37  
Descrição: -

-----  
Dados do recebedor

Instituição: ITAÚ UNIBANCO S.A.  
Nome: MULLER SERVICOS MEDICOS  
CPF/CNPJ: \*\*.81.549/0001-\*\*

-----  
Dados do pagador

Instituição: CC UNICRED CENTRO-SUL LTDA - U  
ICRED CENTRO-SUL  
Nome: HOSPITAL SANTA TERESINHA  
CPF/CNPJ: \*\*.37.845/0001-\*\*

-----  
CENTRAL DE RELACIONAMENTO

Capitais e regiões metropolitanas 3003 7703

Demais regiões 0800 200 7302

No exterior +55 11 3003 7703

SAC 0800 647 2930

OUVIDORIA 0800 940 0602  
-----

### Prestação de Contas - Completa

Itens da despesa 5		
Qtd: 1,00 Un. Medida: UNIDADE	Valor Total: R\$ 63,34	Valor Unit.: R\$ 63,34
Descrição: Referente pagamento plantão urgência e emergência 2024		
Qtd: 1,00 Un. Medida: UNIDADE	Valor Total: R\$ 5.872,67	Valor Unit.: R\$ 5.872,67
Descrição: Referente pagamento plantão urgência e emergência 2024		
Pagamentos da despesa 5		
Vencimento: 28/06/2024	Valor: 5.936,01	Pagamento: 28/06/2024 Nº Op. Bancária:
Arquivo do pagamento está junto com o comprovante da despesa.		



### BALANCETE DE PRESTAÇÃO DE CONTAS DE RECURSOS ANTECIPADOS

Prestação Número: 2	Data Prestação: 05/07/2024	Anexo TC-28
Órgão/Repartição: ASSOCIACAO BENEFICENTE SANTA TERESINHA		
Responsável: Pedro Michels Neto		CPF: ***.763.349-**
Cargo: Presidente		
Ordem Pagto nº: 1026/2024	Data Pagto: 27/06/2024	Importância de: R\$ 19.792,52
Empenho nº: 1039/2024	Data: 25/06/2024	
Histórico:	PELA TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS FINANCEIROS AO HOSPITAL SANTA TERESINHA DE BRAÇO DO NORTE, PARA MANUTENÇÃO DO REGIME DE ATENDIMENTO À URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA, NOS TERMOS DO CONVÊNIO Nº 2/2024. OBS.; PARCELAS 03 E 04/12.	
Ordem Pagto nº: 1026/2024	Data Pagto: 27/06/2024	Importância de: R\$ 19.792,52
Empenho nº: 1039/2024	Data: 25/06/2024	
Histórico:	PELA TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS FINANCEIROS AO HOSPITAL SANTA TERESINHA DE BRAÇO DO NORTE, PARA MANUTENÇÃO DO REGIME DE ATENDIMENTO À URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA, NOS TERMOS DO CONVÊNIO Nº 2/2024. OBS.; PARCELAS 03 E 04/12.	

Nº	Data	Razão Social/Histórico	Nº do Doc.	Recebimentos	Pagamentos
1	27/06/2024	Parcela 3 - 1026/2024		19.792,52	
2	27/06/2024	Parcela 4 - 1026/2024		19.792,52	
3	27/06/2024	Contrapartida		63,34	
4	27/06/2024	44.681.549/0001-64 Muller Servicos Especializados Ltda	225		19.534,87
5	27/06/2024	47.798.893/0001-26 Calegari Clinica Médica Ltda	37		4.747,50
6	27/06/2024	40.023.647/0001-53 JDJ SERVIÇOS MÉDICOS LTDA	78		3.910,00
7	27/06/2024	08.560.388/0001-97 Fabricio Foppa Ltda	1902		5.520,00
8	28/06/2024	44.681.549/0001-64 Muller Servicos Especializados Ltda	224		5.936,01
TOTALS				39.648,38	39.648,38

Braço do Norte/SC, 05/07/2024.

Recurso recebido	39.585,04	
Saldo anterior	0,00	
Rendimentos	0,00	
Recursos próprios	63,34	Pedro Michels Neto - CPF: ***.763.349-**
Total entradas	39.648,38	Responsável
Pagamentos	39.648,38	
Devoluções	0,00	
Total saídas	39.648,38	
Recurso recebido não utilizado	0,00	Renato Uliano Perin - CPF: ***.537.899-**
Saldo	0,00	Tesoureiro/Contador

Reservado ao Controle - Município de Grão-Pará		
Recebi em ___/___/___ esta prestação de contas, e os documentos conferem com o presente balancete, não apresentando nenhuma rasura, alteração ou falsificação.	Conferido e Lançado	Visto
Empenho Nº: _____ Data ___/___/___	_____	_____
OP Nº: _____ Data ___/___/___	_____	_____

## RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO CUMPRIMENTO DO OBJETO

ASSOCIACAO BENEFICENTE SANTA TERESINHA	Termo de Colaboração
86.437.845/0001-64	00002/2024

<b>TIPO DA PRESTAÇÃO DE CONTAS:</b> Parcial
EXECUÇÃO DO CONVÊNIO DE: 27/03/2024 A 31/12/2024

<b>RELATÓRIO CONSUBSTANCIADO:</b>			
AÇÕES PROGRAMADAS/AÇÕES EXECUTADAS:(de acordo com proposto plano de trabalho)			
DESCRIÇÃO	PROGRAMADO (quantidade)	EXECUTADO	% EXECUÇÃO

Relatório de execução de atividades da Entidade, contendo especificamente relatório sobre a execução do objeto, bem como comparativo entre as metas propostas e os resultados alcançados.

<b>ASSINATURA</b>		
05/07/2024	_____	_____
DATA	NOME DO DIRIGENTE/REP. LEGAL	ASSINATURA